

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

**Santé sexuelle et reproductive & paupérisation des populations
rurales : cas du département de la Donga au Bénin.**

Mémoire réalisé par

Jean-Baptiste LINSOUSSI

Promotrice

Françoise ADAM

Année académique **2016-2017**

Master en sciences de la famille et de la sexualité

Option : Sexologie clinique

Mes remerciements s'adressent à Madame Françoise Adam, promotrice de ce mémoire. Je la remercie pour avoir cru en moi et pour s'être rendue disponible pour accompagner ce travail. Ses précieux conseils ont beaucoup aidé à la réalisation de ce mémoire.

Je dis également ma reconnaissance à l'endroit de Robert Joseph Vanginckel, dont le soutien dans l'aboutissement de mon projet d'étude n'est pas à oublier.

J'éprouve de la gratitude vis-à-vis des personnes qui m'ont orienté sur le terrain et des différents ménages qui ont participé à cette étude.

Mes plus grands hommages vont à l'endroit de mon père et de ma mère qui avaient toujours voulu que j'aie le plus loin possible dans mes études et qui se sont entièrement sacrifiés à cela.

Tables des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE	3
CHAPITRE I : LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	4
1-1. Origine de la notion de santé sexuelle.....	4
1-2. Evolution de la notion de santé sexuelle	4
1-3. La santé sexuelle, une composante de la santé de reproduction	5
1-4. Les droits sexuels et reproductifs.....	6
CHAPITRE II- LA PAUVRETE ET SES MULTIPLES FACETTES	8
2-1. Eléments de définition de la pauvreté.	8
2-2. La pauvreté selon les organismes internationaux.....	9
2-3. L’approche socio-politique de la pauvreté.....	10
2-4. Difficulté dans la mise au point d’un instrument consensuel pour mesurer la pauvreté.	11
CHAPITRE III- QUELS SONT LES LIENS ENTRE PAUVRETE ET SANTE SEXUELLE ? 14	
3-1. L’influence de la santé sur la capacité productive	14
3-2. La pauvreté crée des conditions de mauvaise santé.	15
3-3. Quel lien entre l’aspect spécifique de la santé qu’est la SSR et le développement ?.....	16
CHAPITRE IV- LE CONTEXTE DE L’ETUDE	18
4-1. Le Bénin en bref.....	18
4-2. Situation économique et sociale du Bénin	19
4-3. Situation socio-sanitaire du Bénin	20
4-4. Accès aux services de la santé de reproduction au Bénin	21
4-5. Le système de prise en charge des soins en santé de reproduction au Bénin.....	22
4-6. Présentation du département de la Donga et accès aux services de santé sexuelle et reproductive	22
4-6-1. Présentation du département de la Donga.....	22
4-6-2. Accès à la santé sexuelle et reproductive dans le département de la Donga.....	23
4-7. Cadre juridique de la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Bénin	23
4-7-1. Conventions au plan régional et international	23
4-7-2. Conventions internes.....	24
4-8. Autres facteurs favorisant de la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Bénin	25
Conclusion.....	26

PARTIE PRATIQUE.....	27
Introduction	28
I- MÉTHODE	28
1-1. Type d'étude.....	29
1-2. Echantillon.....	29
1-2-1. Critères d'inclusion.....	30
1-2-2. Critères d'exclusion	30
1-3. Recrutement	30
1-4. Technique et instruments de collecte des données.....	31
1-4-1. Technique de collecte des données	31
1-4-2. Instrument de collecte des données.....	32
1-5. Méthode d'analyse	32
1-5-1. Retranscription.....	32
1-5-2. Analyse de contenu	33
1-5-3. Interprétation.....	33
1-6. Difficultés rencontrées	33
II- ANALYSE DES RESULTATS PAR THEMES PRINCIPAUX	34
2-1. Les conditions d'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive	34
2-1.1. L'accessibilité géographique.....	34
2-1-2. Une organisation des soins défaillante.....	35
2-1-2. Déterminants socio-culturels et religieux de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive.....	36
2-1-3. Le niveau d'instruction	39
2-1-5. La perception subjective du bien-être des ménages.....	40
2-2. Influence de l'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive sur le niveau de vie et la capacité du ménage à produire.	41
2-2-1. Influence de l'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive sur le niveau de vie des ménages.....	41
2-2-2. Procréation et productivité.....	42
III- INTERPRETATION DES RESULTATS	43
3-1. Discussion	43
3-2. Limites	46
3-3. Portée des résultats.....	47
3-4. Perspectives.....	48
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE	52

ANNEXE 1 : Grille d'observation	58
ANNEXE 2 : Grille d'entretien	58
ANNEXE N° 3 : Fiches d'entretien et tableaux d'une vue globale sur les ménages.	59
Fiches d'entretien n° 1.....	59
Aperçu : Caractéristiques générales du ménage	65
Aperçu : Revenus et charge du ménage 1.....	66
Fiches d'entretien n° 2.....	66
Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 2	74
Aperçu : Revenus et charges du ménage 2.....	75
Fiches d'entretien n° 3.....	75
Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 3	83
Aperçu : Revenus et charges du ménage 3.....	83
Fiches d'entretien n° 4.....	84
Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 4	88
Aperçu : Revenus et dépenses du ménage 4.....	88
Fiches d'entretien n° 5.....	89
Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 5	93
Aperçu : revenus et charges du ménage 5	93
Fiches d'entretien n° 6.....	93
Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 6	98
Aperçu : revenus et charges du ménage 6	99

LISTE DES ACRONYMES

BM	:	Banque Mondiale
BNB	:	Banque Nationale de Belgique
CIA	:	Agence Centrale de Renseignement.
CIPD	:	Conférence Internationale sur la Population et le Développement.
DUDH	:	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.
EDS	:	Enquête Démographique et de la Santé.
EDSB	:	Enquête Démographique et de la Santé du Bénin.
HCSP	:	Haut Conseil de la Santé Publique.
IDH	:	Indicateur de Développement Humain.
INSAE	:	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.
IPF	:	Indicateur de Participation de la Femme.
IPH	:	Indicateur de la Pauvreté Humaine.
ISDH	:	Indicateurs Sexo-spécifique du Développement Humain.
ISF	:	Indice Synthétique de Fécondité.
ITSS	:	Infections Transmissibles Sexuellement ou par le Sang.
MICS	:	Enquête à indicateurs multiples.
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé.
ONU	:	Organisation des Nations Unies.
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
OUA	:	Organisation de l'Unité Africaine.
PF	:	Planning Familial
PIP	:	Programmes d'Investissement Public
PIB	:	Produit Intérieur Brut.
PNUD	:	Programme des Nations unies pour le développement.
PPA	:	Parité du Pouvoir d'Achat.
RGP	:	Recensement Général de la Population.
RAMU	:	Régime d'Assurance Maladie Universelle.
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
SSR	:	Santé Sexuelle et Reproductive.
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine.
WHO	:	World Health Organization.

INTRODUCTION

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est une traduction de « sexual and reproductive health ». Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « le bien-être général, tant physique, mental que social de la personne humaine, en lien avec l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement » (Conférence Internationale sur la Population et le Développement [CIPD], 1994, p.168). Tout comme la santé au sens large, elle ne désigne pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités (Le Pennec, 2013). Elle vise à améliorer la qualité de la vie sexuelle et des relations interpersonnelles (Giarni, 2007) et se penche sur tous besoins des femmes et des hommes dans leur vie sexuelle sous l'angle de droits, d'équité, de dignité, d'émancipation, d'autodétermination et de responsabilité dans les relations (CIPD, 1995).

Au regard de ces définitions, on réalise l'importance de la santé sexuelle et reproductive pour l'homme, pour son épanouissement et son équilibre social.

Or, de nos jours, malgré les nombreux efforts des gouvernants et des organisations de développement, la morbidité en matière de santé sexuelle et reproductive est encore élevée, en l'occurrence dans les pays en développement (Awusabo-Asare, John-Langba, Kumi-Kyereme, Madise, & Moore, 2007).

Au Bénin, d'après un rapport du Ministère de la Santé (2015), la prévalence du VIH/SIDA est de 1,65% chez les personnes de 15 à 49 ans, avec une prépondérance dans le milieu urbain que dans le milieu rural (1,95% contre 1,14%). La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) de 2011-2012 relève que plus de 15% des femmes enceintes ne reçoivent aucun soin prénatal et que plus de 13,1% des accouchements ne sont pas assistés par un soignant professionnel. (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique [INSAE], 2013). Le taux le plus élevé des naissances à domicile se trouverait dans le département de l'Alibori et est de 41,6 %. Aussi, les taux de mortalité maternelle, les taux de grossesses précoces ou non désirées, les records de naissances incontrôlés, restent-ils largement élevés au Bénin (INSAE, 2013).

Ces taux élevés observés dans les pays pauvres en l'occurrence au Bénin ont attiré notre attention et nous amènent à nous questionner sur les raisons qui pourraient les expliquer.

Au départ, nous avons émis la thèse selon laquelle ce tableau peu reluisant du secteur de la santé sexuelle et reproductive dans les pays en développement en l'occurrence au Bénin

pourrait simplement s'expliquer par la pauvreté. C'est d'ailleurs cette thèse qui ressort le plus de la littérature : parce que les populations sont pauvres, elles ne parviennent pas à accéder convenablement aux soins et services de santé sexuelle et reproductive. Mais en poussant plus loin la réflexion on pourrait envisager l'idée inverse : c'est parce qu'elles n'ont pas recours ou accès aux services et soins de santé sexuelle et reproductive, qu'elles sont pauvres ou s'appauvrissent davantage.

Nous avons décidé, dans le cadre de notre mémoire, de nous intéresser à ce lien de double causalité entre SSR et pauvreté au Bénin, tout en nous penchant plus sur le second. Il sera précisément question de chercher à comprendre d'une part les facteurs qui modulent l'accès des populations aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive, et d'autre part, de comprendre dans quelles mesures l'accès limité à ces services influence la qualité de vie de ceux-ci et leur capacité de production.

Nous avons jugé bon de réaliser cette recherche sur des populations rurales du département de la Donga au Bénin. Notre question principale de recherche est donc libellée comme suit : Quels sont les facteurs qui influencent l'accès des populations rurales du département de la Donga aux soins et services de la santé sexuelle et reproductive, et quel impact l'accès limité à ces services exerce-t-il sur la qualité de vie de ceux-ci et leur capacité de production ? Cette question sera explorée dans une approche qualitative.

Ce mémoire comportera deux parties : une partie théorique et une partie pratique. La première partie s'emploiera d'abord à approfondir le concept de santé sexuelle et reproductive et son évolution. Elle abordera ensuite les conditions dans lesquelles la santé sexuelle et reproductive se déploie dans le contexte béninois. Elle servira enfin à présenter le cadre de notre recherche.

Dans la deuxième partie nous présenterons notre recherche ainsi que les données recueillies. Ensuite, nous procéderons à une analyse de contenu pour finir par discuter sur les résultats obtenus en les mettant en lien avec la théorie de la première partie.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

1-1. Origine de la notion de santé sexuelle

La toute première approche de la santé sexuelle a été élaborée par Georges Valensin (1964). Elle prend en compte la vie sexuelle des jeunes, la sexualité du couple avec ses aspects érotique et reproductif, l'homosexualité et la contraception. Mais ce concept n'a été officiellement repris par l'OMS qu'en 1974 lors d'une conférence réunie à Genève, sous l'impulsion d'un groupe international de sexologues (Giami & Colomby, 2001).

Avec cette notion naît une nouvelle conception de la sexualité. Jadis perçue comme uniquement valable dans sa fonction reproductive, la sexualité revêtirait désormais son rôle érotique. De plus en plus, l'idée selon laquelle la finalité normale de la sexualité résidait dans la procréation et que la recherche exclusive du plaisir au travers de l'activité sexuelle constituait une forme d'aberration ou de perversion va commencer par s'estomper. Elle laissera progressivement place à l'idée selon laquelle la sexualité est une composante importante, et sinon fondamentale, du bien-être et de l'épanouissement individuel (Giami, 2007). Il va falloir encore, certes, un peu de temps pour que cette notion de santé sexuelle et le message qu'elle véhicule gagnent le grand public. Car les travaux et les réflexions des sexologues modernes étaient très peu pris au sérieux (Bejin, 1982). Le rapport rédigé à l'occasion de la conférence des sexologues a néanmoins constitué la première étape d'une série de définitions du concept de santé sexuelle (Giami, 2007).

1-2. Evolution de la notion de santé sexuelle

La définition de la santé sexuelle s'inspire avant tout de celles de la santé dans son évolution. En effet, les premières définitions de la santé portaient sur le thème de l'aptitude de l'organisme à fonctionner. La santé était donc perçue d'un point de vue biomédical. Elle était considérée comme un état de fonctionnement normal pouvant être perturbé à l'occasion par la maladie (Noren, Shindell, & Stokes, 1982). Dès 1948, l'OMS (2009) adopte une nouvelle définition selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Plus tard, elle définit à nouveau la santé comme un processus et non plus un état. Cette nouvelle mise à jour a été possible avec le développement du mouvement de la promotion de la santé dans les années 1980 (OMS (1984)). La santé devient alors une entité dynamique de résilience. Autrement dit, elle est assimilée à

une « ressource de la vie ». Pour l'OMS (1984), la santé renvoie aux conditions dans lesquelles un groupe ou un individu peut se réaliser et évoluer. Elle est donc une ressource de la vie quotidienne considérée au plan social et individuel. Ainsi, la santé désigne l'aptitude de maintenir l'homéostasie et de se rétablir à la suite d'agressions.

Tout comme la santé, la santé sexuelle devient l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel, et n'est pas réduite au traitement ou à l'absence de maladies ni à la procréation. L'OMS (as cited in El Fek, 2007, p.17) la définit comme « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour ». Ainsi, l'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation ou les Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang (ITSS) (Giami, 2007).

La santé sexuelle requerra une considération positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Elle prône ainsi une sexualité saine vécue librement par la personne comme elle l'entend en tirer satisfaction. Il n'existerait donc pas de mauvaise manière de vivre sa sexualité, tant qu'elle procure la satisfaction et le plaisir recherchés et qu'elle reste sans risques, respectueuse et librement consentie par les partenaires.

1-3. La santé sexuelle, une composante de la santé de reproduction

Le programme d'action de la CIPD (1995, Chapitre VII, p.38) comprenait la santé sexuelle comme une composante de la santé reproductive. Il définit la santé de reproduction comme « 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 ». Il insiste sur la possibilité pour chaque femme de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle soit capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. C'est une manière d'affirmer que chaque homme et chaque femme ont le droit de jouir pleinement de leur sexualité et de se faire la méthode de planification familiale de leur choix. Dans la définition de la notion de santé reproductive, la CIPD a également évoqué le droit de toute femme de bénéficier des services de santé qui lui

permettent de mener à bien grossesse et accouchement avec toutes les chances d'avoir un enfant de la manière la plus saine.

Ainsi, la santé de la reproduction recouvre, à la fois, le champ traditionnel de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi celui de la régulation de la fécondité et celui de la santé sexuelle. Les domaines concernés sont clairement élucidés : la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, les infections génitales, les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, les cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles (Organisation des Nations Unies [ONU], 1994).

1-4. Les droits sexuels et reproductifs

La notion de liberté qu'insinue la définition de la santé sexuelle et reproductive implique aussi le droit. En effet, la santé de la reproduction embrasse également tous besoins des femmes et des hommes dans leur vie sexuelle sous l'angle de droits, d'équité, de dignité, d'émancipation, d'autodétermination et de responsabilité dans les relations. De manière constante, le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie et le principe de bienveillance sont inscrits dans l'approche de la CIPD (1995). Il est vrai que les droits reproductifs n'y sont pas définis spécifiquement. Mais l'idée de droit reproductif est fondée sur la définition des Droits de l'Homme et a émergé avec celle de la santé de la reproduction (Gautier, 1996). Ainsi, en introduction aux droits humains, peut-on relever des aspects de droit reproductif liés aux interventions devant être réservées aux populations vulnérables, à la lutte contre les violences, et à l'application des nouvelles technologies de la procréation (Giami, 2007).

Les droits en matière de procréation étaient définis comme englobant certains droits de l'homme déjà reconnus dans les lois nationales, les documents internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents de consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de tous les individus à décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et du moment de leurs enfants, et à disposer de l'information et des moyens nécessaires pour le faire. Cela inclut le droit de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition et violence, tels qu'exprimés dans les documents relatifs aux droits de l'homme. Le libre exercice de la sexualité constitue, désormais, une dimension centrale de la santé globale, du bien-être et des droits de

l'homme. Le « plaisir érotique » et y compris « l'auto-érotisme » sont présentés comme des valeurs fondamentales et constitutives de la sexualité et du bien-être légitime (Giarni, 2007)

Somme toute, les droits sexuels comprennent le droit de toutes les personnes, sans contrainte, discrimination et violence, au niveau le plus élevé possible de santé sexuelle. Ce droit comprend l'accès aux services de santé sexuelle et génésique. Ils concernent également le droit de recevoir et de transmettre des informations relatives à la sexualité, le droit à l'éducation sexuelle, à l'intégrité corporelle. Le droit de décider d'être sexuellement actif ou non, d'avoir des relations sexuelles consensuelles, de recouvrer au mariage de manière consensuelle, de décider si et quand avoir des enfants et de poursuivre une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable constitue des aspects qui relèvent des droits sexuels et reproductifs.

Ces droits, selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP, 2016, mars) s'étendent à toutes les personnes quels que soient leur âge ou leur forme d'expression sexuelle. Ils reposent sur « la capacité de développer et maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection, de l'amour et d'avoir des relations d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs » (HCSP, 2006, mars, p.7)

Les concepts de santé sexuelle et reproductive et de droits sexuels et reproductifs constituent des thématiques actuelles des plus manipulées par les institutions internationales et acteurs de développement. Ils entrent donc en compte dans la définition de tout développement qui se veut durable. Aussi, notre objectif ici étant de chercher à comprendre les liens qu'entretienne santé sexuelle et reproductive et pauvreté, importe-t-il de questionner la littérature à ce sujet.

CHAPITRE II- LA PAUVRETE ET SES MULTIPLES FACETTES

2-1. Eléments de définition de la pauvreté.

La pauvreté est un phénomène social complexe et multidimensionnel. Adam Smith (1776) la décrivait dans *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations* comme le fait de ne pas avoir le moyen de participer à la vie sociale. Dans les années 1890, le Darwinisme social définit la pauvreté en tant qu'un phénomène qui répond à des lois devant être mesurées et analysés scientifiquement. (Bisiaux, 2011). D'autres pionniers dont Charles Booth (1891) et Seebohm Rowntree (1901) se sont intéressés à la définition d'un niveau de consommation minimal pour les populations de York. Cela avait consisté à construire un seuil de pauvreté qui correspond au minimum hebdomadaire permettant aux familles de garantir une vie « saine ». Ces auteurs ont tenu compte, à la fois, des critères monétaires et sociologiques tels que la nature et la régularité de l'emploi. Mais Seebohm Rowntree (1901) se démarque en apportant des précisions sur les besoins à prendre en compte que doivent couvrir les ressources monétaires. Ces besoins concernent la nutrition, l'habillement et le logement. Ces premiers travaux sont donc plus centrés sur des critères quantitatifs que sur l'expression réelle qu'est le phénomène.

Ce sont là des critères de définition de la pauvreté qui ont prouvé leurs limites lorsque l'aspect qu'ils mesuraient avait quasiment disparu dans l'Angleterre des années 1950. De nouvelles perceptions de la pauvreté avait vu le jour, car cette réalité avait changé avec les modes de vie. (Lollovier, 2008). Cela entraîne des difficultés à donner un contenu au terme. Par exemple, dans les pays développés le critère de « un, voire deux dollars » par jour en parité de pouvoir d'achat, n'est pas utilisable pour définir la pauvreté comme le font les Nations-Unies. Ainsi, ont été élaborés d'autres critères dits relatifs pour essayer de définir la pauvreté. Cette dernière n'est plus établie à partir de l'impossibilité d'acheter un panier défini, mais repose sur le fait que le citoyen pauvre ne peut accéder aux modes de vie jugés « normaux » par l'essentiel de la population (Sen, 1987).

2-2. La pauvreté selon les organismes internationaux

Les organisations internationales de développement se sont intéressées au phénomène qu'est la pauvreté à partir des années quatre-vingt-dix (Benicourt, 2001). Les principales sont la Banque Mondiale et le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). En 1990, la Banque Mondiale (BM) a explicitement consacré le Rapport sur le développement dans le monde à cette problématique. De son côté, le PNUD, après avoir élaboré la notion de développement humain, avance celle de pauvreté humaine, et propose une série d'indicateurs reliés à cette dernière (Benicourt, 2001).

Les approches de la pauvreté par la Banque mondiale se basent essentiellement sur l'aspect monétaire. La Banque Mondiale ne donne pas de définition précise des types de pauvreté qu'elle analyse. Cependant elle distingue pauvreté absolue et pauvreté relative. La pauvreté absolue correspond à un niveau de revenu nécessaire pour assurer la survie des personnes. C'est une perception qui rejoint celle des premiers pionniers de l'approche de la pauvreté dont Charles Booth (1891) et Seebom Rowntree (1901). Elle s'inspire également d'un courant intellectuel vivace des années 1960 appelé le vitalisme (Canguilhem, 1980). La vie est définie, selon la célèbre formule de Bichat (1994), comme « l'ensemble des forces qui résistent à la mort ». Le minimum vital correspond au montant des ressources nécessaires pour ne pas être entraîné dans le cercle vicieux de la misère et de la mort (Fleurbaey, Herpin, Martinez, & Verger, 1998). Ainsi elle se fonde sur un seuil fixé de dollar américain par jour et par personne (1 dollar pour l'Afrique, 2 pour l'Amérique Latine et les Caraïbes, 4 pour l'Europe de l'Est et la communauté des Etats indépendants et 14,4 pour les Etats Unis d'Amérique par jour et par personne). Pour la BM, le non pauvre est celui qui échappe à la misère absolue.

La pauvreté relative, quant à elle, reflète une conception plus axée sur la répartition des revenus ; elle signifie avoir « moins que les autres » et non pas avoir un minimum vital défini. C'est une approche de la pauvreté qui élargit le champ du « besoin nécessaire ». Cette approche définit donc la pauvreté à partir de ce qui est nécessaire, en matière de revenu, de consommation ou de conditions de vie, non pas pour survivre mais pour mener une vie jugée « décente » dans une société donnée (Fleurbaey, et al 1998).

Dans ce cas, on note la nécessité de considérer certains secteurs pour approfondir le terme. Il s'agit des domaines de la santé et de l'éducation, et plus seulement l'alimentation, l'habillement

et le logement. Il sera aussi question selon la Banque Mondiale de prendre en compte des facteurs de risque qui caractérisent certaines populations (Fleurbaey, 1995).

Le PNUD quant à lui parle d'« extrême pauvreté », de « pauvreté générale » et de « pauvreté humaine ». Il met très peu l'accent sur l'aspect monétaire. Il désigne la personne qui ne dispose pas des revenus nécessaires pour satisfaire ses besoins alimentaires essentiels comme quelqu'un vivant dans l'« extrême pauvreté ». Il parle de « pauvreté générale », lorsque la personne ne dispose pas des revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels non alimentaires. La « pauvreté humaine », quant à elle, est présentée comme l'absence des capacités humaines de base : analphabétisme, malnutrition, longévité réduite, mauvaise santé maternelle, maladie pouvant être évitée. (Bénicourt, 2001). Ainsi, le PNUD fait ressortir l'aspect pluridimensionnel de la pauvreté qui n'est pas simplement un manque de revenus pouvant être résolu de façon sectorielle.

2-3. L'approche socio-politique de la pauvreté.

Cette perception de la pauvreté reprenant davantage d'aspects non monétaires entre en ligne avec les approches aussi récentes qui intègrent les concepts de « participation », de « droits », de « relations » etc... comme des questions prioritaires. Aussi, l'importance de la façon dont les personnes pauvres elles-mêmes voient leur situation constitue-t-elle un aspect de plus en plus pris en compte dans la définition de la pauvreté.

Le sociologue anglais Peter Townsend (1985) a abordé la pauvreté en termes de conditions d'existence, ou de privations. Pour lui, le pauvre c'est la personne qui ne jouit pas pleinement du mode de vie dominant, tel qu'il ressort des pratiques sociales. Ce mode se rapporte entre autres aux domaines de l'alimentation, l'habillement, l'habitat, l'environnement, ou plus généralement de l'accès à une pratique habituelle et approuvée par la société environnante. Ainsi, on considérerait comme pauvre, la frange de la population qui cumule un grand nombre de privations dans ces domaines.

D'autres travaux récents définissent la pauvreté par le fait d'être vulnérable et par l'impuissance à exercer ses droits et assumer ses responsabilités (Defossez, 2010). Ainsi le pauvre est celui qui a le sentiment qu'on attente à sa liberté et sa dignité, celui à qui on manque du respect et qui entretient le sentiment d'impuissance et d'insécurité, le sentiment de n'avoir aucun droit et qui vit tout cela comme sources premières de sa souffrance. Cette perception introduit la notion de sentiment dans la définition de la pauvreté ; mais un sentiment évalué par rapport à toutes

les dimensions fondamentales de la vie (santé, éducation, emploi, logement, protection du revenu).

Sen (1983) met en avant la notion de « capacité ». Il affirme que la perspective en termes de capacité est la plus à même de rendre compte de ce qui constitue en propre la notion de mode de vie. Il avance que « la pauvreté est une notion absolue dans l'espace des capacités mais que très souvent elle prendra une forme relative dans l'espace des biens ou de leurs caractéristiques » (Sen, 1983, p. 161). Il prend l'exemple d'une capacité, déjà jugée importante par Adam Smith (1776), celle d'éviter la honte provenant de l'impossibilité à respecter les conventions sociales.

Somme toute, nous pouvons dire qu'aujourd'hui les techniques de mesure de la pauvreté regroupent un large éventail de critères. Ces critères concernent l'aspect monétaire, l'aspect humain, la réalité sociale, les droits et le sentiment d'être bien dans les secteurs fondamentaux de la vie. La diversité de ces approches ne permet pas de parvenir à un consensus dans la mise au point des critères pour mesurer la pauvreté.

2-4. Difficulté dans la mise au point d'un instrument consensuel pour mesurer la pauvreté.

Les questions relatives à la mesure de la pauvreté font débat où les problèmes de pertinence dans le ciblage des populations, du choix des politiques économiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités sont au cœur de l'actualité. L'objectif demeure toujours de cibler et d'identifier les ménages pauvres. Plusieurs travaux ont tenté de mettre au point des indicateurs de pauvreté. Ces indicateurs sont des indices qui permettraient de mesurer la pauvreté. Mesurer la pauvreté consisterait à faire usage de cet instrument pour essayer de déterminer son niveau, d'évaluer son ampleur et sa répartition sur l'ensemble de la population et sur certaines catégories de la population ainsi que de retracer ses évolutions dans le temps (Fleurbaey, et al 1998). Par ces indicateurs, on peut aussi déterminer un seuil de pauvreté qui est un point déterminé dans un continuum allant de très riche à très pauvre. Cela permet d'opérer une distinction entre « pauvre » et « non pauvre » (Sénat, 2008).

Mais les méthodes utilisées pour mesurer la pauvreté et en déterminer le seuil souffrent de beaucoup d'insuffisances (Houseaux, 2013). En effet, les choix effectués pour évaluer une réalité sociologique aussi complexe ne sont pas équivoques. Aussi, leur caractère arbitraire influence-t-il les résultats de la recherche.

La Banque Mondiale, pour mesurer la pauvreté relative, se base sur le revenu. L'indicateur qu'elle utilise mériterait mieux d'être appelé : indicateur d'inégalité de répartition. Car, dans un pays donné, le revenu médian peut s'élever. Mais lorsque l'enrichissement profite moins aux ménages modestes qu'aux plus aisés, le nombre de pauvres peut augmenter. C'est ainsi que les périodes de forte croissance économique et de recule de chômage peuvent s'accompagner d'une montée de la pauvreté relative (les riches s'enrichissant plus que les autres) ; inversement en période de récession et de reculs boursiers, les nantis sont les plus affectés par la baisse des revenus (Banque Nationale de Belgique [BNB], 2015).

Il existe une panoplie d'indicateurs pour mesurer l'inégalité monétaire : coefficient de Gini (1921), d'Atkinson (1997), indicateurs de Theil et variance logarithmique (1967). Le coefficient de Gini est une mesure statistique de la dispersion d'une distribution dans une population donnée. Il est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite et 1 signifie une inégalité parfaite (par exemple un seul salarié dispose de tous les revenus et les autres n'ont aucun revenu). Ce coefficient est très utilisé pour mesurer l'inégalité des revenus dans un pays. A l'inverse, l'indicateur de Theil est utilisé pour comparer différentes catégories sociales. Pour ce faire, elle permet de décomposer l'inégalité totale entre inégalités interclasses et inégalités intra-classes.

Si les économistes n'ignorent pas que de nombreux autres facteurs jouent sur les revenus, la consommation et la qualité de vie des personnes, ils tendent à croire que tous les problèmes de pauvreté peuvent se réduire à des questions de bien-être, ou plus précisément de revenus. C'est une manière de penser que l'on peut éradiquer la pauvreté en augmentant les revenus ou les possibilités de consommation des pauvres.

Le PNUD (2010), avec le concept de pauvreté humaine, a élaboré un Indicateur de Développement Humain (IDH) pour mesurer la pauvreté. L'IDH qui détermine en chiffre le niveau moyen de développement atteint dans un pays est construit à partir de la combinaison de l'espérance de vie à la naissance, le niveau de l'éducation. Ce niveau prend en compte le taux d'analphabétisme des adultes et le taux de scolarisation qui intègre en son sein le primaire, le secondaire et le supérieur. L'IDH intègre également le Produit Intérieur Brut (PIB) par tête exprimé en Parité du Pouvoir d'Achat (PPA). C'est donc une moyenne arithmétique de la somme de ces trois indicateurs.

Les indicateurs de la pauvreté humaine peuvent aussi se calculer selon les sexes pour mettre en évidence les inégalités entre les hommes et les femmes. Ainsi le PNUD introduit deux autres

indicateurs : l'Indicateurs Sexo-spécifique du Développement Humain (ISDH) et l'Indicateur de Participation de la Femme (IPF) qui sont aussi des instruments composites permettant de mesurer les inégalités entre homme et femme en termes de développement (Benicourt, 2001).

Voilà tant d'indicateurs qui ne manquent pas de limites. Ils ne prennent pas en compte l'importance de la pauvreté humaine et résiduelle. C'est pourquoi en 1997, le PNUD a développé l'indicateur de la Pauvreté Humaine (IPH) basé sur une approche par manque. Il vise spécifiquement à exprimer la condition des pauvres et des déshérités dans les communautés des divers pays. Ce nouvel indice se concentre sur trois aspects essentiels de la vie humaine : la longévité, l'instruction et les conditions de vie en les envisageant sous l'angle des manques (Assoumou, 2007).

On retrouve encore d'autres indicateurs qui intègrent le concept d'exclusion sociale. Cela est d'autant plus important que la solitude et l'isolement frappent de plus en plus d'hommes et de femmes dans le monde, sans que ce soit leur choix. (Vérez, 2007).

CHAPITRE III- QUELS SONT LES LIENS ENTRE PAUVRETE ET SANTE SEXUELLE ?

On retrouve dans la littérature des travaux qui ont porté sur le rapport entre santé et développement économique et social. Puisque la pauvreté est un phénomène social étroitement lié au développement, ces travaux nous intéressent pour appréhender notre sujet. On peut aussi noter que la plupart de ces travaux ont plutôt considéré que la santé dans son aspect global. Les études qui ont directement traité la question spécifique de la santé sexuelle et reproductive en lien avec le développement sont rares. Les quelques-unes ayant mis l'accent sur les relations qu'entretiennent pauvreté et santé sexuelle et reproductive se sont plus contentées d'analyser l'influence de la pauvreté sur la SSR (limitée à la santé de la mère et de l'enfant) et non l'inverse.

Dans tous les cas, la plupart des travaux ont été réalisés dans le cadre institutionnel des organismes internationaux. Notons que ces liens sont de double causalité : la santé influence la pauvreté et la pauvreté crée des conditions de mauvaise santé.

3-1. L'influence de la santé sur la capacité productive

Le rapport Macroéconomie et Santé de l'OMS (2001) énumère un certain nombre de dimensions de l'impact, plus ou moins direct, de l'amélioration de la santé sur l'économie : effets sur l'éducation, la productivité au travail, l'offre de main-d'œuvre, le pouvoir d'achat, la consommation, l'épargne, etc. Mais d'autres travaux de l'OMS ont également montré que les répercussions économiques des problèmes de santé sur les individus et la société sont bien plus graves qu'on ne l'aurait estimé (Fleshman, 2002). Ils soutiennent qu'offrir des conditions de meilleure santé aux populations est rentable et que le résultat pourrait être spectaculaire : 8 millions de vies seraient sauvées chaque année, et le développement serait alimenté par d'énormes ressources pour de nouvelles activités économiques. Ces éléments mettent en évidence la perception selon laquelle une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien-être et qu'elle contribue également, de manière importante, au progrès économique, puisque les populations en bonne santé vivraient plus longtemps, seront plus productives et épargneront plus (OMS, 2015). Là, la santé apparaît successivement comme une fin puis comme un moyen : tantôt comme bonheur et bien être, tantôt comme moteur du progrès économique.

Selon certains, le revenu perdu dans une condition de mauvaise santé serait probablement une cause plus grande d'appauvrissement que les paiements directs de prestations sanitaires (Smith, 1999).

Wagstaff (2002) estime qu'entre 1965 et 1990, 1,7% du taux de croissance économique annuel dans les pays de l'Asie de l'Est est attribué à l'amélioration dans les services de la santé publique et dans l'éducation. Dash, Nataraj, & Sahoo, 2012, mars) concluent que telles les infrastructures économiques, les infrastructures sanitaires et sociales jouent un rôle très important pour maintenir un taux de croissance économique élevé en Inde. C'est pourquoi l'OMS (2001), dans le Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, soutient qu'il faille investir dans le système sanitaire en créant des conditions environnementales, sociales, économiques, culturelles et politiques globales pour accroître l'économie. Elle indique que la promotion de la santé influence le développement de la capacité des gens, non seulement en tant qu'individus, mais aussi en tant que groupes. Des recherches vont plus loin en touchant quelques aspects sociaux liés à l'accès à la santé. Elles suggèrent que les corrélations entre le revenu et la santé concernent également l'équité sociale.

On sait maintenant que les pays avec un niveau plus important d'inégalités socioéconomiques démontrent aussi une inégalité au niveau de la santé ainsi que les groupes de revenus moyens dans des sociétés relativement inégalitaires ont un niveau de santé inférieur à des groupes comparables ou même plus pauvres dans des sociétés plus égalitaires (Harrison, 1997). Il rejoint Hancock (2001) qui conseille un regard plus pointu sur l'amélioration des conditions sociales (tels l'accès à l'éducation de base, un environnement de travail sain, et la participation politique) qui contribuent à l'amélioration de la santé des sociétés.

Mincer (1958), Becker (1985) et Schultz (1961) affirment quant à eux que l'éducation, mais aussi la santé sont un investissement qui accroît la productivité de ceux qui la reçoivent et crée, par-là, une élévation de leur rémunération. Ainsi, ces auteurs soutiennent l'importance du capital humain dont la santé est un véritable support. C'est dire selon les précédents que toute énergie humaine générée par des améliorations en santé contribuera à terme au développement économique et social.

3-2. La pauvreté crée des conditions de mauvaise santé.

D'un autre côté, des travaux se sont évertués à montrer que c'est plutôt la pauvreté qui crée des conditions de mauvaise santé. Et dans ce sens, ils affirment que tout progrès sur les plans

économique et social finira par avoir des retombées positives sur l'état de santé de la population. Ces liens de causalité avérés au niveau macro, celui des pays, le sont encore plus au niveau micro, celui des individus. (Aboussad, Cherkaoui, & Vimard, 2010). Michael Marmot (2005) estimait que les gens qui vivent dans une pauvreté relative sont les plus touchés au plan sanitaire. Selon lui, ne pas posséder suffisamment de moyens pour accéder au système de santé entraîne un important effet sur la santé mentale et physique. D'autres études ont montré que dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les accidents de la circulation concernent de façon considérable les pauvres que les riches. (WHO, 2010). Au Canada, l'espérance de vie des plus riches entre 2006 et 2008 était nettement supérieure à celle des plus pauvres. Ainsi, près de six années séparent l'espérance de vie des hommes pauvres de celle des hommes riches. Chez les femmes, cet écart serait de quatre ans (Direction de santé publique, 2012). Selon Thébaud-Mony (2008), le taux annuel de mortalité précoce par cancer est 10 fois plus élevés chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles. Shelley Phipps (2003) conclut qu'il existe un lien très étroit entre le revenu et la morbidité et la mortalité.

3-3. Quel lien entre l'aspect spécifique de la santé qu'est la SSR et le développement ?

L'on pourrait établir un lien entre santé sexuelle et reproductive et développement économique et social. On peut partir des relations qu'entretiennent la santé au sens large et le développement. Parce que les populations manquent du minimum en terme de revenu ou de dispositions, elles n'ont pas accès aux services de santé sexuelle de qualité ou pas du tout. Et dans un second sens, parce que les populations ont un accès limité ou n'ont pas du tout accès aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité, leur bien-être en est affecté, et elles sont moins productives. En général, les auteurs soutiennent que développement et mauvaise santé vont de pair. Pour Adam Wagstaff (2002), les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches. Cet auteur relève un lien de causalité à double sens. Pour lui, la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. Plus précisément, et abondant dans le même sens que Bloom & Sachs (1998), il affirme que la mauvaise santé ou la fécondité exceptionnellement élevée peut influencer profondément sur le revenu des ménages. Eastwood & Lipton (1999) quant à eux précisent que cette mauvaise santé ou l'absence de soins en planification des naissances peut même faire toute la différence entre être au-dessus ou au-dessous du seuil de pauvreté.

La santé sexuelle et reproductive est un composant capital de la santé. Ses aspects ont également été mis en relation avec le développement économique et social. Quelques études montrent l'incidence que peut avoir le SIDA sur la croissance économique d'une famille. En effet, selon ces études une baisse considérable du revenu familial et une augmentation vertigineuse des dépenses médicales s'observent dans les foyers où un membre décède suite au SIDA. Un tiers des familles rurales affectées par le SIDA auraient vu leur production agricole tomber de moitié, ce qui menaçait leur sécurité alimentaire et les moyens pour assurer l'éducation scolaire des enfants. (Adeyi, Hecht, Njobvu, & Soucat, 2001). Une étude estimait qu'en Afrique la croissance du revenu par habitant est réduite de 0,7 % par an environ à cause du VIH/SIDA (Beresford, 2001, juin).

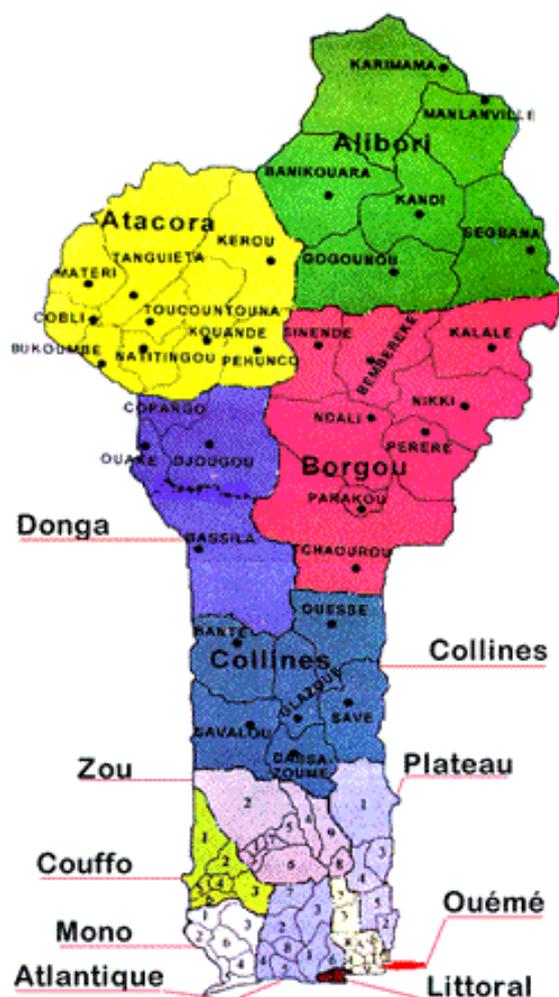
Nous venons, dans les chapitres précédents, d'approfondir notre connaissance sur le concept de santé sexuelle et reproductive et son évolution. Nous avons également questionné des auteurs sur la notion de pauvreté et sur les liens qu'il existe entre santé sexuelle et pauvreté ou développement économique et social. Dans le chapitre précédent, nous présenterons le cadre de notre recherche.

CHAPITRE IV- LE CONTEXTE DE L'ETUDE

4-1. Le Bénin en bref

Le Bénin est un pays de l'Afrique occidentale. Bordé à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria, et au nord par le Burkina Faso et le Niger, il a une superficie de 114.763 km². Il est subdivisé en douze départements chacun composé de communes. Le Bénin compte actuellement 77 communes et 5288 villages. En 2015 sa population s'élevait à 10,9 millions d'habitants. Il bénéficie d'un régime démocratique et stable depuis la fin du régime marxiste-léniniste en 1989 (Banque Mondiale, 2017).

Carte des départements du Bénin



(Source : Wikipédia)

4-2. Situation économique et sociale du Bénin

Selon la Banque Mondiale (2017), l'économie béninoise dépend fortement du commerce informel de réexportation et de transit vers le Nigéria (ce qui représente environ 20 % du PIB) et de la production agricole. Le secteur tertiaire dans son ensemble représente 50% du PIB, tandis que l'agriculture représente environ 25 % du PIB et entre 45 et 55% de la main-d'œuvre du pays. L'économie se caractérise par un haut niveau d'informalité, estimée à environ 65% de l'économie totale et employant plus de 90 % de la population active. La croissance du PIB réel devrait accélérer à 5,4 % en 2017, après avoir atteint 4,0 % en 2016. L'activité économique a été relativement importante ces dernières années, augmentant de 4,8 % en 2012, à 7,2 % en 2013 et à 6,4 % en 2014. Elle a toutefois ralenti à 2,1 % en 2015. Cette baisse s'explique principalement par la chute des activités de réexportation au Nigéria et la baisse de la production agricole. La production de coton a atteint environ 347 000 tonnes en 2016, contre 269 218 tonnes en 2015, et devrait augmenter de 8,1 % en 2017. La production industrielle est estimée à 7,2 % en 2017, contre 4,2 % en 2016. Le secteur bénéficiera des activités d'égrenage du coton, ainsi que du dynamisme du sous-secteur de la construction découlant de la mise en œuvre du plan d'investissement du gouvernement. L'inflation est estimée à -0,8 % en 2016 et devrait rester inférieure à 3% en 2017, soit bien en deçà de l'objectif de l'UEMOA fixé à 3,0 %. (Banque Mondiale, 2017)

Malgré les taux de croissance annuels modérés situés entre 4 et 5 % depuis quelques années, l'extrême pauvreté reste une réalité au Bénin. Cela se voit à travers l'évolution du taux de pauvreté. De 37,5 % en 2006, il passe à 35,2 % en 2009, puis à 36,2 % en 2011 et 40,1 % en 2015 à l'échelle nationale (Banque Mondiale, 2017)

Selon toujours la Banque Mondiale (2017), la situation des femmes n'est pas des plus reluisantes. Elles sont plus vulnérables. Aussi, leur accès aux opportunités économiques reste-t-il limité. Néanmoins, l'on note que les ménages dirigés par une femme s'en sortent comparativement mieux (28 % sont pauvres, contre 38 % pour les ménages dirigés par un homme). Leur participation à la gestion de la chose publique et leur présence à des instances de décision sont très minimes. Les secteurs de l'éducation et de la santé représentent encore une part conséquente des dépenses publiques (en moyenne, 23 et 7 % respectivement alloués chaque année à ces secteurs)

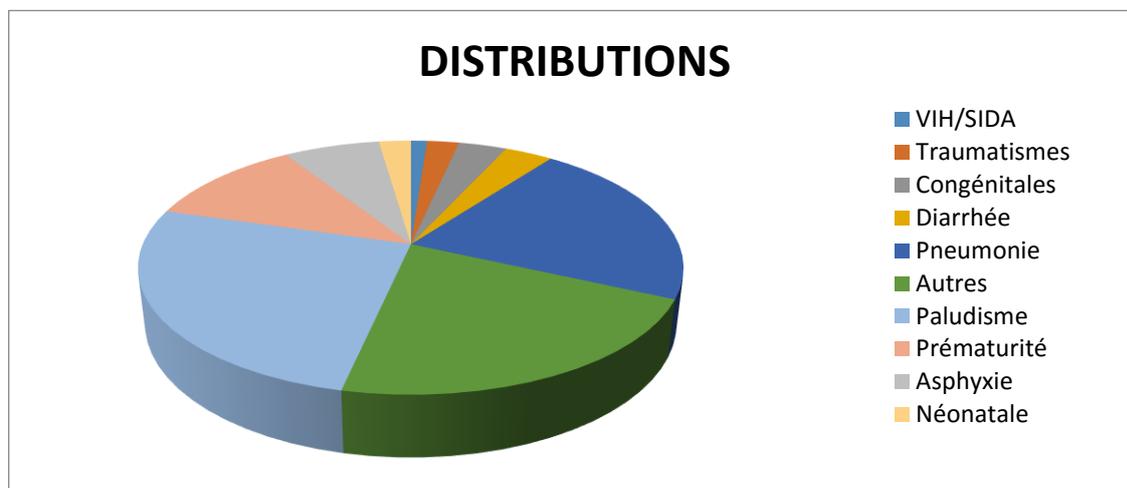
4-3. Situation socio-sanitaire du Bénin

Selon la Banque Mondiale (2017), on ne peut pas non plus se frotter les mains au plan socio sanitaire. La situation socio sanitaire au Bénin se caractérise en effet par un cadre de vie non acceptable. Ce cadre constitue un facteur qui favorise l'écllosion des maladies transmissibles et parasitaires. La pollution, l'insuffisance de l'eau potable et la gestion des déchets sont les composants essentiels de ce cadre. Aussi, le faible pouvoir d'achat, la pauvreté et les mentalités ne contribuent-ils pas toujours à de meilleures conditions pour s'offrir l'entretien et les soins de santé adéquats.

Dans ces conditions, plusieurs affections se développent et constituent de véritables causes de morbidité et de mortalité. Le paludisme et les Infections Respiratoires Aiguës prédominent. Alors que le taux de paludisme grave faisant objet d'hospitalisation s'élève à 23%, on note 19% pour la pneumonie. 13% des décès sont dus à la diarrhée (Ministère de la Santé, 2008). Plus de 10% des enfants naissent prématurément (WHO, 2012) et plus de la moitié de ces enfants décèdent (OMS 2016). Selon l'Enquête de Démographie et de Santé de 2011-2012, l'asphyxie représente 06% des décès, les maladies congénitales 03%. Les décès néonataux sont évalués à 2% ainsi que les maladies liées au traumatisme. (INSAE, 2013). Selon l'EDSB IV, 2011-2012, le taux de prévalence est de 1,2% chez les personnes de 15-49 ans. Cette prévalence estimée chez les femmes à 1,4% est plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (1,0%) largement plus infectées que les hommes. L'EDS constate que pour 10 hommes infectés, il y a 14 femmes infectées (INSAE, 2013).

Environ 2.402 personnes décèdent chaque année des suites du Sida. On chiffre le nombre d'orphelins des deux parents à 11.028 en 2015. Les causes immédiates de la propagation de l'infection sont les relations sexuelles à risque et le multi partenariat. Les facteurs sous-jacents de la propagation de la maladie sont le faible niveau d'instruction, l'ignorance du risque et de ses conséquences, le manque de dépistages, les migrations et la prostitution très mobiles, la pauvreté, la subordination de la femme, réduisant sa capacité de négociation du port de préservatif lors des rapports sexuels. On note aussi parmi ces causes, la vulnérabilité financière et psychologique des adolescent(e)s et jeunes travailleurs(e)s, la faible accessibilité et la couverture insuffisante de la prise en charge, notamment dans les milieux ruraux (INSAE, 2013).

Le diagramme ci-après résume la distribution des affections selon les données issues de la quatrième enquête démographique de la santé au Bénin.



Source : EDSB 2011-2012.

Il faut noter que l'espérance de vie au Bénin est de 61,07 ans pour toute la population ; 59,75 ans pour les hommes et 62,47 ans pour les femmes en 2014. (CIA World Factbook, 2015).

4-4. Accès aux services de la santé de reproduction au Bénin

Selon l'INSAE (2013), 66% des ménages au Bénin ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km en moyenne. Plus de 50% de la population a accès à un hôpital de référence en cas de nécessité ; 13% des populations vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain). Le taux de fréquentation des services curatifs le plus faible s'observe dans le département de la Donga.

Le Bénin enregistre des taux élevés de mortalité maternelle (397‰ naissances vivantes), de mortalité néonatale (23‰), de mortalité infantile, infanto-juvénile et juvénile (respectivement 42‰, 70‰ et 30‰). La prévalence contraceptive par les méthodes modernes est passée de 6,1% en 2006 à 7,9% en 2011. Les besoins non satisfaits en Planification Familiale (PF) sont estimés à 32% selon l'EDSB de 2011-2012 chez les femmes en âge de procréer et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est évalué à 4,9 enfants par femme en 2011. Cela illustre un niveau de fécondité parmi les plus élevés au monde.

4-5. Le système de prise en charge des soins en santé de reproduction au Bénin

Au Bénin, très peu bénéficient d'une assurance maladie. Les données de l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin montrent que seulement 2% des ménages sont couverts par l'assurance maladie et 74,01% des ménages assurés sont couverts par l'assurance maladie offerte par l'employeur (l'Etat et les entreprises privées). Or l'activité principale de ces populations rurales, c'est l'agriculture artisanale. Elles sont leurs propres employeuses. Et donc ne sont pas assurées. Cela montre l'ampleur de l'inégalité des chances en matière d'accès à la santé. Cette absence d'accompagnement structurelle dans la prise en charge a également des implications sur l'accès des populations aux soins en matière de santé sexuelle et reproductive. Aussi, le coût parfois très onéreux de ces services ne permet-il pas aux populations de jouir de leurs droits (INSAE, 2013).

4-6. Présentation du département de la Donga et accès aux services de santé sexuelle et reproductive

4-6-1. Présentation du département de la Donga

Le département de la Donga occupe la zone sud de l'ancien département de l'Atacora. Il s'étend sur une superficie de 11 126 km². Il compte 177 villages ou quartiers de ville répartis dans quatre communes à savoir les communes de Djougou, de Bassila, de Copargo et de Ouaké. Le département de la Donga est composé de 26 arrondissements (Ministère de la santé, 2014).

Comme activité des populations, l'agriculture reste dominante (46%). Le commerce vient après (39%), ce qui permet à Djougou, Bassila et Ouaké de servir de lieu d'échange de rencontre de divers produits agricoles et artisanaux. Les grands marchés urbains offrent des facilités d'approvisionnement et d'écoulement et permettent ainsi le développement de plusieurs activités telles que la commercialisation des produits agricoles, l'artisanat et la transformation des produits agricoles. L'industrie dans le département de la Donga est quasi inexistante (INSAE, 2004).

4-6-2. Accès à la santé sexuelle et reproductive dans le département de la Donga.

Le département de la Donga dispose de deux (02) zones sanitaires, quarante et sept (47) centres de santé, huit (08) dispensaires et deux (02) maternités. L'accès à l'eau potable constitue encore d'énormes difficultés aux populations. Seulement un tiers des ménages du département (33%) ont accès à l'eau potable (RGPH-4, 2013). D'après l'EDS de 2011-2012, il existe seulement quatre (04) centres de santé qui offrent toutes les méthodes contraceptives. Même si toutes les structures sanitaires offrent la PF, ce département est couvert à seulement 12,9 % en matière de services de santé sexuelle et reproductive (INSAE, 2013).

4-7. Cadre juridique de la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Bénin

Au Bénin, la santé sexuelle et reproductive constitue bel et bien une préoccupation majeure aussi bien des partenaires au développement que de l'Etat. Le Bénin dispose d'un cadre juridique favorable à la promotion de la santé sexuelle et reproductive. En effet, il existe deux sources de droit qui encadrent la santé sexuelle et reproductive au Bénin : les conventions internationales et les dispositions juridiques internes.

4-7-1. Conventions au plan régional et international

Sur le plan régional et international, le Bénin a adhéré aux différentes réglementations en matière de promotion de santé de la reproduction. La ratification de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et des Peuples le 10 Décembre 1948 à Paris constitue l'acte par lequel il reconnaît la dignité inhérente à toute personne humaine. C'est une disposition qui prend en compte les droits de l'homme dans toutes ses dimensions.

Le Bénin a successivement ratifié la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples à Banjul le 27 juin 1981 et en janvier 1986, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en mars, (1992), la Déclaration et Programme d'action de Vienne, adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme le 25 juin 1993. Il a également signé la Déclaration de Beijing et plateforme d'action le 17 octobre 1995 consacrant l'égalité des droits et la dignité intrinsèque des hommes et des femmes, l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des femmes et la protection de l'enfant. La signature du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatifs aux droits des femmes le 10 juillet 2003, et du Protocole à la charte africaine des droits de

l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes, adopté par la 2ème session ordinaire de la conférence de l'union Maputo, en juillet 2003 sont des actes par lesquels le Bénin accepte de lutter pour la dignité de tout homme.

Dans le domaine de la santé, le Bénin a adhéré à certaines décisions et recommandations africaines régissant la santé qui, quand bien même ne sont pas spécifiques à la santé de la reproduction, contribuent à sa promotion. Il s'agit principalement de :

- la Déclaration de Dakar relative à l'épidémie du Sida en Afrique (1992),
- l'appel d'Alger pour l'intensification de la lutte contre le Sida en Afrique adopté par la 2ème session de la Commission du Travail et des Affaires Sociales de l'OUA en avril 2000,
- la Déclaration d'Abuja sur l'initiative de faire reculer le paludisme en Afrique en avril 2000,
- l'engagement à Ouagadougou du Bénin en 2000 dans la mise en œuvre des décisions et recommandations des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/Sida en Afrique,
- la signature en 2000 de la déclaration de Dakar relative aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (Amadou, 2016).

4-7-2. Conventions internes.

A l'interne, plusieurs dispositions juridiques participent à la promotion de la santé sexuelle et reproductive. Elles sont constituées de décrets, d'arrêtés et de décision au plan national. On peut citer entre autres :

- la loi N° 2002-07 du 24 août 2004 portant code des personnes et de la famille en République du Bénin,
- la loi N°2003-03 du 03 mars 2003 portant répression de la pratique des Mutilations Génitales Féminines en République du Bénin,
- la loi N°2003-04 du 03 mars 2003 portant Santé Sexuelle et Santé de la Reproduction, la loi N°2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH Sida,
- la loi N°2006-04 du 10 avril 2006 portant conditions de déplacement des mineurs et répression de la traite d'enfants en République du Bénin,

- la loi N°2006-19 du 05 septembre 2006 portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes,
- la loi N°98-004 du 27 janvier 1998 portant Code du travail en République du Bénin,
- l'arrêté interministériel N°132/MFPTRA/MSP/DC/SGM/DT/SST du 7 novembre 2000 du Ministre de la Fonction Publique et du Ministre de la Santé fixant la nature des travaux et catégories d'entreprises interdites aux femmes enceintes et aux jeunes gens et l'âge limite auquel s'applique l'interdiction, complète les dispositions du Code du travail,
- l'arrêté interministériel (n°16/MEPS/METFP/CAB/DC/SGM/SA-2003) portant sanctions à infliger aux auteurs de violences sexuelles dans les écoles et établissements d'enseignements secondaires général, technique et professionnel, publics et privés en date du 1er octobre 2003,
- le vote de la loi 2011-26 portant prévention et répression des violences faites aux femmes (Amadou, 2016).

4-8. Autres facteurs favorisant de la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Bénin

Outre, le cadre juridique, plusieurs autres facteurs offrent des conditions pouvant faciliter la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Bénin. Nous notons entre autres :

- l'engagement des partenaires techniques et financiers du Bénin et la détermination des nombreux organismes internationaux et locaux à œuvrer pour l'accès de tous aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- l'existence des acteurs du partenariat de Ouagadougou ;
- une priorité accordée à la santé de la reproduction des adolescents et jeunes par l'ensemble des partenaires techniques et financiers ;
- le développement de nouvelles approches d'offre des services de PF dans le pays et dans la sous-région ouest africaine ;
- l'opportunité de financement de la PF par le biais des Programmes d'Investissement Public (PIP) au niveau de l'Etat et beaucoup d'autres opportunités du genre (Amadou, 2016).

Conclusion

A travers l'étude de la littérature, nous avons compris que la santé sexuelle concerne les dimensions les plus importantes de la vie humaine. C'est un concept qui a émergé dans les années 1960 et qui a évolué dans le temps. Il a, sous l'impulsion d'un groupe de sexologues, été officiellement reconnu par l'OMS. Il est défini comme l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel. Aussi la santé sexuelle n'est-elle pas réduite au traitement ou à l'absence de maladies ni à la procréation. Pour ce faire elle intègre des aspects aussi bien somatiques, émotionnels, qu'intellectuels et sociaux. Elle est donc une composante de la santé reproductive, c'est-à-dire qu'elle se rapporte à la possibilité pour chaque femme et chaque homme de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, avec la liberté de procréer ou non. La santé sexuelle et reproductive couvre alors les domaines suivants : la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, les infections génitales, les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, les cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles. Nous comprenons aussi que la santé sexuelle et reproductive constitue un droit pour chaque individu.

La revue de la littérature nous a permis de voir qu'il existe réellement un lien entre la santé sexuelle et reproductive et la pauvreté. Les relations qu'entretiennent ces deux notions sont des relations de causalité à double sens : la SSR a une influence sur le développement aussi bien que la pauvreté compromet l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

Cela est d'autant plus vérifié dans le contexte béninois que les organisations de développement et l'Etat s'évertuent de plus en plus à faire la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

PARTIE PRATIQUE

Introduction

Dans la partie pratique de ce travail, nous présenterons premièrement notre recherche, ses différentes étapes, ainsi que les techniques et outils utilisés. Ensuite, nous procéderons à l'analyse du contenu des entretiens réalisés sur le terrain avant de discuter enfin sur les aspects forts de ces entretiens. Il s'agira en effet d'étudier les facteurs qui déterminent l'accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive chez les populations rurales de la Donga et l'influence de cet accès limité à ces services. Mais avant, nous présenterons la méthode utilisée pour cette étude.

I- MÉTHODE

Pour la réalisation de cette étude, nous avons suivi les étapes nécessaires à une étude qualitative. D'abord, c'est une expérience professionnelle qui a inspiré le sujet de ce travail. Après notre maîtrise en Psychologie clinique, nous avons eu la chance de travailler en tant que bénévole dans une organisation non gouvernementale, Gender, Communication & Social Welfare (GECOSOW). Cette dernière a pour mission de promouvoir le partage de l'information utile, l'égalité sociale et de faire tomber quelques tabous qui retardent encore le développement humain. C'est dans ce cadre qu'il nous a été donné de piloter un projet de lutte contre les Infections Transmissibles Sexuellement ou par le Sang (ITSS) et les grossesses prématurées en milieu scolaire. Ce projet visait à sensibiliser les parents à l'éducation sexuelle des enfants et à sensibiliser les jeunes aux comportements sexuels à risque.

C'est cette opportunité qui nous a plongé de plain-pied dans la réalité que vivent les populations béninoises. Des défis en matière de santé sexuelle sont au cœur des réalités béninoises : les facteurs de risque sont entretenus, au nom de la tradition, dans les mesures de la norme. Une bégueule presque inviolable entoure encore la sexualité en l'occurrence dans les milieux ruraux. Les mentalités sont toujours encrées dans un conservatisme et un mysticisme sexuels manifestes. Cela ne rendait pas la tâche facile.

Au regard de ces réalités, nous avons commencé par nous poser la question : quels sont les facteurs qui rendaient difficile la promotion de la santé sexuelle et reproductive ? C'est cette question clé que nous avons réduite ensuite pour la rendre plus spécifique afin de pouvoir faire des recherches plus efficaces. Ainsi, nous avons jugé bien de chercher à comprendre en

profondeur les causes d'accès limité des populations rurales du département de la Donga aux services et aux soins de la santé sexuelle et reproductive et d'explorer les conséquences de cet accès limité sur leur capacité de produire et de faire face à leurs besoins.

Ensuite nous avons entrepris une analyse documentaire qui a consisté à étudier ce que d'autres personnes ont écrit sur notre question de recherche et sur notre sujet spécifique. Cela nous a également permis de voir qu'il n'y a vraiment pas beaucoup de recherches qui se soient intéressées aux aspects spécifiques que nous voulions étudier. La plupart des travaux sont des rapports d'organismes de développement.

1-1. Type d'étude

L'étude est qualitative. Elle se base sur des données relatives à la santé sexuelle et reproductive et à la pauvreté. Ces données sont issues d'une part de la documentation et d'autre part d'enquêtes de terrain.

1-2. Echantillon

Il est évidemment impossible pour des raisons financières et la contrainte de temps d'enquêter dans sa totalité une population aussi importante que celle du département de la Donga. Il importe donc d'enquêter un nombre réduit d'individus, tout en veillant à la représentativité de l'échantillon par rapport à la population-mère, de façon à pouvoir reconstituer les caractéristiques de celle-ci à partir de celles de l'échantillon.

Pour cette étude, nous avons réalisé six (06) entretiens auprès des parents (le couple dans le cas où il s'agit d'un foyer monogame et l'équipe parentale dans le cas d'un foyer polygame) dans des villages. Les parents interviewés sont âgés de 22 ans à 53 ans. Sur les six, on compte un ménage où l'homme est polygame avec trois (03) épouses, deux (01) ménages où l'homme a deux (02) femmes, et trois (03) ménages où l'homme est monogame. Les entretiens se sont tous déroulés au domicile des enquêtés.

Il s'agit donc de choix raisonnés, qui ont tenu compte du département cible, de la zone sanitaire d'habitation des enquêtés.

1-2-1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour cette étude sont :

- l'âge : entre 18 et 55 ans pour les épouses et 65 ans pour les époux.
- le milieu : rural
- la nature du ménage : on n'a traité que des ménages individuels (c'est-à-dire que l'on ne considèrera pas le cas des habitats collectifs comme les pensionnats, les institutions pénitentiaires, les casernes, etc...)

1-2-2. Critères d'exclusion

Notre seul critère d'exclusion se rapporte à la nature du ménage : les ménages dont un des parents vit dans un logement isolé avec ou sans les enfants sont exclus. En effet, la définition de ménage varie selon la culture. Au Bénin, il existe des ménages polygames où par exemple une des épouses peut vivre dans un logement isolé mais demeure entièrement à la charge du chef de ménage.

1-3. Recrutement

La recherche du terrain est orientée vers des ménages ruraux du département de la DONGA au Bénin, où nous avons choisi d'interviewer les parents. Cette option vise à recueillir le maximum d'informations sur les questions que nous avons abordées.

Une fois les jalons posés, la question de la prise de contact avec ces foyers s'est posée. Nous nous sommes référés aux autorités préfectorales pour être renseignés sur les zones rurales. Ce renseignement nous a permis, dans un premier temps, de sélectionner six (06) villages dont : Manigri au sud de la commune de Bassila, Kolokondé au Nord de la commune de Djougou, Singré au cœur de la commune de Copargo, Pabégo dans le sud de la commune de Copargo, Séméré II au sud de la commune de Ouaké, et Patargo dans la commune de Djougou.

Nous nous sommes rendus ensuite sur les lieux et avons tenté de rentrer directement en contact avec quelques foyers pris au hasard. Mais cette initiative a échoué face aux réticences manifestées par les intéressés. Vu que le milieu d'étude n'était pas notre milieu de vie habituel, les populations ne nous connaissaient pas. Des contacts ont été, enfin, difficilement établis grâce

aux chefs de village que nous avons sollicités. A ces derniers ont été présentés notre projet et les objectifs de la recherche. Ils se furent donné pour tâche de cibler des ménages qui répondent au mieux à nos critères d'inclusion et d'exclusion. Les chefs de villages sont entrés en contact avec ces ménages et nous ont obtenu des rendez-vous auprès d'eux.

1-4. Technique et instruments de collecte des données.

1-4-1. Technique de collecte des données

✓ Recherche documentaire

Plusieurs travaux précédemment réalisés sur les notions et concepts qu'implique le sujet de ce travail ont été consultés. Ils nous ont permis d'abord d'approfondir la notion de santé sexuelle et reproductive et celle de la pauvreté. Ensuite, les éléments présentés dans ces travaux ont constitué pour nous des sources pour pouvoir constater les liens qu'entretiennent la SSR et la pauvreté.

Par ailleurs, l'internet a servi à accéder à des travaux importants sur le sujet. Ainsi grâce à cet outil performant et à des moteurs de recherches agréés comme Google scholar, nous avons accédé à beaucoup d'articles scientifiques abordant notre problématique.

✓ Observation

L'observation s'est imposée pour relever des éléments relatifs au cadre de vie des ménages, à certaines émotions et à certains comportements. Avec cette technique, nous avons eu un meilleur relevé des conditions de vie des enquêtés.

✓ Enquête qualitative et entretien semi-directif

« (...) les méthodes qualitatives ont davantage vocation à comprendre, à détecter des comportements, des processus ou des modèles théoriques, qu'à décrire systématiquement, à mesurer ou à comparer ».

Ici, l'objectif étant de comprendre des réalités humaines et sociales, nous avons fait recours à des entretiens semi-directifs. Ces entretiens se sont déroulés autour de quatre (04) grands axes dont i) les caractéristiques générales du ménage, ii) les moyens dont dispose le ménage et ses

charges, iii) la vie sexuelle du ménage, et iv) la vie reproductive du ménage. Ces rubriques sont constituées chacune de plusieurs sous questions adressées, soit à un conjoint, soit au couple dans les cas où il s'agit d'un ménage monogame, soit à l'ensemble des parents dans le cas des foyers polygames.

1-4-2. Instrument de collecte des données

✓ La grille d'observation

La grille d'observation est construite selon les objectifs de l'étude. Elle comporte des éléments pouvant aider à la perception des sentiments. Il s'agit en effet de quelques comportements des interviewés et qui dévoilent ou confirment leurs mentalités, leurs émotions et quelques aspects de leurs conditions de vie. (*Grille d'observation en annexe 1*)

✓ Grille d'entretien

Dans l'entretien semi-directif, la grille d'entretien est un guide très souple. Ici, c'est le style de la conversation qui est recherché, l'idéal étant de faire parler l'informateur autour du sujet proposé. C'est pourquoi nous avons réalisé au préalable une grille d'entretien, avec des thèmes à explorer et à partir desquels des questions ont été élaborées. Lors des entretiens, nous avons fait en sorte que l'ensemble des thèmes soient abordé, sans pour autant que nous soyons obligé de nous en tenir à la grille de façon précise. Cela nous a permis de faciliter la parole et ne pas se situer dans une position dominante dans l'échange. (*Grille d'entretien en annexe 2*). Seule la question du départ fut systématiquement la même, après les présentations d'usage : Pourriez-vous me parler de votre ménage, l'ensemble de ses membres, leur âge et leurs occupations ? Nombre d'enfants, Nombre d'épouses... Cette question fournit des informations sur la nomenclature du ménage et prépare à mieux orienter les autres questions.

Il est à noter qu'un appareil minuscule d'enregistrement audio a été utilisé pour pouvoir faciliter la retranscription plus tard.

1-5. Méthode d'analyse

1-5-1. Retranscription

Avant de commencer l'analyse, nous avons d'abord fait l'inventaire des informations recueillies en les mettant en forme par écrit. Nous avons pris soin de les retranscrire de la manière la plus

fidèle possible. Ce verbatim qui représente les données brutes de notre enquête, nous l'avons organisé ensuite sur un format directement accessible à l'analyse. Nous avons essayé, lors de la retranscription, de récapituler certaines informations sous forme de tableaux pour avoir une vue globale sur les caractéristiques générales des ménages, leurs revenus et leurs charges. (*Voir annexe 3, au bas des fiches d'entretien*)

Les questions dont traite notre travail étant très personnelles et sensibles, nous avons opté pour l'anonymat dans nos transcriptions. Les participants ont été informés au départ.

1-5-2. Analyse de contenu

Après la retranscription des entretiens, nous avons effectué plusieurs lectures afin de mettre en évidence les idées principales en les regroupant par thèmes. Nous procédons ainsi à une analyse thématique.

1-5-3. Interprétation

Après avoir rassemblé les données qualitatives et en avoir dégagé les idées, nous avons procédé à leur interprétation. Cet exercice nous a permis d'établir des enseignements à tirer des explications et des réponses apportées à notre question de recherche. Il nous a permis de discuter et de dépasser les résultats premiers et immédiats de l'enquête (les propos des entretiens ou les comportements observés), et de proposer des recommandations.

1-6. Difficultés rencontrées

Les difficultés sont de plusieurs ordres. D'abord, il a été difficile de choisir un département étant donné qu'il y a plusieurs d'autres qui présentent les mêmes caractéristiques en termes de réalités sociales et économiques.

Notre choix a été finalement porté sur celui de la Donga car, bien que situé à plus de 400 kilomètres de notre milieu habituel de vie, il offre au plan socio-culturel des éléments particuliers intéressants pour mieux comprendre la problématique, comme l'extrémisme religieux, la culture du mariage, la place de la femme... Il n'a pas été facile d'entrer en contact avec la population cible. Cette réalité se justifie par le caractère privé du sujet de recherche et révèle de potentielles raisons ne favorisant pas trop la promotion de la santé sexuelle et reproductive. En effet il s'agit des questions liées à la sexualité déjà très difficiles à aborder

dans nos sociétés africaines, mais aussi des questions très sensibles relatives aux conditions privées de vie des personnes. Mais grâce aux chefs de village, nous avons pu nous tirer d'affaire.

Aussi les zones pour la plupart ont été difficiles d'accès en raison du manque d'infrastructures routières adéquates qui les caractérise.

II- ANALYSE DES RESULTATS PAR THEMES PRINCIPAUX

Pour rappel, notre question de recherche est : Quels sont les facteurs qui déterminent l'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive et quelle influence cet accès limité exerce sur la qualité de vie des populations rurales de la Donga et leur capacité productive ? A la suite des six entretiens réalisés et de leur analyse, nous dégagons plusieurs principales idées principales abordées par les ménages ou du moins par la majorité. Nous allons vous présenter en deux parties ces idées en les regroupant en thèmes. Les premières idées sont relatives aux conditions d'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive dans le département de la Donga. La seconde catégorie d'idées se rapporte à l'influence de l'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive sur le niveau de vie des ménages et la productivité de ces derniers.

2-1. Les conditions d'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive

Les entretiens nous ont révélé plusieurs facteurs qui expliquent l'accès limité des populations rurales de la Donga aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive. Ces facteurs sont, la distance où se situent ces services, les déterminants socio-culturels et religieux, le niveau d'instruction, l'organisation des soins et la perception subjective du bien-être.

2-1.1. L'accessibilité géographique

La majorité des ménages interviewés ont évoqué des difficultés d'accès aux soins de maternité. Cette difficulté est d'une part liée à l'absence de centres de santé qualifiés dans les environs proches. Il se pose alors un problème d'accessibilité géographique qui empêche ces populations rurales de recourir à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité. En effet, trois de nos interviewés parlent en termes de distance qui les sépare des centres de santé de référence. Cinq des six ménages affirment que la plupart des cliniques implantées dans leurs zones seraient seulement qualifiées pour des soins élémentaires. A cet effet, ils affirment que pour la plupart du temps, les examens échographiques ne sont possibles que dans les centres de références ou seulement dans certaines formations sanitaires. Une interviewée, elle sage-femme, confie que

« les hôpitaux de référence (avec un personnel qualifié et des équipements adéquats) sont implantés dans les villes (généralement les centres départementaux, les centres hospitaliers universitaires et les hôpitaux de zones). Des ménages indiquent que parfois, pour un malaise spécifique, (par exemple chez une femme enceinte qui habite dans un village) devant faire l'objet de soins d'urgence, il faut parcourir des dizaines de kilomètres pour atteindre le centre requis lorsqu'il y a une complication ». (Voir fiche d'entretien n°5, section 3). Cette idée rejoint celle de deux chefs de ménages qui affirment respectivement : « Mais pour ma femme ce drame est arrivé parce que l'hôpital où il y avait le docteur pour faire le travail est très loin. Il nous fallait parcourir au moins cinquante kilomètres pour l'attendre et puisqu'elle saignait abondamment, on n'avait même pas faire le tiers du chemin ». (Voir fiche d'entretien n° 6, section 3). Là joue le facteur distance-temps dans l'accès de ces populations rurales aux soins de santé. L'un des ménages l'exprime en ces termes : « Ce drame est arrivé à ma femme parce que l'hôpital où il y avait le docteur pour faire le travail est très loin. Il nous fallait parcourir au moins cinquante kilomètres pour l'attendre et puisqu'elle saignait abondamment, on n'avait même pas faire le tiers du chemin ». (Fiche d'entretien n° 6, section 2). Plusieurs de nos participants indiquent que les voies menant des zones rurales à des centres de santé de référence étaient généralement très peu praticables. Un couple affirme que cela revenait à un véritable parcours du combattant pour une femme déjà affaiblie d'abord par la grossesse et surtout la complication pour être. Il faut noter que la plupart des ménages ne disposent pas de moyens de transport. Aussi les maigres revenus dont disposent de ces personnes vivant dans les milieux ruraux devraient-ils servir, quand elles sont malades, à payer à la fois leur titre de transport, les frais inhérents aux soins médicaux et éventuellement les frais de séjour. Plusieurs de nos interviewés ont servi des propos similaires à ceux-ci : « Il faut avoir les moyens pour se payer tous ces médicaments que les médecins prescrivent sans pitié ». (Fiche d'entretien n° 2, section 2)

2-1-2. Une organisation des soins marquée par l'inégalité sociale.

Le thème précédent fait ressortir une autre réalité liée aux conditions dans lesquelles nos participants accèdent aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive. Il s'agit de la question de prise en charge des soins. Les entretiens nous révèlent en effet que trois des six ménages enquêtés ne jouissent pas d'une prise en charge structurelle pour se soigner. Alors qu'un des ménages affirme que l'assurance-maladie n'est pas pour les pauvres, un autre confie que seuls les fonctionnaires ont droit à la couverture sociale.

Ces ménages participent de façon directe au financement des soins. Ils ne bénéficient d'aucune protection sociale et sanitaire. Or pour la plupart, leurs revenus sont très faibles. Dans le même temps, les soins reviennent généralement très chers surtout lorsqu'ils doivent recourir à des soins de qualité, c'est-à-dire aux services de référence, comme l'affirmait précédemment un interviewé. Ainsi le rapport prix et revenus n'arrange aucunement leur accès aux soins.

Les entretiens montrent par contre que les trois ménages bénéficiant d'une prise en charge sont ceux jouissant d'un statut professionnel stable. Ces derniers sont couverts par l'assurance maladie de leurs employeurs ou l'Etat. L'on constate à la lumière d'éléments de littérature que, ce sont les acteurs du secteur agricole qui contribuent à la majeure partie du PIB qui n'ont aucune chance d'être assurés.

Quatre ménages indiquent avoir arrêté ou préféré se soigner traditionnellement à cause de moyens. La plupart des ménages confient ainsi leur sort la médecine traditionnelle. « *Ah mais je connais bien ça. Les feuilles, les écorces, les racines ont toutes les vertus pour guérir toute maladie* » (Fiche d'entretien n°2, section 3) peut lire dans un des entretiens. Ainsi nous réalisons à travers nos entretiens que les ménages plus pauvres utilisaient beaucoup moins les établissements publics payants que les ménages riches.

2-1-2. Déterminants socio-culturels et religieux de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive

Les ménages ont affirmé et ont montré combien la question de la sexualité est taboue dans les milieux ruraux de la Donga. Déjà entre conjoints, il apparaît difficile voire rare d'en parler. Pour la plupart des couples, les seuls lieux et les seuls moments privilégiés de l'intimité sont le lit conjugal et lors des rapports sexuels.

Dans le même temps, on constate qu'il est hors de question de parler de la sexualité avec ou aux enfants. Une de nos enquêtées dont la fille de dix-neuf ans avait écopé d'une grossesse alors qu'elle était encore élève confie par exemple n'avoir jamais parlé de la sexualité avec son enfant et que la première occasion était au moment où elle découvrait qu'elle était enceinte. « (...) *C'est après la grossesse surprise de ma fille que je me dis ça. Car je ne lui avais jamais dit ce qu'il faut éviter de peur de lui ouvrir les yeux. C'est après sa grossesse-là qu'on en a parlé pour la toute première fois* ». Elle justifie : « *Moi personne ne m'a appris ça, elle est juste gâtée ; ses études ne la préoccupent pas c'est tout sinon elle ne peut pas aller faire ça* » (Fiche d'entretien n° 3, section 3). C'est seulement un deux couples sur les six qui avouent parler très rarement et difficilement de la sexualité avec leurs enfants. Ils pensent que là est un terrain très

délicat et glissant : « (...) avec les enfants, nous n'avons pas pris l'habitude. Il faut avoir le temps pour en parler car lorsque vous commencez à faire ça avec les enfants, vous devez pouvoir aller au bout pour ne pas qu'il veuille satisfaire la soif que vous avez commencez par éveiller. Il risque d'apprendre la suite à ses risques et péril » (Fiche d'entretien n°3, section 2) peut-on lire d'un chef de ménage.

La majorité (04) des ménages comptent plus de sept enfants. Les ménages ayant ce nombre d'enfants sont les plus pauvres de notre enquête. Pour eux, pas question de faire recours aux méthodes contraceptives pour limiter ou espacer les naissances. Ils évoquent plusieurs raisons. En effet, ces ménages entretiennent l'idée que le fait de faire beaucoup d'enfants sert à compenser les décès probables. Ils en font donc beaucoup pour espérer en garder le maximum vivant. Deux ménages confient avoir opté pour un grand nombre d'enfants afin de s'offrir la chance qu'un ou deux réussiront leurs études pour s'occuper plus tard des parents lorsqu'ils seront vieux. Tous les ménages, aussi bien ceux ayant un niveau de vie acceptable que les plus pauvres, ont mis l'accès sur ce que représente l'enfant dans la culture africaine. Ils affirment qu'avoir beaucoup d'enfants signifie qu'on a la bénédiction des ancêtres et de Dieu. Trois ménages affirment que leur plus grande richesse sont les enfants. Ces derniers font allusion à la fois à la fierté que représentent pour eux les enfants et l'aide qu'ils leur apporteront au soir de leur vie. « *Humm, on n'est pas chez les Blancs ici, les enfants notre bonheur. Sans des enfants comment pourrait-on être heureux un jour ? Et puis en tant qu'Africain, vous savez mieux que moi que beaucoup d'enfants, c'est une richesse énorme qui dépasse toute richesse. On est fier au moins de cela même si le matériel n'est pas là. Ils sont pour nous l'essentiel de la vie. Les richesses ne servent finalement à rien quand on n'a pas d'enfants. Et quand tu es pauvre même sans enfant, tu es au moins fier d'avoir fait quelque chose de sûr dans ta vie* ». (Fiche d'entretien n°1, section 4). Généralement, l'enfant représente aux yeux de nos participants, une richesse, une bénédiction et un prestige.

Plusieurs femmes perçoivent par exemple la fécondité comme une puissance. A la question « combien d'enfants aimeriez-vous avoir au total ? », certains ont répondu « beaucoup » sinon « autant que possible ». C'est dire que le taux de fécondité reste encore, au sein de ces populations, proches du maximum physiologique.

Aussi, deux couples confient avoir refusé la contraception parce qu'ils la jugent nocive pour la santé. Pire, ils parlent d'une invention des blancs pour empêcher les africains d'être féconds et d'aller les reconquérir : « (...) je me méfie beaucoup de ces choses. Ces produits chimiques des

blancs pour désorganiser l'organisme. Ici chez moi nous ne connaissons pas ça comme pratique. Mes femmes n'ont jamais fait recours une méthode contraceptive ». « *Mais il paraît que c'est des politiques pour diminuer notre population par les blancs ».* (Fiche d'entretien n°2, section 3). Quelques ménages avec la peur qu'on leur injecte une pilule à leur insu préfèrent faire recours à la médecine traditionnelle dans certains cas.

L'autre facteur identifié dans les entretiens et qui font obstacle à la contraception et la régulation des naissances, c'est la place de la femme au sein du ménage. En effet, une grande majorité des ménages réservent une place subalterne à la femme. Rares sont celles-là qui ne répondent à l'impératif de la procréation. Un chef de ménage affirme qu'une femme inféconde est une femme maudite. Les femmes ont généralement eu leur premier enfant, encore adolescente, et elles procréent sans relâche ou comptent le faire jusqu'à la ménopause. Pour certaines femmes, l'allaitement seul permettait d'espacer les grossesses. A travers ces entretiens, nous constatons alors que le premier rôle de la femme dans ces milieux ruraux est la procréation. Elles doivent obéir au seul désir et plan de procréation de leur mari. Aussi, les époux ne devraient-ils pas les consulter pour leur faire porter les grossesses. Cette place réservée aux femmes dans le ménage, on la constate bien à travers les entretiens où en général il ne leur a pas trop été permis de s'exprimer. Deux chefs de ménage décidèrent que ce n'était pas la peine que leurs femmes viennent répondre aux questions ; qu'ils sont bien placés pour le faire à leur place. « *Je peux tout répondre à sa place c'est rien ça* » (Fiche d'entretien n° 2, section 2).

L'influence de la religion se révèle également comme un facteur ne favorisant pas trop l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive dans le département de la Donga au Bénin.

Il est à noter avant tout que les milieux où se sont déroulés nos travaux d'enquêtes sont particulièrement dominés par L'Islam. Ensuite vient après les religions chrétiennes dont particulièrement le catholicisme. Tous les hommes polygames sont musulmans et certains ont justifié leur choix en se référant au coran. Pour eux « *Il est permis d'épouser deux, trois ou quatre, parmi les femmes qui vous plaisent, mais, si vous craignez de n'être pas justes avec celles-ci, alors une seule, ou des esclaves que vous possédez. Cela, afin de ne pas faire d'injustice (ou afin de ne pas aggraver votre charge de famille).* » (Fiche d'entretien n°3, section 3). Un chef de ménage ayant trois femmes a donné l'exemple de quelques prophètes qui auraient épousé neuf femmes et par là auraient rendu service à la nation en valorisant la fécondité de celles-ci. Ainsi, nos participants montrent qu'avoir plusieurs femmes et faire beaucoup d'enfants relève d'une prescription coranique. Il va plus loin en soutenant que « *la polygamie*

procurait la chasteté à l'homme et à plusieurs femmes, fait gagner la nation et la religion en effectif et par ricochet en force ».

Quant à la position de ces ménages sur l'utilisation des méthodes contraceptive, il ressort qu'elles sont à éviter. Il pense que le mariage est le cadre à l'intérieur duquel les relations sexuelles sont permises et que les conjoints devraient se contrôler naturellement. Si les couples musulmans interviewés vivent et encouragent pour la plupart la polygamie, les couples chrétiens la découragent. Mais l'idée selon laquelle la contraception moderne est proscrite est partagée et entretenue par les chrétiens. Ces derniers soutiennent également que la sexualité est uniquement réservée aux mariés.

Voilà les facteurs socio-culturels qui ressortent de nos entretiens et qui participeraient à l'explication du faible niveau général de fréquentation des services de santé.

2-1-3. Le niveau d'instruction

Nos entretiens éclairent également sur l'incidence du niveau d'instruction des populations rurales sur l'utilisation de services de santé. Leur comportement face à la maladie ou encore face à la prévention et au planning familial, ne peut être négligé parmi les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé. Ainsi la plupart de nos enquêtés révèlent que leur première réaction devant la manifestation des premiers signes d'une maladie est l'observation. Les ménages montrent avoir pris du temps qu'ils jugent nécessaire pour savoir si la pathologie est grave ou pas. Ce comportement confirme l'idée à travers les entretiens, que la santé n'est pas une priorité pour le pauvre. On peut entendre des couples dire : « *Nous nous n'avons pas les moyens pour aller à moindre problème à l'hôpital. Déjà il n'est pas facile de joindre les deux bouts. C'est dans les cas extrêmes. Dieu nous protège beaucoup* ». Ou encore : « *Hôpital... On n'y est pas trop habitué. C'est rare que nous allions à l'hôpital. Peut-être en cas où la maladie est très grave hein* » (Fiche d'entretien n° 3 section 2).

Le recours aux soins moderne se fait donc en cas d'extrême nécessité. L'échec d'accès à la santé sexuelle et reproductive chez des ménages de la Donga se caractériserait par l'absence d'informations, l'absence de motivation et l'ignorance du besoin. Presque tous les ménages enquêtés ont très souvent fait recours à la médecine traditionnelle (des plantes médicinales) pour le soulagement de quelques pathologies et pour soigner des affections. L'on peut également noter à travers l'enquête que la peur et la méfiance aussi, vis-à-vis des pratiques dites modernes, entraîne le recours de ces populations aux thérapies traditionnelles en cas de maladie.

La forte croyance aux valeurs traditionnelles et à la sorcellerie (la maladie étant considérée dans l'imaginaire de ces populations comme un mauvais sort) est un facteur important ne militant pas en faveur des soins modernes. Certaines personnes considèrent, par exemple la stérilité, l'impuissance, les fausses couches etc... comme une malédiction ou la conséquence d'une transgression d'un tabou ou un mauvais sort. Ils concluent alors que ces pathologies ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle et le recours aux guérisseurs ou aux devins et en aucun cas par la médecine moderne. Un chef de ménage avoue clairement que le mal d'épilepsie dont souffre son enfant relève du mystique : « (...) *au départ, pour mon garçon qui fait l'épilepsie, j'allais à l'hôpital, au lieu qu'ils me disent que ce n'est pas curable là-bas, ils m'ont trainé. J'ai dû arrêter tout cela car ça ne guérissait rien et je dépensais tout ce que j'avais. (...) Ah non, j'ai questionné l'oracle, et le mal dont souffre mon fils n'a rien aux médicaments. Laissez ça.* » (Fiche d'entretien n°3 section 2)

Un ménage a perdu un enfant des causes de drépanocytaire et assiste régulièrement les peines d'un de leur enfant drépanocytaire. Le fait de ne pas faire des tests d'électrophorèse avant de se mettre ensemble pour faire des enfants relève aussi de l'ignorance. Le chef de ménage affirmait : « *Douloureux souvenir, une de mes filles est partie à cause de la drépanocytose à l'âge de 5 ans. Que la terre lui soit légère. Mais c'est parce qu'on n'a pas su très tôt, c'est notre faute. Et on regrette. C'est après son décès qu'on a compris qu'il faut s'armer pour lutter contre cette maladie chez le garçon qui vient après elle. Avec les tisanes le garçon va bien. Il a actuellement 17 ans. Il était souvent malade quand il était plus jeune et nous avons dû l'enlever de l'école (...)* » (Fiche d'entretien n°3, section 2).

2-1-5. La perception subjective du bien-être des ménages

Les ménages interviewés ont mis en évidence le caractère multidimensionnel de la pauvreté. La majorité de ces ménages ont une perception propre de la pauvreté qui ne reflète pas sa définition classique. En effet, si la pauvreté est le plus souvent appréhendée par l'approche monétaire comparant le niveau de revenu ou de consommation à un seuil donné, la perception du bien-être par les populations se révèle tout autant importante d'après notre recherche. Notre guide d'entretien nous a permis de recueillir auprès des ménages la perception de leur propre bien-être. Cette facette particulière renseigne, en effet, sur l'appréciation subjective des ménages de leurs conditions de vie.

Cependant nous pouvons constater qu'il existe un lien entre le pouvoir d'achat et l'appréciation subjective du bien-être. En effet, si plusieurs de nos enquêtés lient souvent leur situation de pauvreté à leur pouvoir d'achat faible, il faut aussi constater que l'attitude de ces derniers devant leur « sort » est relativement positive. Nos participants semblent ne pas trop se plaindre du fait par exemple qu'ils n'aient pas suffisamment les moyens pour s'offrir de meilleures conditions de vie. Pour la plupart, pourvu qu'on vive et qu'on sache accepter tout ce qui nous arrive comme venant de Dieu. Un ménage nous raconte ses expériences en ces termes : « *A aucun de ces jours où je me suis levé avec zéro franc dans la poche, on a été affamé dans cette famille. La providence fait que toujours au soir, on se rend compte avoir trouvé quelque chose à manger dans la journée et parfois plus qu'on aurait imaginé. Il faut remercier Dieu pour cela car il existe plusieurs personnes qui ne trouvent pas à manger et dont la famille s'endort affamée* » (voir entretien n°6, section 4). Ce discours ressort deux aspects de la perception subjective de ses conditions de vie : l'acceptation des conditions et l'aspect comparatif de la perception du bien-être. Ainsi l'appréciation du bien-être révèle une dimension subjective bien forte auprès de ces populations rurales. La question de l'espérance de vie comme facteur entre autres définissant la pauvreté peut paraître très relatif dans ce cas. Nos entretiens ressortent également d'autres dimensions du bien-être comme la famille, l'enfant, la capacité des individus à s'adapter à certaines situations de la vie et le fait de regarder le futur avec optimisme. La perception des risques de maladie ou des risques liés aux maladies est assez différente selon les ménages.

2-2. Influence de l'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive sur le niveau de vie et la capacité du ménage à produire.

2-2-1. Influence de l'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive sur le niveau de vie des ménages.

On peut facilement distinguer deux catégories de ménages pour notre recherche : les ménages plus riches et les ménages pauvres. L'écart se ressent bien. Car nous avons identifié deux ménages qui gagnent bien leur vie. Les quatre autres vivent carrément dans la précarité. Les deux ménages de niveau de vie relativement élevé ont respectivement deux et trois enfants et sont tous deux monogames. Tandis que les quatre ménages plus pauvres ont entre sept et treize enfants. Parmi ceux-ci nous comptons trois foyers polygames de deux à trois femmes. Les ménages les plus riches affirment tous avoir eu recours à la contraception, alors que sur les quatre ménages plus pauvres, aucun n'a pratiqué la contraception moderne. Nous constatons

chez nos enquêtés que plus ils sont riches moins ils font d'enfants, et moins ils ont les moyens plus ils procréent. En effet, les ménages qui ont un mode de procréation plus raisonnable montrent une qualité de vie conséquente. Ceux-ci sont en possession de ressources suffisante pour faire face aux charges de l'ensemble des membres du ménage. Ils réservent une priorité à toutes les dimensions de la vie dont l'éducation, la santé, la bonne alimentation, le loisir, le cadre de vie etc... Or les foyers pauvres montrent une certaine fatalité et relèguent la santé au second plan. Pour eux le plus important est que l'on mange chaque jour, et que Dieu se charge de la santé.

Ils disposent de revenus faibles face à des charges plus énormes à cause du nombre élevé d'enfants. Cela ne donne visiblement pas aux ménages la possibilité de se garantir une bonne sécurité alimentaire, les soins adéquats, un cadre de vie sain, d'assurer convenablement leurs besoins élémentaires. On peut relever dans nos entretiens et parmi les ménages pauvres deux filles-mères, des enfants déscolarisées des suites d'une grossesse précoce.

Tous les ménages ayant plus de huit membres vivent dans un appartement très serré. A part les deux ménages ayant entre deux et trois enfants, tout le reste ont au moins un jeune enfant déscolarisé et des enfants en difficulté scolaire.

2-2-2. Procréation et productivité

Nos entretiens révèlent que les femmes passent beaucoup de temps à s'occuper de grossesses et de leurs bébés. On peut constater dans les tableaux qui accompagnent les fiches d'entretien en annexe que la plupart des naissances se passent entre un et deux ans. Une femme a affirmé qu'elle accompagne son mari au champ jusqu'à sept mois au moins de grossesse. Mais elle précise qu'à partir d'un stade donné de son état, elle fait attention au travail qu'elle devait faire. Pour tous les ménages, une seule femme a eu droit à la garde de ses enfants par une domestique afin de pouvoir vaquer à son travail de sage-femme. Dans presque tous les cas, les enfants ne contribuent pas aux charges. Dans la majorité des ménages interrogés, les enfants font souvent le paludisme, ce qui ne leur permet pas toujours d'être régulier au cours et de produire de bons résultats. Il y a même un ménage qui a perdu un enfant au bas âge pour des causes de drépanocytose. L'un des enfants, adolescent, en souffre atrocement et a dû abandonner les classes pour cela. Ces réalités ne disposent pas les ménages à produire suffisamment les moyens de leur propre subsistance.

III- INTERPRETATION DES RESULTATS

3-1. Discussion

L'analyse des données révèle d'une part un lien entre santé sexuelle et reproductive et le niveau de vie des ménages. Elle montre d'autre part que l'accès limité aux soins de santé sexuelle et reproductive ou l'absence de ces soins influence la capacité des ménages à générer des moyens nécessaires à leur propre survie.

La santé sexuelle et reproductive est en effet reléguée au second rang chez les populations rurales de la Donga. Plusieurs raisons expliquent leur accès limité aux soins ou services de santé sexuelle et reproductive. La principale raison au regard de notre investigation est socio-culturelle et religieuse.

Dans ces localités, le tabou autour de la sexualité est encore très entretenu. En matière de sexualité, les mentalités sont toujours enracinées dans un conservatisme et un mysticisme manifestes. Cette situation n'offre pas les conditions favorables d'accessibilité aux soins en santé sexuelle et reproductive. Le manque crucial d'information de droit en matière de sexualité qu'engendre ce tabou et la culture exposent les populations à d'énormes risques sanitaires et problèmes sociaux. On peut citer entre autres : les grossesses précoces ou non désirées, des records de naissances incontrôlés, des taux élevés de maladies sexuellement transmissibles et du Sida. Le fait qu'on veuille maintenir la bégueule autour de la sexualité influe également sur la qualité de vie sexuelle et relationnelle d'autant plus que la sexualité est une donnée complexe ayant toujours besoin d'être entretenue et cadrée.

Si pour ces populations rurales, la sexualité relève du sacré et du spirituel, la santé et les soins eux, ont une dimension aussi bien matérielle que surnaturelle. Les conceptions traditionnelles des causes de la maladie sont basées sur le principe de double causalité, à la fois naturelle / matérielle et surnaturelle / spirituelle. Cette conception pluraliste des causes (isolées ou concomitantes) des maladies détermine l'itinéraire thérapeutique des populations. Elles préféreront faire, le plus souvent, recours à la médecine traditionnelle.

On peut donc noter l'influence des représentations de la maladie de ces dernières dans l'utilisation des services de santé en l'occurrence la santé sexuelle et reproductive. Ces représentations expliquent le rejet parfois des savoirs et des normes modernes (médecine, contraceptifs...). La conception, par exemple, selon laquelle le virus du Sida serait une

invention des occidentaux pour décimer la population grandissante de l'Afrique est courante. Cette idée se fait également de plus en plus présente chez les Africains comme réponse aux politiques de décroissance démographique qu'initient les organismes de développement. Il s'agit de conceptions qui renforcent le choix de la progéniture abondante et le refus de certaines populations rurales de faire recours aux soins de planification des naissances. S'il est vrai que pour les sociétés africaines, l'enfant représente une richesse, une bénédiction et un prestige, il est aussi vrai que l'idée, qu'on veuille faire obstacle à la montée en puissance d'un peuple pour des fins néocolonialistes, constitue un facteur de résistance à l'accès à certains services de santé sexuelle et reproductive.

Nul n'ignore par ailleurs l'influence qu'exerce aujourd'hui la religion sur le processus de la libération sexuelle entamée les années 1960 avec l'éclosion des théories hédonistes de la sexualité. Cette influence est très manifeste dans les localités de notre investigation. En effet, il est difficile de changer les croyances surtout lorsqu'elles sont nourries par un extrémisme fondamental. Plusieurs sont ceux-là qui refusent aujourd'hui, au nom des prescriptions du coran ou de l'église, de pratiquer la contraception même en cas de risque à la procréation. Ils optent pour des méthodes naturelles ou traditionnelles dont l'inefficacité et les risques sont attestés. Les conséquences peuvent être bien souvent désastreuses.

Une autre cause majeure du peu d'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive dans le département de la Donga est liée à la prise en charge des soins. Malgré la loi 90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin (art. 8, page 4) reconnaissant expressément le droit à la sécurité ou à la protection sociale, grand-chose n'a été fait jusque-là pour faciliter l'accès des populations pauvres à la santé. Au Bénin, très peu bénéficient d'une assurance maladie. Les données de l'enquête démographique et de santé 2011-2012 du Bénin (EDSB-IV) montrent que seulement 2% des ménages sont couverts par l'assurance maladie et 74,01% des ménages assurés sont couverts par l'assurance maladie offerte par l'employeur (l'Etat et les entreprises privées). Les populations rurales qui s'investissent généralement dans le secteur agricole sont leurs propres assureuses car étant du secteur informel, elles ne bénéficient pas de couverture sociale. Or, ces paysans contribueraient de plus de 32% au PIB (DPP/MAEP, 2010).

Le fait que les soins doivent être totalement pris en charge par les ménages demeure un facteur qui limite leur accès à la santé. C'est un vrai problème surtout dans un contexte où la majorité vit dans la pauvreté. De même, les soins reviennent très chers. Car le niveau de subvention des hôpitaux (seulement publics) est très faible : la part du budget national dévolue au secteur de la

santé en 2012 ne représentait que 6,6%, un pourcentage très loin de l'engagement des Chefs d'Etat d'Abuja (15%). (Jansen, 2013).

Ces populations privées de protection sociale, se voient dès lors dans l'incapacité financière d'accéder à des soins de qualité. L'équation argent = accès n'est plus à démontrer. Plusieurs femmes enceintes, pour des raisons pécuniaires, ne se font pas suivre et s'exposent ainsi des risques parfois fatals.

La question de l'accessibilité géographique se pose également comme un frein à la promotion de la santé sexuelle et reproductive. Dans le contexte béninois, la distance est garante d'un accès aux soins d'une manière ou d'une autre. La plupart des hôpitaux de référence (de personnel qualifié et d'équipements adéquats) sont implantés dans les villes. Et parfois, pour un malaise spécifique, (par exemple chez une femme enceinte qui habite dans un village) devant faire l'objet de soins d'urgence, il faut des dizaines de kilomètres pour atteindre le centre indiqué. Or les voies étant très peu praticables dans la plupart de ces milieux, cela revient à un véritable parcours du combattant pour ces femmes déjà affaiblies. Ces observations mettent en évidence l'idée selon laquelle le couple distance/temps joue un rôle décisif dans l'accessibilité aux soins de santé. Les maigres revenus de ces personnes vivant dans les milieux ruraux devraient alors servir, quand elles tombent malade, à payer à la fois leur titre de transport, les frais inhérents aux soins médicaux et éventuellement les frais de séjour.

Au regard de tous ces facteurs, on peut affirmer que la pauvreté ou le sous-développement a une grande part dans le faible accès des populations rurales du département de la Donga aux services et aux soins de la santé sexuelle et reproductive : parce que les populations manquent du minimum en terme de revenu ou de dispositions, elles n'ont pas accès aux services de santé sexuelle de qualité ou pas du tout. Mais on peut constater que le fait que ces populations aient un accès limité aux services entraîne également leur enlèvement dans la pauvreté. Par exemple lorsque les femmes n'ayant pas respecté le suivi de la grossesse ou n'en ayant pas eu les capacités décèdent en couche ou lorsque des gens sont emportés par le sida, les enfants deviennent orphelins. Ces derniers deviennent une charge pour les autres frères et sœurs. Les filles qui, par faute d'éducation sexuelle, écoupent d'une grossesse précoce se déscolarisent, se marient et continuent d'avoir des enfants dans des conditions précaires. Les enfants mis au monde par ces jeunes mères sont les plus à risque de souffrir de malnutrition. Ces situations compromettent aussi bien la santé de ces femmes que celle des enfants, précarisent leur qualité de vie et limitent leurs possibilités à contribuer au développement et à la productivité de leurs communautés et de leurs pays.

Le rejet de la contraception et le refus de limiter les naissances exposent, en effet, les ménages à d'énormes difficultés. Sur le plan microsociologique, le nombre d'enfants n'étant pas souvent planifié en fonction des revenus de la famille, l'on assiste à un manque de moyens dans l'auto prise en charge et alors à des conditions de vie assez précaires. Mais sur le plan macrosociologique, ces enfants ne constituent vraiment pas une main d'œuvre qualifiée pour le développement de leur pays. Puisque la précarité de leurs conditions ne leur a pas toujours permis d'avoir les moyens d'évoluer au plan scolaire ou dans une formation professionnelle. Et il est évident qu'une forte proportion de personnes peu scolarisée limite les capacités de développement de la communauté, c'est-à-dire les conditions permettant au plus grand nombre d'individus possible d'améliorer leur potentiel et l'utilisation maximale de ce potentiel par tous. La capacité de contrôler les choix en matière de sexualité et de reproduction, de se maintenir en bonne santé et en sécurité dans leur vie sexuelle et reproductive, permet aux femmes de participer à l'éducation et au marché du travail, de subvenir aux besoins de leur famille, et de disposer davantage de moyens pour contribuer à la vie de leur collectivité et à la vie sociale. La possibilité pour les femmes d'avoir le choix de retarder, de limiter ou d'espacer les naissances, fait qu'elles passeront moins de temps à être enceintes et à s'occuper de leurs jeunes enfants, et peuvent par conséquent consacrer plus de temps en formation ou à être scolarisées. Cela les aide à rechercher des emplois mieux qualifiés et à passer plus de temps dans des emplois formels. Une étude réalisée dans 97 pays a révélé que chaque enfant supplémentaire réduit la participation féminine à la main-d'œuvre de 5 à 10 pour-cent chez les femmes âgées de 20 à 44 ans.

On peut avancer, au regard de cette étude, que promouvoir la santé sexuelle et reproductive au sein des populations rurales de la Donga est une manière de contribuer en grande partie au développement socio-économique du Bénin.

3-2. Limites

Notre enquête sur le terrain n'a pu approfondir tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive. Nous n'avons pas, vu notre échantillon limité et la nature de notre étude, explorer l'ampleur de la mortalité maternelle et infantile par exemple, le VIH-Sida et leurs implications, la réalité de l'épanouissement sexuel des conjoints, l'ampleur des grossesses prématurés et l'avortement... Nos entretiens annoncés pour être de préférence des entretiens de groupe (adressés à l'équipe parentale ou au couple) n'ont été le cas que pour certains ménages. Cela

est dû à la disponibilité de certains membres mais surtout au faible pouvoir de décision de la femme au sein du ménage. En effet, des femmes ont été habilement exclues de l'entretien par leur conjoint.

3-3. Portée des résultats

Il est important de dire à quel point les résultats de cette recherche peuvent être généralisés à d'autres populations. Il s'agit en effet d'une étude dont le but est de chercher à comprendre des comportements d'une population donnée et de déduire les implications de ceux-ci. La problématique de l'accès aux soins et services de santé sexuelle et reproductive concerne toutes les populations du monde. Mais si tous les pays, aussi bien ceux développés qu'en développement, toutes les régions du monde aussi bien rurales qu'urbaines sont confrontés aux problèmes de santé sexuelle et reproductive, tous ne le sont pas de la même manière ou avec la même ampleur. Dans les pays développés, la question a évolué et les résultats de l'utilisation massive de ces services et les conséquences sont très parlants. Les retombées sont entre autres : la baisse considérable du taux ou l'éradication presque de la mortalité maternelle et infantile, le taux très insignifiant des malades du VIH Sida, l'amélioration des conditions de la femme et des mères, la réduction des taux de grossesses prématurées et des décès suite à un avortement etc. Dans les pays en développement comme le Bénin, ces questions sont encore loin de trouver des réponses proches de la satisfaction. Il est alors clair que les conclusions de cette recherche ne peuvent être appliquées à des populations de pays développés. De même, les réalités en milieu urbain ne sont guère les mêmes que celles des milieux ruraux. Par exemple dans les pays en développement comme celui où s'est déroulée notre étude, le niveau d'instruction et d'accès à l'information utile dans les villes, le taux d'accès à l'emploi formel, la perception sur la sexualité, et le taux d'accès aux soins de santé ne sont pas comparables. Ces situations ne connaissent une légère et relative amélioration qu'en milieux urbains. Cependant, l'on peut tenter, dans le cas du Bénin, de généraliser les résultats de cette étude à tous les milieux ruraux. L'échantillon de notre étude est restreint certes, mais les réalités qu'il explore et leur nature peuvent être facilement applicables à l'ensemble d'une population de culture et d'une localité données, sur une période déterminée. Aussi pouvons-nous oser affirmer que la différence concernant ces réalités dans les milieux ruraux au Bénin est minime.

3-4. Perspectives

Il importe, pour une véritable promotion de la SSR au Bénin en particulier dans les milieux ruraux, que des campagnes de sensibilisation soient initiées. Certes, de nombreuses organisations s'investissent déjà dans ce domaine. Mais pour la plupart du temps, les activités n'intègrent pas vraiment les facteurs socio-culturels. Les multiples programmes onusiens ou des partenaires au développement ne tiennent que trop compte de l'aspect « droit à la santé sexuelle et reproductive de tous » pour inviter les bénéficiaires à utiliser les services de santé sexuelle et reproductive. Aussi, aujourd'hui, la principale raison de l'échec des politiques d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive vient-elle de cette limite.

L'impact réel ou les avantages de l'accès aux soins ou de l'utilisation des services de la santé sexuelle et reproductive sur les individus et la communauté ne sont pas suffisamment abordés. Oui, c'est bien que les populations connaissent leurs droits, mais c'est encore mieux qu'elles réalisent les implications, dans leur quête du bien-être relatif, de ces droits. L'action est beaucoup plus facilement engagée lorsque le but qu'elle vise est clairement conçu.

Pour ce faire les campagnes de sensibilisation devraient aider les populations à se rendre compte des risques qu'elles courent et font courir, et les avantages réels pour eux de faire recours aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive. Elles devraient, en amont et en aval, insister sur les conséquences qu'entraîne le refus de l'accès à ces soins. Cela ferait prendre conscience de la portée des implications sur la qualité de vie. Souvent, les conclusions sont généralisées et il est difficile pour chaque peuple et chaque individu de se retrouver dans le message véhiculé. Il peut arriver par exemple qu'un Béninois qui gagne moins d'un dollar par jour vous dise qu'il n'est pas pauvre parce qu'il a plusieurs femmes et beaucoup d'enfants. C'est une réalité courante qui pose la question de la perception relative du bien-être. Lorsque vous avancez comme argument à un chef de ménage de cette catégorie qu'il sortirait de plus en plus de sa pauvreté en arrêtant de faire des enfants, la probabilité est très forte que le message tombe dans les oreilles de sourd. On constate que les interventions des acteurs sur le terrain n'ont pratiquement pour objet principal que la planification familiale. Or l'idée de réduire la fécondité chez les Africains reste une question très sensible, car civilisationnelle. L'Etat doit, en effet, mettre en place une politique de santé sexuelle et reproductive plus appropriée au contexte purement africain et particulièrement béninois. Cette politique doit donc tenir compte de l'ensemble des facteurs d'accessibilité propres au milieu.

Le défi auquel est confronté le secteur de la santé du Bénin est donc de développer des stratégies multisectorielles qui maximisent l'accès des personnes aux soins de santé sexuelle et

reproductive. Réduire les inégalités spatiales d'accès en dotant les zones les plus reculées de centres de santé pouvant couvrir l'essentiel des soins en santé sexuelle et reproductive demeure une priorité. L'une des principales critiques portées à l'encontre du récent cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement tient au fait que, dans de nombreux endroits, il n'a pas réduit les inégalités. Par exemple, seulement 53% des naissances dans les zones rurales reçoivent l'assistance de personnel de santé qualifié, par rapport à 84 pourcent en milieu urbain. Il existe de véritables fossés entre les capacités et la qualité des systèmes de santé qui conduisent à des obstacles empêchant l'accès aux services (OMS, 2016)

La question de la prise en charge de ces soins est tout autant préoccupante. Le chemin à parcourir pour rendre l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive restera toujours long tant que rien n'est véritablement fait dans ce sens. Il incombe à l'Etat de mettre sur pied un système efficace de prise en charge des soins surtout en faveur des acteurs du secteur agricole qui de l'informel, contribuent en majeure partie au développement du Bénin. Pour ce faire, nous encourageons le gouvernement à mener à bout le développement du Régime d'Assurance Maladie Universelle du Bénin (RAMU) initié depuis l'an 2011 et intègre la responsabilité de la prise en charge du secteur informel (qui représente plus de 80% de la population). (Jansen, 2013)

CONCLUSION

La réalisation de ce mémoire nous a permis de mener une recherche mais aussi une réflexion sur les conditions d'accès des populations rurales de la Donga aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive. Elle nous a également permis de comprendre l'influence de l'utilisation ou non de ces services sur leur qualité de vie. Ainsi, il est ressorti que les limites d'accès aux soins et services de SSR ont une influence significative sur la qualité de vie des ménages et leur capacité productive.

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons approfondi le concept de santé sexuelle et reproductive et son évolution ainsi que la notion de la pauvreté. Au vu de la littérature, nous avons compris que la SSR concerne les dimensions les plus importantes de la vie humaine et qu'elle est indissociable du processus du bien-être. Pour ce faire, elle constitue un droit précieux pour tout individu.

La revue de la littérature nous a permis également de voir qu'il existe réellement un lien entre santé sexuelle et reproductive et pauvreté ou développement.

Dans le cadre de la partie pratique, nous avons étudié les facteurs qui déterminent l'accessibilité de notre population cible aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive. Ce sont essentiellement les facteurs socio-culturels et religieux, le niveau d'instruction, l'organisation des soins en santé sexuelle et reproductive, la répartition géographique des centres de santé et la perception subjective du bien-être.

L'analyse de ces cinq facteurs nous a permis d'approfondir davantage les relations de double causalité entre santé sexuelle et reproductive et la pauvreté ou le développement. Il ressort de cette analyse que la pauvreté (niveau microsocial) et le sous-développement (niveau macrosocial) n'offrent pas du tout les conditions d'accès aux services ou aux soins de santé sexuelle et reproductive. Plus loin, comme dans un cercle vicieux, nous constatons que l'accès limité à ces services participe de la pauvreté et de l'enlèvement des populations en question dans la précarité.

Ces conclusions répondent à souhait à notre question de recherche qui est : Quels sont les facteurs qui déterminent l'accès des populations rurales du département de la Donga au Bénin et quelle influence l'accès limité à ces services exerce-t-il sur la qualité de vie de ceux-ci et leur capacité productive ?

A travers cette étude, nous réalisons l'urgence pour l'Etat béninois de faire de la promotion de la santé sexuelle et reproductive une priorité dans la lutte contre la pauvreté. Pour ce faire, il

s'agira, loin des clichés onusiens, de mettre en place une stratégie qui associe les populations dans la conceptualisation de leurs besoins.

Il serait intéressant d'aller plus loin dans la problématique en faisant ressortir des chiffres qui expliquent mieux la relation entre la SSR et le développement social et économique à l'échelle nationale. Cela pourrait consister par exemple à une étude comparative au moyen de données statistiques existantes. Ces données permettraient par exemple de voir si le taux de pauvreté est plus élevé dans les départements où les populations ont moins accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

BIBLIOGRAPHIE

- Aboussad, A., Cherkaoui, M., & Vimard, P. (Ed.). (2010). Santé et vulnérabilité au Maroc. Université Cadi Ayyad. Retrieved from <http://hal.ird.fr/ird-00576499/document>
- Adam, S. (1843). Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations (G. Garnier & A. Blanqui, Trans.). Paris : Guillaumin. (Original work published 1776).
- Adam, W. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a04v80n2.pdf>
- Amadou, M. (2016). Droits en matière de santé sexuelle et reproductive Santé de la Reproduction et statut de la femme au Bénin : Etat des lieux et perspectives. Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFORP), Cotonou-Bénin. Retrieved from <http://uaps2011.princeton.edu/papers/110929>
- Assoumou, G.E. (2007). Mesure et indicateurs de pauvreté dans le monde (Mémoire de master1). Université du Sud, Toulon-Var.
- Atkinson, D. & Sibly R.M. (1997). Why are organisms usually bigger in colder environments? Making sense of a life history puzzle. *Trends in Ecology & Evolution*, 12(6), 235-239.
- Banque Mondiale. (2017). Bénin Présentation. Retrieved from the Web site of La Banque Mondiale <http://www.banquemondiale.org/fr/country/benin/overview>
- Banque Nationale de Belgique. (2015). Préambule Développements économiques et financiers, Réglementation et contrôle pruden tiels. Retrieved from https://www.nbb.be/doc/ts/publications/nbbreport/2015/fr/t1/rapport2015_complet_e.pdf

- Becker, G.S. (1985). Human Capital, Effort and Sexual Division of Labor. *Journal of Labour Economics*, 3, 33-58. Retrieved from <http://faculty.smu.edu/millimet/classes/eco7321/papers/becker01.pdf>
- Béjin, A. (1982). Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues. *Communications*, 35, 159-177. Retrieved from http://www.persee.fr/docAsPDF/comm_0588-8018_1982_num_35_1_1531.pdf
- Bénicourt, E. (2001). La pauvreté selon le PNUD et la Banque mondiale. *Etudes rurales*, 159-160(3), 35-53. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-etudes-rurales-2001-3-page-35.htm>.
- Bichat, X. (1994). Recherches physiologiques sur la vie et la mort (première partie), et autres textes. Paris : G-F Flammarion.
- Bisiaux, R. (2011). Comment définir la pauvreté : Ravallion, Sen ou Rawls ?. *L'Économie politique*, 49(1), 6-23. doi:10.3917/leco.049.0006.
- Boidin, B. (2005). La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ?. *Mondes en développement*, 131, 29-44. Doi 10.3917/med.131.00293
- Booth, C. (1891). Life and Labour of the People of London. vol. Londres : Macmillan.
- Canguilhem, G. (1952). La Connaissance de la vie. Chap. *Aspects du vitalisme*, deuxième édition augmentée. Paris : Vrin.
- Conférence Internationale sur la Population et le Développement. (1994). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire. New York : Nations Unies.
- Dash, P., Sahoo, R.K., & Nataraj, G. (2012). China's growth story : the role of physical and social infrastructure. *Journal of economic development*, 37, 53-75. Retrieved from <http://www.jed.or.kr/full-text/37-1/3.pdf>

- Defossez, S. (2010). Evaluation des mesures de gestion du risque inondation. Application au cas des basses plaines de l'aude. (Thèse de doctorat en Géographie), Université Paul Valéry, Montpellier III.
- Dominique, M. (2008). Au-delà du PIB. Pour une autre mesure de la richesse. Sciences humaines & sociales. Paris : Flammarion-Champs Actuel.
- Dunford, M. (2007). Le développement économique en Europe depuis 1950, *L'Information géographique*, 71, 68-99.
- El Feki, M. (2007). Introduction. Dans La sexothérapie (pp. 17-20). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.elfek.2007.01.0017.
- Fleurbaey, M. (1995). Equal Opportunity or Equal Social Outcome ?. *Economics and Philosophy*, 11, 25-55. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0266267100003217>
- Fleurbaey, M., Herpin, N., Martinez., & Verger, D. (1998). Mesurer la pauvreté ?. In : *Economie et statistique*, 308-310, 23-33. doi : 10.3406/estat.1998.2588
- Fleshman, M. (2002). Sida : Sombres perspectives pour l'Afrique, *Afrique Relance - Nations Unies*, 16, 2-3.
- Giami, A., & Colomby, P. (2001). Profession sexologue ?. *Sociétés contemporaines*, 41-42(1), 41-63. doi:10.3917/soco.041.0041.
- Gautier, A. (1996). Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ?. in *Le genre des droits*. Athènes : Diotima.
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250(7), 56-60. doi:10.3917/jdp.250.0056
- Gini, C. (1921). Measurement of Inequality of Incomes. *The Economic Journal*, 121, 124-126.

- Harrison, K. A. (1997). Maternal mortality in Nigeria : the real issues, *African Journal of Reproductive Health*, 1, 7-13.
- Haut Conseil de la Santé publique. (2016). Santé sexuelle et reproductive. Retrieved from file:///Z:/hcspr201600302_santesexuelleetproductive%20(5).pdf
- Hancock, T. (2001). Health-based Indicators of Sustainable Human Development. Paper prepared for the Office of Sustainable Development, Health Canada : OMS.
- Houseaux, F. (2013). Mesurer la pauvreté : Enjeux et questions. *Idées économiques et sociales*, 171(1), 33-36. doi:10.3917/idee.171.0033.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. (2013, août). Cahier des villages et quartiers de ville du département de la Donga (rgph-4, 2013). Retrieved from file:///Z:/Cahier%20des%20villages%20et%20quartiers%20de%20ville%20Donga%20(2).pdf
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. (2013). Enquête Démographique et de Santé 2011-2012. Retrieved from file:///Z:/EDS_2012_Rapport_final-11-15-2013.pdf
- Jansen, C., Lodi, E., Lodenstein, E., & Toonen, J. (eds.). (2013). Vers une couverture maladie universelle au Bénin.
- Le Pennek, A. (2013, mars). Santé sexuelle, la définition de l'OMS, *L'école des parents*, 602, 37-37.
- Lollivier, S. (2008). La pauvreté : définitions et mesures. *Regards croisés sur l'économie*, 4(2), 21-29.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099–104. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf?ua=1

Mincer, J. (1958). Investment in Human Capital and Personal Income Distribution. *Journal of Pontifical Economy*, 66, 281-302.

Moore, A.M., Awusabo-Asare, K., Madise, N., John-Langba, J., & Kumi-Kyereme, A. (2007). Coerced First Sex among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context. *African Journal of Reproductive Health* 11(3), 62–82.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. *Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*, présidé par J. Sachs. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015, Septembre). Vieillesse et santé, *Aide-mémoire* N°404.

Organisation Mondiale de la Santé. (1984). Promotion de la sante. *Charte d'OTTAWA*.
Version non publiée. Retrieved from
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation des Nations Unies. (1995, septembre). Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes. Beijing : Nations Unies. Retrieved from
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf>

Pelchat, Y. (1995). La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire : un parti pris pour les femmes ?. *Recherches féministes* 81, 155–164. Doi : 10.7202/057825ar

Programme des Nations unies pour le développement. (2010). Rapport mondial sur le développement humain. Paris : UN.

Rowntree, S. (1901). *Poverty : a Study of Town Life*. Londres : Macmillan

- Schultz, T.W. (1961). Investment in Human Capital. *American Economic Review*, 51, 1-17.
- Sen, A. (1983). Development which wau now ?. In *The Economic Journal*, 93, 745-762.
- Sen, A. (1987). Ethique et économie (Sophie Marnat, Trans.). Presse universitaire, Paris :
Presse Université de France, 1993.
- Sénat. (2008). La mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale : quels indicateurs ?. *Étude économique n°1*. Retrieved from <https://www.senat.fr/eco/ec01/ec011.pdf>
- Smith, J. (1999). Healthy bodies and thick wallets : the dual relation between health and socioeconomic status . *Journal of Economic Perspectives*, 13, 145–66.
- Theil, H. (1967). Economics and Information Theory. Amsterdam : North-Holland Publishing Company.
- Townsend, P. (1985). A sociological approach to the measurement on pverty. A rejoinder to Professor A. Sen. *Oxford Economics papers*, 37, 659-666.
- Valensin, G. (1964). Santé sexuelle, Paris : Editions de la Table ronde, collection L'Ordre du jour.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 97–105. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567730/pdf/11953787.pdf>

ANNEXE 1 : Grille d'observation

Grille d'observation	
1)	Le cadre de vie : la salubrité.
2)	Le sentiment : de bonheur ? De fierté ? De regret ? D'espérance ?
3)	Le comportement : par exemple ce que révèle le comportement de l'homme sur la place de la femme dans le foyer ou de la femme sur son autonomisation ?

ANNEXE 2 : Grille d'entretien

Grille d'entretien		
1)	Questions générales	Pourriez-vous me parler de votre ménage, l'ensemble de ses membres, leur âge et leurs occupations ? Nombre d'enfants, Nombre d'épouses, me dire votre religion...
2)	Les moyens dont dispose le ménage et comment il fait face à ses charges. La perception de sa propre situation...	Pourriez-vous me dire comment vous joignez les deux bouts ? la nourriture, votre santé et celle des enfants, la scolarité des enfants, l'électrification, apport en eau, loisirs ; à quelle hauteur chacun des membres contribuent aux charges...
3)	La vie sexuelle du ménage	Comment vivez-vous votre sexualité et quelle place a-t-elle dans votre vie ? Avez-vous entendu une fois parler du VIH-SIDA ou des ITSS ? de la contraception ? Si oui à quelle occasion ? Parlez-vous de la sexualité entre vous et avec les enfants ?
4)	La vie reproductive du ménage	Avez-vous toujours en projet de faire d'autres enfants ? Si oui pourquoi ? Quelle est la place de l'enfant dans votre vie ? Que vous apportent-ils comme soutien matériel ? Avez-vous essayé une méthode contraceptive entre temps ? Consultez-vous régulièrement un médecin pour la suivie des grossesses ?

ANNEXE N° 3 : Fiches d'entretiens et tableaux d'une vue globale sur les ménages.

L'ensemble des six (06) fiches d'entretien suivies chacune d'un tableau récapitulatif sur la composition générale du ménage et d'un tableau reprenant les revenus et les charges du ménage.

Fiches d'entretien n° 1

Le chercheur J : Jean-Baptiste LINSOUSSI, mémérant en sciences de la famille et de la sexualité.

Le participant R : un chef de ménage ayant participé à l'entretien sur le sujet « Santé sexuelle et reproductive & paupérisation des populations rurales : cas du département de la Donga au Bénin ».

Lieu de l'entretien : Domicile du participant, au village de Manigri.

Section 1 : Caractéristiques générales du ménage 1.

J : Bonjour Monsieur. Je vous remercie de m'avoir accepté pour cet entretien. Comme on vous l'avait dit et qu'on en a parlé aussi au téléphone, il s'agit d'un entretien dans le cadre d'une étude à l'université. C'est sur comment les hommes et femmes vivent leur ménage, comment ils arrivent à se débrouiller dans la vie. Mais une chose très sensible aussi : nous allons parler de la sexualité et de comment vous la vivez. En termes simples, c'est cela.

R : D'accord allons y seulement.

J : Je vous remercie. Mais je tiens à vous dire, s'il y a des questions qui vous paraissent trop privées vous pouvez laisser hein.

R : Ah mais je suis ouvert t'inquiète pas.

J : C'est une bonne nouvelle. Ok. Je vais commencer par vous demander de me parler de votre ménage en général, l'ensemble de ses membres, leur âge et leurs occupations ? Nombre d'enfants, Nombre d'épouses... Ce que chacun fait, la situation de chacun. Votre religion...

R : Ok d'abord moi je suis cultivateur et j'ai 53 ans, j'ai une femme, elle fait de petits commerces. Ma femme a 36 ans je crois euh non plutôt 37. Nous avons sept enfants. Bon je dirais six parce qu'elle a fait une fille ailleurs avant que je ne la prenne sous mon toit. Sa fille-là a seize ans et en classe de troisième. Malheureuse elle ne va plus continuer les classes

car depuis six mois elle se retrouve enceinte. Tous mes enfants vont à l'école sauf le grand garçon qui a quatorze ans à cause de problème de santé.

J : Et ils ont quel âge ? Pourriez-vous me dire aussi leur niveau à l'école et quel problème votre garçon qui ne va plus à l'école a ?

R : Euh la fille de ma femme enceinte a seize ans comme je vous ai dit et est en troisième, mon garçon qui a laissé les bancs, il a quatorze ans et était allé jusqu'en cinquième... Trois filles suivantes ont douze ans, neuf ans et huit ans et sont respectivement au CM2, CE1 et CP. Nous avons deux autres garçons de six et quatre ans. Le premier au CI et le dernier ne fréquente pas encore. Voilà un peu tout. Ah Euh, mon enfant fait des crises épileptiques. Mais avec des soins et des cérémonies, il va mieux.

J : Vous avez dit que vous êtes cultivateur. Et votre femme commerçante. C'est bien. Je vois que vous avez fréquenté un peu, non ? Quel niveau. Et votre femme aussi ?

R : Oui j'ai fréquenté un peu. Ma femme n'a jamais été à l'école.

Section 2 : Revenu et charges du ménage

J : Monsieur j'ai été très satisfait de vos réponses. Je vous remercie de votre ouverture. C'était la première partie. Il en reste trois. Maintenant parlons des moyens que vous avez, comment vous arrivez à faire face à vos charges dans le ménage. Ça va être davantage plus personnel hein.

R : Oh on est ensemble et pas d'inquiétude.

J : Ok merci. Alors combien vous rapporte au total votre activité agricole ? Peut-être une évaluation approximative par mois ou même par an si vous voulez bien.

R : Hum je n'ai jamais cherché à faire le calcul. Hum ok je réfléchis rapidement et je vais vous dire.

J : Ok ! A votre aise.

R : je peux dire, quand je vois ce que la campagne du coton m'a donné à la fin de cette année, c'est environ 2.160.000 f CFA (environ 3.300 euro). Et c'est à peu près pareil chaque année.

J : D'accord. Et vous vous faites que le coton ? Pas d'autres revenus ? Votre femme n'est pas présente, sinon c'aurait été intéressant de lui demander aussi combien lui donne son commerce.

R : Je peux tout répondre à sa place c'est rien ça. Mais je ne gagne pas autre chose hein, je vis essentiellement de la culture du coton... j'ai des palmiers à huile et quelques plans de manioc, mais tout ça, c'est destiné à la consommation à la maison. On ne vend pas ça. Euh on peut dire que ma femme apporte au moins 40.000 f (environs 60 euro) par mois.

J : Je suppose que les enfants sont encore trop jeunes pour vous aider.

R : Ah oui ils sont encore petits.

J : Avez-vous des dettes ? Si oui à hauteur de combien ?

R : Mais oui, sans cela ce n'est pas bien hein. Il y a au moins 150.000 (environ 230 euro) qui me serrent le cou actuellement.

J : Qu'est ce qui constitue vos dépenses dans le ménage et en dehors ?

R : Mes dépenses c'est dans le manger. C'est le gros lot ça. Malgré les quelques produits vivriers que nous apportons du champ pour consommer, on dépense banalement 100.000 f (130 euro environ) par mois dans la nourriture. L'école des enfants aussi prend beaucoup, après ça, c'est la santé et autres. Mais bon, c'est ça.

J : Pourriez-vous donner une évaluation de vos dépenses dans l'école des enfants et la santé aussi ? Et peut-être pour le logement même si apparemment ici c'est chez vous et l'électricité aussi.

R : Euh Ok. Disons avec les crises de mon garçon ça me revient un peu beaucoup, avec les cérémonies, les sacrifices et parfois les médicaments. Comme je vous ai dit là, j'ai un enfant qui fait l'épilepsie. Mais en général, on n'attrape souvent que le palu et la fièvre donc avec des tisanes que nous connaissons, on guérit vite. Evaluer la somme ? Je peux dire peut-être 30.000 f (22 euro environ) par mois. Pour l'école, il faut payer contribution, les fournitures et l'uniforme ça peut me couter pour tous les enfants 300.000 f (environ 460 euro) par an. J'ai hérité cette maison de mon père donc je ne paie rien pour le logement. L'électricité, vous voyez seulement les courants et les ampoules installés, mais ça ne fonctionne plus depuis bientôt un an. Les gens nous volent trop sur les factures et comme je n'ai pas trop les moyens pour payer, ils sont venus couper leur chose. Nos lanternes nous vont déjà pas mal.

J : Je vois, je suis désolé pour votre enfant et la coupure, Tout se remettra en ordre pour vous et votre ménage. Mais vous payez quand même du pétrole pour les lanternes.

R : Oui mais ce n'est pas beaucoup, à peine quatre litres par mois soit 2.000 f (1,3 euro)

J : Si je comprends bien vous vous soignez aussi bien traditionnellement qu'à l'hôpital.

R : Oui mais humm. Hôpital... On n'y est pas trop habitué. C'est rare que nous allions à l'hôpital. Peut-être en cas où la maladie est très grave hein... Il faut avoir les moyens pour se payer tous ces médicaments que les médecins prescrivent sans pitié. Au départ, pour mon garçon qui fait l'épilepsie, j'allais à l'hôpital, au lieu qu'ils me disent que ce n'est pas curable là-bas, ils m'ont trainé. J'ai dû arrêter tout cela car ça ne guérissait rien et je dépensais tout ce que j'avais.

J : Ah je vois, peut-être ce n'était pas le bon médecin car si c'est l'épilepsie on arrive à calmer un peu les crises avec des traitements modernes. Vous ne pensez pas ?

R : Ah non, j'ai questionné l'oracle, et le mal dont souffre mon fils n'a rien aux médicaments. Laissez ça.

J : OK.

J : Monsieur, dites-moi un peu svp, comment vous prenez ou percevez ces situations.

R : Ça, tant qu'on vit et qu'on peut faire quelque chose on ne se plaint pas hein. C'est la vie. Je ne me plains pas trop.

J : Oui absolument mais vous auriez quand même souhaité des choses meilleures pour vous non ? Par exemple ne plus avoir de dettes, arriver à mieux assurer encore les besoins de votre famille.

R : Oui c'est vrai on rêve toujours mieux. Mais on a toujours que le mieux pour nous. Ça c'est clair. Et je remercie déjà Dieu pour la vie qu'il nous donne.

Section 3 : La sexualité du ménage

J : Ici, nous allons encore creuser plus loin. Comment vivez-vous votre sexualité ?

R : (rire). Humm mais nous la vivons bien ma femme et moi comme tout autre couple.

J : Hum je voudrais tirer un peu plus pour comprendre ce que vous mettez dans bien vivre.

R : Ok, On ne se plaint pas pour notre sexualité, c'est tout. Pas plus.

J : Ok, je comprends. Vous en parlez souvent ? Entre vous ? avec les enfants ?

R : Très rarement hein. Evidemment quand vient le moment de faire ça. On n'a pas fini avec nos soucis de la vie oh, pour parler de sexualité ? Mais lorsqu'il m'arrive de vouloir faire

mon devoir conjugal, rien n'y à reprocher. Je pense que c'est l'essentiel pour notre couple. Tout le monde est en bonne santé pour ça.

J : Et votre femme, vous disiez que vous pouviez tout répondre à sa place non. Selon vous, elle est satisfaite de sa sexualité ?

R : Mais oui, je vous l'ai déjà dit qu'elle ne peut rien y reprocher.

J : OK. Je doute que vous parlerez de la sexualité avec les enfants.

R : Oh non, pourquoi faire avec? Pour les gêner ? ça s'apprend tout seul. C'est parce que la fille de ma femme avait commencé par faire de mauvaises compagnies qu'elle est allée attraper grossesse. C'est qu'elle parle de ces choses surement avec des voyous qu'elle fréquente.

J : Je vois. Avez-vous entendu parler du Sida et des maladies sexuellement transmissibles ? Si oui à quelle occasion ? Les méthodes contraceptives aussi, vous en connaissez ?

R : Ok ! Oui plusieurs fois. Soit à la radio, soit les ONG viennent faire des séances ici pour informer sur tout ça. Les méthodes de contraception, oui aussi. Mais on n'a jamais fait ça.

J : Et que pensez-vous de ce qu'elles viennent dire ?

R : Rien de particulier. C'est bien, mais parfois, ils disent des choses qui ne vont pas trop avec nos manières de faire ici. Par exemple quand ils parlent de l'avortement, qu'on n'a le droit d'avorter, c'est encourager les filles à tomber enceinte n'importe comment et toutes les femmes à tuer. Ils disent souvent on doit diminuer les naissances... Ah, enfant que des gens passent toute leur vie à chercher sans avoir là. On ne sait pas exactement ce qu'ils ont derrière la tête.

J : selon vous, ils auraient quoi derrière la tête ?

R : Je ne sais pas oh. Mais il parait que c'est des politiques pour diminuer notre population par les blancs. Et même pour le Sida, on dit que ce sont les Américains qui ont fabriqué le virus pour tuer les Africains.

J : (Rires).

R : Je ne sais pas moi.

Section 4 : La reproduction du ménage

J : Nous allons bientôt finir monsieur. Je vous remercie vraiment pour vos réponses sans façon. Vous avez sept enfants. Combien envisagez-vous en faire encore ?

R : Cela je ne sais pas quoi répondre. C'est à Dieu le dernier mot. Si ma femme tombe enceinte un jour, que pourrai-je ? Je vais accueillir ça comme une grâce.

J : Voulez-vous dire que votre femme accepterait toujours faire d'enfant ?

R : Pourquoi pas ? Elle n'aura pas le choix. Comme ça l'équipe sera bien renforcée (rires)

J : OK, mais vous semblez montrer à travers vos réponses dans la première partie de l'entretien que les charges vous dépassent.

R : Ah oui mais j'arrive toujours à faire face, c'est pourquoi on est là aujourd'hui. A aucun de ces jours, nous avons dormi sans manger une fois au moins. Les enfants vont à l'école. Même s'ils paressent, j'ai quand même espoir qu'avec le temps ça va améliorer. Si je peux avoir au moins deux parmi eux qui aboutissent avec de grands diplômes, j'aurai gagné la vie.

J : Ils vont réussir, ne vous inquiétez pas, avec un peu de volonté.

R : Merci.

J : Aviez-vous choisi au départ de faire beaucoup d'enfants ?

R : Ah oui, bien sûr que cela m'a toujours plu.

J : Et pourquoi pas un ou deux juste ?

R : Humm, on n'est pas chez les Blancs ici, les enfants sont notre bonheur. Sans des enfants comment pourrait-on être heureux un jour ? Et puis en tant qu'Africain, vous savez mieux que moi que beaucoup d'enfants, c'est une richesse énorme qui dépasse toute richesse. On est fier au moins de cela même si le matériel n'est pas là. Ils sont pour nous l'essentiel de la vie. Les richesses ne servent finalement à rien quand on n'a pas d'enfants. Et quand tu es pauvre même sans enfant, tu es au moins fier d'avoir fait quelque chose de sûr dans ta vie.

J : Ok ! Je comprends. Pour les grossesses, comment votre femme se fait-elle suivre ? A l'hôpital ou vous faites recours à la médecine traditionnelle ? Qu'en est-il des accouchements aussi ?

R : Lorsque nous avons les moyens, elle va parfois à l'hôpital pour les échographies. Mais pas toujours, car il y a des tisanes pour entretenir ses grossesses.

J : Donc c'est avant tout parce que les moyens ne sont pas là que vous préférez la médecine traditionnelle.

R : Oui oui. Mais nos tisanes sont très efficaces aussi. Parfois ça marche plus que les choses de l'hôpital.

J : Sinon vous devez payer tous les soins à l'hôpital les rares fois que vous y rendez ?

R : Qui le ferait à ma place ? En plus à l'hôpital on dépense beaucoup hein.

J : N'êtes-vous pas couverts par une prise en charge ?

R : Non, ça c'est pour les fonctionnaires ça.

J : Humm cela a été plus long

Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 1

MENAGE 1	Ordre	Age	Niveau d'étude	Profession	Nombre d'enfants vivants	Désir d'enfant
Le mari (A)		53 ans	A fréquenté un peu	Cultivateur	06	oui
L'épouse (B)	1	37 ans	N'a jamais fréquenté	Commerçante	07	oui
Les enfants (C) et autres membres	Filles	Age	Niveau d'étude	Profession	Situation matrimoniale	Lien aux parents
	1	16 ans	Classe de 3ème	Apprenante	Enceinte de six mois	Enfant
	2	12 ans	Classe CM2	Apprenante	/	Enfant
	3	09 ans	Classe de CP	Apprenante	/	Enfant
	4	08 ans	Classe de CI	Apprenante	/	Enfant
	Garçons					
	1	14 ans	Niveau 5ème	Ne fait rien	/	Enfant
	2	06 ans	En classe de CI	apprenant	/	Enfant
	3	04 ans	/	/	/	Enfant
Taille du ménage : A + B + C	09					

Aperçu : Revenus et charge du ménage 1

Revenu approximatif par mois du ménage n°1			Dépenses du ménage n°1 par mois et solde								
Revenu du chef de ménage	Revenu des autres membres	Revenu total du ménage	Dettes actuelles	santé	Electricité et eau	nourriture	Education des enfants	Logement et taxe	et autres dépenses	Dépenses totales	Solde par mois sans la dette
Au plus 180.000	Autour de 40.000	Au plus 220.000	150.000	Environ 30.000	/	Au moins 100.000	Autour de 25.000	02.000	/	157.000	63.000

Fiches d'entretien n° 2

Le chercheur J : Jean-Baptiste LINSOUSSI, mémérant en sciences de la famille et de la sexualité.

Le participant R : un chef de ménage ayant participé à l'entretien sur le sujet « Santé sexuelle et reproductive & paupérisation des populations rurales : cas du département de la Donga au Bénin ».

Lieu de l'entretien : Domicile du participant, au village de Kolokondé.

Section 1 : Présentation du ménage

J : Bonjour monsieur, comme prévu et comme notre contact vous a signifié, nous venons nous entretenir avec vous et votre ménage dans le cadre d'une étude universitaire. Il s'agit de parler un peu de comment vous vivez votre sexualité, de comment vous planifiez votre reproduction, de comment vous arrivez à assumer les charges relatives à votre ménage. Je sais qu'il est question de sujets assez délicats mais rassurez-vous, votre nom ne sera mentionné nulle part dans notre travail.

R : Il n'y a pas de souci, j'attends vos questions.

J : Merci monsieur. Mais je ne vois pas votre femme. Elle sera sûrement bien placée aussi pour intervenir dans notre entretien.

R : Oh j'en ai deux. Seule une est présente et là elle s'occupe de son enfant et du ménage. Elle pourra nous rejoindre par la suite. Si cela ne vous gêne pas. Et s'il y a des questions que c'est elle seule qui peut répondre, elle viendra

J : Ok. Merci à vous. J'aimerais que vous me parliez de votre ménage, l'ensemble de ses membres. D'abord on va commencer par vous-même. Votre âge svp ?

R : 49

J : Religion...

R : Musulmane

J : Avez-vous été à l'école ? Si oui jusqu'à quel niveau?

R : Oui oui j'ai le BEPC ; c'est là je me suis arrêté.

J : Que faites-vous travail ?

R : Je suis enseignant dans une école privée.

J : Combien d'enfant avez-vous ? Et de quel sexe?

R : J'ai cinq enfants, quatre filles et un petit garçon.

J : Pourriez-vous me dire leurs âges respectifs ?

R : Euh voyons, la première à 21 ans, le second est un garçon, il a 19 ans. La troisième, donc une fille 17, la quatrième aussi une fille a 12 ans. Le dernier, mon deuxième garçon a trois ans. C'est le seul pour ma seconde pour le moment

J : J'aimerais pousser ma curiosité sur ce que font les enfants. Enfin, comme formation et si les plus grands travaillent déjà, alors quel métier.

R : L'ainée est en terminale, le garçon qui vient après est en classe de première. Ma fille après, est apprentie coiffeuse. Elle a dû abandonner les bancs suite à une grossesse qu'elle est allée attraper à 16 ans. Celle qui vient après est en cinquième ; et ça c'est avec fierté que je vous dis, elle est la plus intelligente, très brillante à l'école. Le dernier est encore trop jeune pour aller à l'école.

J : Vous avez deux épouses. Quels âges sont-elles ou à peu près. Quel est leur niveau d'étude et leur profession ?

R : Ma première femme a 37 ans. Elle a fait qu'à la classe de CE2 et la deuxième 24, a fini les études primaires et a le CEP. L'une est ménagère et l'autre secrétaire dans une structure privée de la place.

J : Combien d'enfants ont-elles chacune ?

R : 4 et 1.

J : Envisagez-vous faire d'autres enfants avec elles ou une autre femme ? : Oui bien sûr. Pourquoi pas dans tous les cas ? La première ne vient que de commencer et n'en a qu'un.

Moi : y a-t-il d'autres qui vivent avec vous ici à part vos épouses et vos enfants ? Si oui veuillez parler un peu d'eux aussi svp.

R : Oui, j'ai une cousine à ma première femme qui vit ici. Elle a 15 ans, et ma petite fille, l'enfant à ma fille qui a déjà un an.

J : Ah oui vous l'aviez dit. Et comment se débrouille-t-elle votre fille qui a un enfant ? Quel avenir envisagez-vous pour elle ?

R : Euh ! A 17 ans mère comment peut-on se débrouiller. En plus c'est pour un vaut rien elle est allée coucher pour avoir cette situation. Le type ne fait rien et est lui aussi à la charge de ses parents aussi pauvres. Je connais bien cette famille et je ne sais pas ce qu'elle y est allée chercher. Dans tous les cas, elle-même voit déjà ce qu'il y a dedans hein. J'essaie de faire ce que je peux pour elle. Je l'ai envoyée en apprentissage de coiffure déjà et sa mère avec l'aide de la cousine occupe de l'enfant avec elle.

J : Ok ! Merci ! Ça va aller. Si je comprends bien alors vous faites dix personnes à vivre sous ce toit ?

R : Exact !

Section 2 : Revenus et charges du ménage

J : Monsieur j'ai été très satisfait de vos réponses et vous remercie de votre ouverture et confiance. Nous venons de terminer la première partie de notre entretien sur les trois. A présent, on va parler de comment vous parvenez à faire face aux charges du ménage. Je vais être obligé de vous demander des choses de plus en plus personnelles.

J : Pourriez-vous donc me renseigner sur le revenu de votre ménage ?

R : C'est-à-dire mon salaire ?

J : Oui svp. Et ceux de vos épouses si cela est possible.

R : Rire. Je vois. Voilà une raison pour lesquelles vous bénéficiez de l'absence de mes femmes dans ce débat pour avoir des réponses franches. Mes femmes ne connaissent pas mon salaire et ne doivent pas le savoir.

J : Ah je vois ! C'est peut-être personnel. Ou y a-t-il une raison particulière ?

R : Oh, vous savez bien, il est difficile de dire à la femme à la fin du mois que pour cette fois-ci vous n'avez pas ce que vous aviez l'habitude de lui donner alors que rien n'aurait changé dans votre situation de travail. Bon disons qu'actuellement je gagne 90.000 f (CFA) à la fin de chaque mois.

J : D'accord je vois. Et l'apport de vos femmes ?

R : Ma première femme est ménagère et vend de la nourriture aux enfants à mon école. Je ne peux pas dire exactement combien elle gagne. La seconde, son salaire je crois, c'est 40.000 f (CFA) par mois.

J : D'accord... Peut-être que votre première femme arrive à plus totaliser de l'argent par mois que celle secrétaire.

R : Oui je pense que c'est le cas car elle vend tous les jours sauf le weekend et épuise toujours ce qu'elle a préparé. Evidemment pendant les vacances, elle perd sa clientèle habituelle. Elle va juste vendre de la bouillie au bord de la route et ça, ce n'est rien du tout.

J : Et les autres de la famille ? Les enfants, la cousine ? Apporte t-ils un revenu dans le ménage ?

R : Non rien du tout.

J : Je vous remercie. Alors ici, votre logement. En êtes-vous propriétaire ou êtes-vous en location ?

R : Euh non ! Ici c'est chez nous. C'est un appartement hérité de mon feu père. De l'autre côté, ce que vous voyez-là séparé par ce mûr, c'est mon frère et sa petite famille qui y vivent.

J : Je constate avec l'installation des courants que vous avez de l'électricité.

R : Oui oui

J : La SBEE n'est-ce pas ?

R : Oui c'est SBEE, mais il s'agit d'un groupe pour la commune. Ce n'est pas comme le général ; et puis on n'a pas toujours le courant hein. Quand le groupe est fatigué, on peut rester même une semaine sans courant. Pour ça nous avons des lanternes qui nous servent.

J : Ce courant vous permet-il d'utiliser quelques fois la télévision que voilà ? La radio ?

R : Euh il y a longtemps qu'elle a été grillée avec les coupures intempestives. Oui la radio, on en fait usage lorsque nous avons pu avoir des piles.

J : Et l'eau ? Comment vous débrouillez-vous avec ?

R : Nous buvons l'eau de pompe construite par des ONG pour le village que les femmes vont chercher. Mais pour les autres choses comme se laver, laver les vêtements, nous allons au puits chez mon directeur qui habite non loin d'ici.

J : Tout cela vous coûte-t-il beaucoup ?

R : Non pas vraiment trop.

J : On dit habituellement, l'eau est la vie. Mais il faut aussi manger pour vivre hein. Alors comment est-ce que cela se passe chez vous ici ? Je vous laisse dire ce que vous pouvez sur comment vous organisez votre consommation alimentaire et ce que vous y mettez comme sous.

R : Humm. La question du manger est la plus grosse du lot. Nous sommes dix à devoir manger un certain nombre de fois par jour et tous les jours. J'avoue que ce n'est pas facile hein. Mais on tient bon en tout cas.

J : Qu'entendez-vous svp par tenir bon ?

R : On arrive à assumer au moins un repas consistant par jour au ménage. On peut ne pas manger à midi, ou délayer du gari, mais nous ne dormons jamais affamés. En cela je suis très reconnaissant pour mes épouses qui font tout pour faire manger le ménage quand chez moi ça chauffe. Quand par exemple le salaire vient tardivement, vous voyez mes femmes s'arrangent toujours.

J : Ah cela est génial. Mais je voudrais en connaître en plus sur l'organisation de l'alimentation du ménage. Vos femmes viennent au secours si je comprends bien. Sinon quel est votre mode de partition vous ?

R : Ah je comprends. Non c'est moi je fais manger le ménage ; toutes les charges me reviennent. Par exemple je donne quelque chose de régulier à la fin de chaque mois à la femme qui est de tour pour faire manger tout le monde. Ainsi de suite. Et ce que je donne est considéré comme les frais dont elles doivent disposer pour offrir le minimum. Mais vous savez, les femmes ne sont pas tranquilles. Elles font toujours plus que ce qu'on leur demande de faire.

J : c'est ça. Et la santé du ménage ? Les enfants jouissent-ils d'une bonne santé ? Vos femmes et les autres, ça va ?

R : hum... Pour ça nous rendons grâce. On est tous là. Mes enfants vont généralement bien. En tous cas pas de maladies étranges. Le lot quotidien c'est le paludisme et la fièvre. Mais grâce aux tisanes, ça passe. Euh, il y a un qui a fait une fois la fièvre typhoïde. Mon premier garçon. Il y a de cela deux ans. Humm, il avait failli mourir. On pensait que c'était un simple paludisme ou une simple infection. Mais les tisanes apaisaient et puis ça revient. Jusqu'à ce qu'il s'est retrouvé un jour en coma. Et là on est allé à l'hôpital. Il a été opéré. C'était terrible. C'est le plus grand cauchemar qu'on a eu pour la santé.

J : C'était vraiment sérieux. Et pourquoi préférez-vous la tisane plutôt que d'aller à l'hôpital ?

R : Ah mais je connais bien ça. Les feuilles, les écorces, les racines ont toutes les vertus pour guérir toute maladie. Si on avait su plus tôt que c'était la fièvre typhoïde, il suffit de la combinaison de trois feuilles reconnues comme antibiotiques naturelles pour régler ça. Mais on n'a pas su. Aussi il faut l'argent pour aller à l'hôpital hein. Un deux trois c'est une longue liste de médicament qui sort sur l'ordonnance et c'est parti pour des dizaines de mille oh.

J : Et vos femmes, se portent-elles bien ?

R : Oui, ça peut aller.

J : Ne bénéficiez-vous pas d'une assurance maladie ?

R : Quelle assurance. Ce n'est pas pour nous les pauvres.

J : Euh j'ai déjà quelques informations sur l'éducation de vos enfants. Êtes-vous satisfait de leur évolution à l'école.

R : Ah plus ou moins, ils font ce qu'ils peuvent. A part ma fille qui a fait enfant, pour le moment les autres vont toujours à l'école.

J : avez-vous d'autres biens immobiliers ou de l'économie en banque ou une réserve quelconque ? Ou avez-vous des dettes ?

R : Bien immobilier ? Euh j'ai une parcelle loin d'ici que j'avais achetée depuis huit ans. Oui j'ai des dettes et c'est grâce à cette parcelle que j'ai mise en garantie.

J : Ok si je n'exagère pas, à combien environ s'élève cette dette ?

R : Euh en tout cas au moins 150.000 f (CFA)

J : Avez-vous d'autres charges ? Si oui comment y faites-vous face ?

R : Oui oui les petites charges dans le ménage, mais j'avoue que cela pèse plus sur les femmes. Il s'agit par exemple des vêtements, des cotisations des enfants à l'école etc.

J : Je vois. En gros comment vivez-vous votre situation de ménage ? Quels sont vos sentiments ? Avez-vous l'impression de vivre avec votre ménage en difficulté ?

R : Ah nous vivons une situation que nous avons acceptée et que nous accepterons toujours. C'est la vie. Il y aura toujours des difficultés et chacun a son destin. Oui c'est parfois très difficile mais que voulez-vous ?

J : Ok merci beaucoup

Section 3 : Santé sexuelle et reproductive du couple

J : A présent j'aimerais qu'on aborde un autre sujet très délicat. Ce sera la troisième et dernière rubrique.

R : Pas de souci allez-y seulement.

J : Monsieur comment vivez-vous votre sexualité ? Quelle est sa place dans votre vie ?

R : humm ça c'est vraiment délicat. Euh ! Mais bien oui oui bien. On ne se plaint pas en bon polygame. J'essaie de faire mon mieux pour satisfaire mes épouses. Et j'essaie de ne pas priver l'une pour l'autre. On dit que des femmes vont chercher ailleurs. Je pense que ça dépend en partie de l'homme. D'ailleurs dans notre tradition la femme qui va faire ça c'est grave pour elle. Mes femmes ne peuvent jamais aller ailleurs parce qu'elles ont ce dont elles ont besoin dans ce sens. Donc notre sexualité est bonne.

J : Super !

R : Ça vous va comme réponse ?

J : Oui oui merci mais on pourrait y revenir.

R : Ok

J : Avez-vous entendu une fois parler de contraception ?

R : Ah oui bien sûr. Tout le temps.

J : A la radio ou à la télé.

R : Oui mais surtout des ONG qui passent de temps en temps dans le village pour en parler.

J : Ah Ok. Et que pensez-vous des méthodes contraceptives.

R : hum je me méfie beaucoup de ces choses. Ces produits chimiques des blancs pour désorganiser l'organisme. Ici chez moi nous ne connaissons pas ça comme pratique. Mes femmes n'ont jamais fait recours une méthode contraceptive.

J : Comment le savez-vous ?

R : Mais c'est mes femmes. Et je sais de quoi je parle.

J : Ok, compris. Mais comment parvenez-vous à éviter des grossesses quand vous n'en avez pas envie ou quand vous n'y êtes pas prêts.

R : Il y a des tisanes que la femme qui sait qu'elle ne doit pas encore tomber enceinte prend une fois tous les trois jours et quand vient le moment pour tomber enceinte, elle arrête.

J : Ah bon ? Je pousse ma curiosité de connaître le nom de cette tisane là (rires)

R : Rires, ça va être une autre affaire. Si vous voulez avoir des recettes vous passerez une autre fois et on s'entendra bien pour ça.

J : Parfait. Merci. C'est compris. Et cette tisane est-elle toujours efficace ?

R : Si ! Quand on respecte bien la prise.

J : C'est aussi avec des tisanes que vous accompagnez vos épouses lorsqu'elles sont enceintes ?

R : Oui mais pas pour tout. J'essaie dans la mesure du possible de faire suivre la grossesse par une sage-femme à l'hôpital.

J : vos femmes ont-elles toujours accouché à l'hôpital ?

R : Oui toujours. Mais la toute dernière fois on a été obligé d'aller à la HZ et finalement elle a accouché par césarienne.

J : Qui vous a demandé d'aller là-bas ?

R : C'est la sage-femme parce qu'elle y avait des complications.

J : Ok. Vous aviez dit vouloir encore faire des enfants. Pourquoi donc ?

R : Ah parce que mes femmes sont toujours en forme pour faire des enfants. Ah elles n'ont pas atteint leur ménopause. Et moi également, j'ai encore toutes les facultés en place pour ça.

Puis ma deuxième femme n'en a fait qu'un seul hein. Actuellement elle a des difficultés de concevoir mais elle prend la tisane adéquate, ça viendra d'ici-là.

J : Vous avez faire transparaitre tantôt que ce n'est pas facile pour assurer toute la charge du ménage. Ne pensez-vous pas que plus les enfants seront nombreux plus la charge va s'agrandir ?

R : Euh je ne pense pas mon cher. Les enfants ne mourront jamais de faim. On dit quand il y en a pour deux, il y en a pour trois. En plus, je n'ai pas des femmes paresseuses pour laisser leurs enfants trop souffrir.

J : Que représente l'enfant pour vous ?

R : Il y a plein de chanson dans notre langue qui disent « L'enfant est ce qu'il y a de plus grand », « l'enfant est le plus grand héritage », « l'enfant est la plus grande richesse ». C'est tout dit. L'enfant pour moi, c'est ce qu'on vient faire de plus important sur terre. Par exemple et vous le savez bien : quand tu meurs sans enfant, tu n'as droit à aucun hommage digne d'un vrai homme pour tes obsèques. Aussi quand des enfants t'entourent, tu es honoré, on te respecte. Si on ne te craint pas, on craint au moins tes enfants et on te respecte.

J : Mais pourquoi dites-vous que l'enfant est une richesse alors que vous disiez tantôt qu'ils n'apportent rien à la vie du ménage comme moyen ?

R : Ah le moment viendra pour ça. Quand je serai vieux, ils vont être là pour moi. C'est ce qui s'est passé avec mon feu père. Nous sommes très nombreux et il a bien bénéficié de notre assistance quand les forces l'ont abandonné.

J : C'est parfait. Je vous remercie vraiment beaucoup pour la disponibilité et surtout pour votre ouverture et votre confiance. Ce fut très satisfaisant. C'est la fin de l'entretien.

Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 2

MENAGE 2		Age	Niveau d'étude	Profession	Nombre d'enfants vivants	Désir d'enfant
Le mari (A)		49 ans	Brevet d'Etude du Premier Cycle	Enseignant dans une école privée	5	Encore deux avec la 2 ^{ème} épouse
Les (B) épouses	1ère	37 ans	Niveau 4 ^{ème} primaire	Ménagère	4	non
	2ème	24 ANS	Certificat d'Etudes Primaires	Secrétaire dans une structure privée	1	Oui conformément à la décision du mari

Les enfants (C) et autres membres	Filles	Age	Niveau d'étude	Profession	Situation matrimoniale	Lien aux parents
	1	21 ans	Cours secondaire terminal	Apprenante	/	Enfant
	2	17 ans	3 ^{ème} secondaire	Apprentie coiffeuse	Mère célibataire	enfant
	3	15 ans	Jamais été à l'école	Aide domestique	/	Cousine de la 1 ^{ère} épouse
	4	12 ans	5 ^{ème} année du primaire	Apprenante	/	enfant
	Garçons					
	1	02 ans	/	/	/	enfant
	3	1 an ½	/	/	/	Petit fils
Tous les membres A + B + C	09					

Aperçu : Revenus et charges du ménage 2.

Revenu approximatif par mois du ménage n°2				Dépenses du ménage n°2 par mois et solde							
Revenu du chef de ménage	Revenu des autres membres	Revenu total du ménage	Dettes actuelles	santé	Electricité et eau	nourriture	Education des enfants	Logement et taxe	et autres dépenses	Total des dépenses sans dette	Solde par mois
Au plus 90.000	40.000	130.000	Au moins 160.000	/	/	/	/	00	/	/	/

Fiches d'entretien n° 3

Le chercheur J : Jean-Baptiste LINSOUSSI, mémérent en sciences de la famille et de la sexualité.

Les participants R-1, un chef de ménage et R-2, son épouse ayant participé à l'entretien sur le sujet « Santé sexuelle et reproductive & paupérisation des populations rurales : cas du département de la Donga au Bénin ».

Lieu de l'entretien : Domicile des participants au village de Singré.

Section 1 : Présentation générale du ménage.

J : Bonjour Monsieur. Bonsoir madame. Merci à vous pour avoir accepté cet entretien. Comme on vous l'avait dit déjà, je viens vous poser quelques questions sur votre vie de ménages,

comment vous vous organisez, comment vous vivez votre sexualité etc... Et cela, c'est dans le cadre d'une recherche universitaire. On fera en sorte que les noms soient évités. Aussi, je ne les mentionnerai nulle part. Merci.

R-1 : Ok ! Feu vert chef !

J : Je vous remercie. Je suis content de la présence des deux.

R-1 : Ah bon ? C'est cool alors.

J : Parlez-moi svp de votre ménage en général, l'ensemble de ses membres, leur âge et leurs occupations ? Nombre d'enfants, Nombre d'épouses... Ce que chacun fait, la situation de chacun. Votre religion... s'il y a d'autres membres qui vivent ici avec vous à part vos enfants.

R-1 : Je suis d'ici même... J'avais commencé par cultiver la terre de mon feu père avant d'être recruté il y a 18 ans dans l'armée. Donc je suis militaire, j'ai actuellement 47 ans. Vous voyez là mon épouse, mais en réalité, elle n'est pas seule. J'ai trois belles femmes en bon musulman. J'ai 10 enfants répartis comme suit : première épouse, celle que vous voyez, 39 ans, commerçante avec quatre enfants : trois filles, deux garçons. Vous voulez les âges ?

J : Oui en même temps que ce qu'ils font. Merci

R-1 : Ok ! Pour ma première femme donc, le premier garçon a 22 ans, il est apprenti chauffeur. La fille qui vient après lui a 19 ans, elle a fréquenté jusqu'au CM2 seulement et fait actuellement de petits commerces, elle est mère d'une petite fille de deux ans. Le garçon d'après toujours pour elle que vous voyez, a 17 ans, et est fait l'apprentissage de la couture, l'avant dernière le dernier deuxième garçon ayant 16 ans est élève en classe de troisième. Et la dernière toujours d'elle a 11 ans et est au CM2. Ma deuxième femme maintenant : elle est ménagère, niveau CEP. Son âge c'est 34 ans. Elle a trois enfants dont deux garçons et une fille. Son premier garçon a 16 ans, classe de troisième, sa fille a 14 ans et est en quatrième et son deuxième garçon a 12 ans et fait la sixième. Ma troisième épouse quant à elle a 22 ans, a fréquenté jusqu'en classe de CM2, actuellement couturière n'a qu'un seul enfant de 05 ans. Ça fait au total 10 enfants. Mais attention, il y a une cousine à ma première épouse ici qui l'aide dans son commerce ; elle a 13 ans. Sans oublier l'enfant de ma fille. Voilà je pense que j'ai dit ce que vous voulez. Sinon madame peut ajouter.

R-2 : Oui oui c'est bon, je n'ai pas pour ajouter.

J : Vous avez su tout dire en même temps, ça, c'est l'esprit militaire ça (rires). Avec votre permission, nous allons passer à la deuxième étape.

Section 2 : Revenus et charges du ménage.

J : Maintenant nous allons un peu plus loin dans votre vie privée, pour parler de choses qu'on ne sait pas révéler à tout le monde.

R-1 : Oh rien n'est caché sous le soleil allez-y.

J : Ok merci. Alors à combien estimez-vous vos revenus mensuels ?

R-1 : Humm hum mon salaire ? Ah vous aviez raison en disant que c'est privé. Mais, bon ça peut aller. Ok, disons, je gagne au moins 150.000 f (230 euro environ).

J : Et vous madame, svp ?

R-2 : Euh je ne sais pas trop, mais ça peut tourner autour 80.000 f (122 euro environ). Avec commerce rien n'est stable.

J : D'accord madame. Avez-vous monsieur une idée des gains des deux autres épouses ?

R-1 : Elles ne gagnent pas grand-chose.

J : Et les autres membres apportent quoi comme contribution à la vie du ménage ?

R-1 : Absolument rien.

J : Alors, comment faites-vous face aux charges du ménage ? Vous avez en gros ce que vous coûte le quotidien. Mais pourriez-vous entrer plus en détails svp ? Par exemple, parvenez-vous toujours à assurer l'alimentation, les charges du logement, d'eau, d'électricité, les frais face aux maladies, les frais de scolarité des enfants etc...

R-1 : Ah là une question lourde. Comme vous pouvez aussi constater ce qui arrive dans ce ménage comme revenu est insuffisant. On fait avec ce qu'on trouve.

J : Je voudrais que vous en disiez un peu plus svp, comment cela se passe exactement. Combien ça vous coûte les frais d'alimentation, de santé, de l'éducation des enfants.

R-1 : D'abord, en ce qui concerne l'alimentation, je dois beaucoup remercier mes épouses qui font tout pour que nous ayons toujours quelque chose à manger. Elles y arrivent toujours avec leurs maigres moyens. Je dirais qu'elles savent mettre en valeur le peu que je leur donne. En fait c'est au tour par tour qu'elles préparent à manger. Chacune fait un mois. Et

donc quand vient le tour de chacun, je donne 100.000 f (152 euro environ) pour tout ce qui concerne l'alimentation de toute la maison. C'est insuffisant à côté de tout ce qu'elles font. Voilà un peu... Quand quelqu'un est malade, c'est moi qui m'en occupe et ça je peux vous avouer c'est le plus qui m'endette. En fait mon garçon qui a 17 ans et qui est apprenti couturier est drépanocytaire et quand vient sa crise on n'a pas le choix on doit courir à l'hôpital. Je peux dire que c'est la maladie-là qui nous envoie généralement à l'hôpital. Sinon on essaie de gérer les autres maladies avec les feuilles et les écorces.

Parlant de santé, sur ce point nous avons vécu le pire ici. Douloureux souvenir, une de mes filles est partie à cause de la drépanocytose à l'âge de 5 ans. Que la terre lui soit légère. Mais c'est parce qu'on n'a pas su très tôt, c'est notre faute. Et on regrette. C'est après son décès qu'on a compris qu'il faut s'armer pour lutter contre cette maladie chez le garçon qui vient après elle. Avec les tisanes le garçon va bien. Il a actuellement 17 ans. Il était souvent malade quand il était plus jeune et nous avons dû l'enlever de l'école. Actuellement son apprentissage de couturier se passe bien. Chez les autres enfants, comme moi et mes épouses aussi, on rend grâce.

J : Je suis vraiment désolé pour cette situation et pour vos peines. Mais en tant que militaire vous deviez avoir une prise en charge je crois.

R-1 : Ah oui, mais prise en charge, ce n'est pas que tous les soins sont gratuit hein mon frère.

J : Et ces soins vous reviennent à comment environ le mois ?

R-1 : Disons 50.000 f pour ce que je peux (80 euro environ).

J : Malgré votre prise en charge ?

R-1 : Bien sûr.

J : Si je comprends bien, la famille rencontre d'autres maladies.

R-1 : Oui de façon périodique cela arrive que tout le monde fasse ou tour par tour un palu ou la fièvre. Pour cela il y a évidemment des traitements traditionnels.

J : Pourquoi choisissez-vous cela ?

R-1 : Choisir quoi ?

J : de recourir aux soins traditionnels ?

R-1 : Je vous ai dit qu'il faut les moyens. Mais dans tous les cas, quand quelqu'un rencontre un cas grave on va toujours à l'hôpital. Par exemple cette année même j'ai une de mes filles qui a fait une crise bizarre dans la nuit profonde. Elle chauffait depuis une semaine. On la traitait avec des feuilles. Nous avons contacté un infirmier qui a sa clinique non loin d'ici. Il nous a dit que l'enfant devrait être évacuée. Il a fallu passer presque toute la nuit en route pour atteindre l'hôpital de zone de Djougou. Cela nous a coûté une fortune et a valu des dettes. Le transport, l'hospitalisation, cela ne compte pas dans la prise en charge. Mais ce qui est heureux, elle s'en est sortie.

J : Ah Dieu merci. Comment faites-vous face aux autres charges ?

R-1 : Nous n'avons plus le courant électrique et c'est pour alléger un peu la tâche. Les femmes vont chercher l'eau à la source pour ce qu'on doit boire et à un puits à côté pour la lessive, la vaisselle et autres.

J : Je constate que plusieurs de vos enfants ont abandonné les bancs. A part celui qui est drépanocytaire, qu'est ce qui explique pour les autres

R-1 : Ah pour la plupart, c'est au bout des renvois pour scolarité qu'ils sont découragés et abandonnent. Mais les plus endurants n'ont pas laissé. C'est vrai que des difficultés se pointent toujours, mais je finis par régler ça. Ils doivent voir un peu la situation et faire avec la sagesse.

J : Ok je comprends merci beaucoup. Approximativement, les frais vous reviennent à combien pour la scolarité.

R-1 : Pour la scolarité des enfants et les charges de leur apprentissage, on gère comme on peut. Disons autour de 30.000 f (50 euro environs) pour ce que j'arrive à payer. Mais il n'y a pas que les élèves, il y a aussi ceux qui sont en apprentissage.

R-1 : Comme ici c'est chez moi, on ne met rien dans le logement. On utilise l'eau de forage que les ONG ont fait pour le village et on utilise l'eau de citerne pour les autres besoins. Donc cela ne nous coûte pratiquement rien.

J : Ok ! Et comment vivez-vous ces situations ?

R-1 : C'est vrai que ce n'est pas facile. Ce n'est pas du tout facile. Mais que voulez-vous ? Mais j'ai espoir et c'est d'ailleurs pourquoi je ne me plains pas du tout. Au contraire je rends grâce. Même dans la pauvreté on peut être heureux n'est-ce pas ?

J : Madame avez-vous quelque chose à ajouter ?

R-2 : Non rien ça va.

Section 3 : La sexualité du ménage.

J : Ici, il s'agira de questions beaucoup plus privées.

R-1 : Oui on écoute.

J : Comment vivez-vous votre sexualité entre époux ?

R-1 : (Rires) Ok. Vous savez que j'ai trois femmes et donc je vie ma sexualité richement.

J : Hahaha, c'est bien ça. D'accord. J'ai déjà compris. Vous en parlez souvent entre vous ?

R : C'est rare.

J : Et avec les enfants ?

R-1 : Non plus.

J : Madame, parlez-vous de sexualité avec vos filles ?

R-2 : Non.

J : Ne pensez-vous pas que cela était nécessaire par exemple pour éviter que vos filles tombent enceinte alors qu'elles sont toujours aux études ?

R-2 : Peut-être. C'est après la grossesse surprise de ma fille que je me dis ça. Car je ne lui avais jamais dit ce qu'il faut éviter de peur de lui ouvrir les yeux. C'est après sa grossesse-là qu'on a parlé pour la toute première fois. Moi personne ne m'a appris ça, elle est juste gâtée ; ses études ne la préoccupent pas c'est tout sinon elle ne peut pas aller faire ça »

J : Ok !

J : Avez-vous entendu parler du Sida et des maladies sexuellement transmissibles ? Si oui à quelle occasion ? Les méthodes contraceptives aussi.

R-1 : Oui plusieurs fois. Il y a des associations qui en parlent dans le village.

J : Et que pensez-vous de ce qu'elles viennent dire ?

R-1 : Je pense que c'est bon. Mais ce qu'elles enseignent ne nous concernent pas trop nous autres.

J : Pourquoi ? Vous parlez des hommes ou tout le monde ?

R-1 : Je parle de ma famille ici. Parce que mes femmes ne peuvent jamais me tromper. Elles savent que cela coûte beaucoup plus que d'attraper le sida. Mais aussi parce que nous n'avons pas besoin de pilule pour éviter la grossesse. C'est même contre la prescription du coran.

J : Ah oui ? Le coran dit quoi à ce sujet ?

R-1 : Oui parce que ces enseignements encouragent que la sexualité se déroule hors du mariage. Or selon le coran, le mariage est le cadre à l'intérieur duquel les relations sexuelles sont permises et que les conjoints devraient se contrôler naturellement.

J : Et vous y arrivez vraiment naturellement ?

R-1 : Rien n'est parfait mais on essaie.

J : Parlant du coran, il paraît que la polygamie y est encouragée. Est-ce vrai ? Si oui est-ce ce qui a motivé votre choix d'être polygame ?

R-1 : Oui c'est vrai et vous avez tout compris. Un instant je vous lirez même des passages. Il est écrit ici que « la polygamie procurait la chasteté à l'homme et à plusieurs femmes, fait gagner la nation et la religion en effectif et par ricochet en force ».

J : Ok je vous remercie pour cette précision.

Section 4 : la reproduction du ménage.

J : Que représente pour vous l'enfant et pourquoi vous en faites suffisamment malgré vos ressources limitées ?

R 1 : D'abord, on n'attend pas d'avoir des moyens pour faire des enfants. L'enfant est un don de Dieu. Avec le peu que nous avons, nous faisons l'essentiel. C'est vrai qu'on veut toujours que les choses aillent mieux. L'enfant est une bénédiction pour la femme. La femme qui n'a pas d'enfant est mal vue ici. Un ventre qui n'en porte pas est un ventre maudit. C'est que la femme n'a pas été acceptée par les ancêtres car ils choisissent par qui ils doivent réincarner.

J : Cela aussi est une idée du coran ?

R-1 : Non pas du tout, je parle plutôt de la tradition qui n'est pas même chose comme la religion.

J : Donc madame vous ferez d'autres enfants encore ?

R-2 : Non c'est bon comme ça, j'ai déjà déposé les armes.

R-1 : Ah bon ? ok, c'est vrai elle laisse place aux plus jeunes. En tout cas je compte toujours faire un ou deux enfants à ma troisième femme pour équilibrer un peu les choses.

J : Juste pour cela ?

R-1 : Oui surtout pour ça. Ce serait injuste de la laisser avec un seul enfant non. On est en train de faire le programme. Mais vous savez, quand vous faites beaucoup d'enfant, vous espérez en garder le maximum, on ne sait jamais hein.

J : Pour vous, que symbolise l'enfant ? Sa place dans votre vie ? Et pourquoi bien que vous n'arrivez pas comme cela se doit à faire face à toutes leurs charges, vous comptez continuer à en faire ?

R-1 : Mais qu'est ce qui dépasse l'enfant dans ce monde qu'un homme ferait. L'enfant est une source de satisfaction énorme. Au soir de sa vie, on ne voit que ça.

J : Consultez-vous régulièrement un médecin pour la suivie des grossesses ?

R-1 : Pas tout le temps. D'abord, il faut parcourir des kilomètres pour rencontrer un médecin et surtout pour des problèmes sérieux de santé, il faut aller à l'hôpital de Zone. Ce n'est pas facile et c'est risqué de compter sur les soins des hôpitaux.

J : Madame, dites moi comment vous gérez votre travail au temps que vous tombez enceinte et que vous vous veniez d'accoucher.

R : ah c'est vrai que les choses changent mais la grossesse ne m'empêche pas même d'accompagner mon mari au champs jusqu'à sept mois. Je sais juste faire doucement et éviter certains travaux.

J : Ok vraiment je vous remercie beaucoup pour votre disponibilité et votre ouverture.

Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 3

MÉNAGE 3						
		Age	Niveau d'étude	Profession	Nombre d'enfants vivants	Désir d'enfant
Le mari (A)		47 ans	BEPC	Militaire	08	oui
Les (B) épouses	1ère	39 ans	Niveau 4ème	Commerçante	05	non
	2ème	34 ANS	Certificat d'Etudes Primaires	Ménagère	03	oui
	3ème	22 ans	Certificat d'Etudes Primaires	Couturière	01	oui
Les enfants (C) et autres membres						
	Filles	Age	Niveau d'étude	Profession	Situation matrimoniale	Lien aux parents
	1	19 ans	Niveau CM2	Petits commerces	Mère d'une fille	Enfant
	2	16 ans	Classe de Troisième	Apprenante	/	Enfant
	3	12 ans	Classe de sixième	Apprenante	/	Cousine de la 1 ^{ère} épouse
	4	11 ans	Classe de CM2	Apprenante	/	Enfant
	5	02 ans	/	/	/	Enfant
	Garçons					
	1	22 ans	Niveau 5 ^{ème}	Apprenti chauffeur	/	Enfant
	2	17 ans	Niveau CM2	Apprenti couturier	/	Enfant (drépano)
	3	14 ans	Classe de 4 ^{ème}	élève	/	Enfant
	4	05 ans	/	/	/	Enfant
Taille du ménage : A + B + C	13					

Aperçu : Revenus et charges du ménage 3.

Revenu approximatif par mois du ménage n°3			Dépenses du ménage n°3 par mois et solde								
Revenu du chef de ménage	Revenu des autres membres	Revenu total du ménage	Dettes actuelles	santé	Electricité et eau	nourriture	Educations des enfants	Logement et taxe	et autres dépenses	Dépenses totales	Solde par mois sans les dettes
Au plus 150.000	80.000	Au plus 230.000	Au moins 300.000	Environ 50.000	Pas d'électricité/eau de source	Au moins 100.000	Autour de 30.000	Maison familiale	10.000	190.000	40.000

Fiches d'entretien n° 4

Le chercheur J : Jean-Baptiste LINSOUSSI, mémérant en sciences de la famille et de la sexualité.

Les participants R-1, un chef de ménage et R-2 son épouse ayant participé à l'entretien sur le sujet « Santé sexuelle et reproductive & paupérisation des populations rurales : cas du département de la Donga au Bénin ».

Lieu de l'entretien : Domicile du participant, au village de Pabégo.

Section 1 : Présentation générale du ménage

J : Bonjour madame. Bonjour monsieur. Merci de me donner de votre précieux temps pour ma recherche. Je voudrais y aller en même temps si vous êtes prêts. Mais je vous rassure avant tout de la confidentialité des réponses. Ce sera dans l'anonymat total. Aussi vous pourriez éviter si vous le pouvez les noms dans vos déclarations. Je vous remercie

J : Pourriez-vous me parler de votre ménage dans l'ensemble ? de ses membres, leur âge et leurs occupations ? Leur niveau. Nombre d'enfants, nombre d'épouses, me dire votre religion...

R-1 : Je suis ingénieur agronome et je coordonne un projet sur la production des noix d'anacarde dans l'Atacora-Donga. J'ai 42 ans... Voilà mon épouse.

R-2 : Oui je suis dans ma trente et unième année. J'ai fait un Baccalauréat de Gestion et comptabilité et je travaille en tant qu'assistante comptable dans une société de la place. Merci.

J : Je vous remercie.

R-1 : Bien c'est cela... et nous avons trois enfants. Deux filles et un garçon. Les filles ont douze ans et neuf ans toutes apprenantes en sixième et au CE1. Le garçon a cinq ans et fréquente l'école maternelle. Mais je dois dire que nous avons une autre fille plus grande ; c'est une fille qui a maintenant seize ans que nous avons adoptée depuis onze ans. Nous sommes tous deux catholiques.

Section 2 : Revenus et charge du ménage

J : D'accord, je vous remercie. Abordons la deuxième partie de notre entretien. C'est relatif aux revenus de votre ménage, puis à vos charges diverses.

R-1 : Ok !

J : Je voudrais bien que vous me disiez ce dont vous disposez mensuellement comme revenu ?

R-1 : Ok ! Moi je n'ai pas un salaire fixe. Cela varie entre 400.000 et 500.000 f (autour de 765 euro).

R-2 : Je gagne 170.000 f (260 euro).

J : Je vous remercie. Et si je n'exagère pas trop, pourriez-vous me dire de quelle manière vous faites face aux charges du ménage. Comment vous organisez-vous pour assurer ces charges dans les différents domaines dont l'alimentation la santé, l'éducation des enfants, l'électricité, l'eau, le loisir etc.

R-1 : Oui, nous nous sommes entendus déjà de différentes manières... Notre organisation est très flexible et change bien souvent. Mais actuellement, mon devoir de charge officielle à moi, c'est le logement, la santé de tous dans le ménage, les imprévus concernant la vie du ménage, l'éducation des enfants, le transport. Ma femme elle s'occupe essentiellement de l'alimentation. Et de ce côté, je lui viens parfois au secours. Comme je vous ai dit c'est changeant et puis il arrive que la générosité de l'un ou de l'autre renverse toute la tendance. Nous avons régulièrement trois repas par jour.

R-2 : Il a oublié aussi que c'est moi qui assure la propreté de la maison, des enfants... (rires) Je blague.

R-1 : Ah c'est pourtant vrai.

J : C'est très bien. Peut-être qu'on essaierait un peu de mettre des chiffres sur les charges ? Si cela ne vous gênait pas.

R-1 : Essayons toujours voir.

J : Pour l'alimentation ça vous revient à peu près à combien ?

R-2 : Par mois nous dépensons environs 150.000 f (230 euro) pour l'alimentation.

J : Ok madame.

R-1 : Pour l'éducation des enfants à la fin de l'autre année, cela envoisinait 600.000 f (916 euro) pour les quatre enfants. C'est un peu ça globalement. Nous sommes ici dans un logement communautaire et nous ne payons pas plus que 30.000 par mois, eau, électricité et taxes

comprises. En ce qui est de la santé, je mets chaque mois 30.000f dans l'épargne. Et c'est sans compter avec les dépenses spontanées de Madame. Et nous devons en avoir de réserve.

J : Le ménage est-il couvert par une assurance maladie ?

R-1 : Oui nous bénéficions de la couverture de l'Etat.

J : Quelles sont svp vos autres dépenses ?

R-1 : Le loisir et autres on peut envisager environ 30.000 par mois aussi.

Section 3 : La sexualité du ménage

J : J'aimerais maintenant oser des questions de plus en plus personnelles.

R-1 : ça va.

J : Comment vivez-vous votre sexualité ?

R-1 : On la vie bien n'est-ce pas Dada ? Bof ce n'est plus comme au départ où nous avions la majorité du temps pour ça. Les choses ont changé. En réalité c'est un problème pour nous cet aspect-là... Le temps... Mais ce n'est pas criard hein n'est-ce pas madame ? Sinon il y a des occasions dont nous profitons parfois très bien.

J : En parlez-vous quand-même quelques fois ?

R-1 : Oui cela arrive quand même.

J : Comment assurez-vous l'éducation sexuelle des enfants ?

R-1 : Pour le moment rien de concret, ça viendra.

J : Pratiquez-vous une méthode contraceptive ? Madame ?

R-1 : Oui la contraception ; nous la pratiquons. Mais jamais le préservatif. Mon épouse peut vous parler de ça.

R-2 : Je prenais des pilules en fait.... Mais depuis qu'on a décidé d'arrêter de faire des enfants, j'ai mis un implant.

R-1 : Oui depuis quatre ans que nous avons décidé d'arrêter de faire des enfants c'est devenu systématique.

J : Ok !

Section 4 : La reproduction du ménage

J : C'est bien, je vois que malgré votre jeunesse relative, vous ne voulez plus faire d'enfant. Je vois aussi que malgré vos multiples préoccupations, vous pensez quand même à votre sexualité.

R-1 : Oui c'est vrai. Nous n'avons plus en projet de faire des enfants. Nous avons déjà le nombre sur lequel on s'était entendu. Ça suffit comme ça. C'est bien d'avoir des enfants. Mais une chose est de les faire, et une autre chose est d'avoir et la disponibilité, et les moyens d'en prendre soin. Un enfant ça coûte cher. Aussi, aujourd'hui tout le monde ne vit pas quatre-vingts ans. Il faut être là encore lucide pour orienter la progéniture.

J : Et que représente pour vos enfants ?

R-1 : Pour nous l'enfant est la fierté de ses parents et lorsqu'il réussit bien en est l'honneur.

J : Que vous apporte les enfants ou du moins qu'espérez-vous qu'ils vous apportent demain ?

R-1 : Rien du tout. Nous espérons plutôt pouvoir assurer notre devoir de parents jusqu'au bout et espérons les voir un jour grands et autonomes pour nous faire de la bonne conscience.

J : Et vos soins liés à la sexualité et aux grossesses ? Comment vous arrangez-vous depuis ce coin reculé ?

R-2 : J'ai une amie gynécologue et on se rencontre où cela nous arrange lorsque j'ai besoin de quelque chose.

J : D'accord merci. Pour finir, dites vos sentiments sur votre situation. Quel est votre degré de satisfaction de la vie ?

R-1 : On ne se plaint pas. Ça peut aller.

J : Je vous remercie pour votre disponibilité et votre ouverture.

Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 4

MENAGE 4		Age	Niveau d'étude	Profession	Nombre d'enfants vivants	Désir d'enfant
Le mari (A)		42 ans	Baccalauréat + 5 en sciences agronomiques	Coordonnateur de projet	3	non
Les (B) épouses	1	31 ans	Niveau Terminale du secondaire	Commerçante	3	non
Les enfants (C) et autres membres	Filles	Age	Niveau d'étude	Profession	Situation matrimoniale	Lien aux parents
	1	16 ans	Classe de 5ème	apprenante		Enfant placée
	2	12 ans	Classe de 6ème	apprenante		Enfant
	3	09 ans	Cours Elémentaire 1ère année (CE1)	apprenante		enfant
	Garçons					
	1	05 ans	Maternelle 2	apprenante	3	05 ans
Taille du ménage A + B + C	06					

Aperçu : Revenus et dépenses du ménage 4

Revenu approximatif par mois du ménage n°4				Dépenses du ménage n°4 par mois et solde							
Revenu du chef du ménage	Revenu des autres membres	Revenu total du ménage	Dettes actuelles	santé	Electricité et eau	nourriture	Education des enfants	Logement et taxe	et autres dépenses	Dépenses totale	Solde par mois
Au moins 500.000	170.000	Au moins 670.000	néant	Environ 30.000	Au plus 30.000	Au moins 150.000	Autour de 50.000	30.000	30.000	290.000	380.000

Fiches d'entretien n° 5

Le chercheur J : Jean-Baptiste LINSOUSSI, mémérent en sciences de la famille et de la sexualité.

La participante R, L'épouse du chef de ménage ayant participé à l'entretien sur le sujet « Santé sexuelle et reproductive & paupérisation des populations rurales : cas du département de la Donga au Bénin ».

Lieu de l'entretien : Domicile de la participante, au village Séméré II.

Section 1 : Présentation générale du ménage

J : Bonsoir madame. Merci à vous pour avoir accepté de m'accorder le rendez-vous pour mon interview.

R : Ce n'est rien du tout. Mais je suis désolé du changement de dernière minute. Comme je vous le disais au téléphone hier je serai seule dans l'interview. Et puisque vous m'avez dit un peu d'avance sur votre sujet, mon mari et moi on s'est consulté pour mettre ensemble quelques informations dont vous aurez éventuellement besoin.

J : oui oui ça pourra aller. Et je vous remercie pour la démarche.

R : Ok je vous écoute.

J : Je voudrais commencer par vous demander de me parler de la composition de votre ménage : l'ensemble de ses membres, leur âge et leurs occupations ? Nombre d'enfants vivants, Nombre d'épouses... J'oubliais ; Je vous rassure de la confidentialité et vous informe à nouveau que tout ceci requiert l'anonymat.

R : Ok. Je ne m'inquiète pas pour cela. Euh mon mari a une seule femme et c'est bien moi. Il est médecin et moi sage-femme. Il a la quarantaine et moi j'ai 34 ans. Nous avons deux enfants, de quatorze ans et dix ans, toutes les deux apprenantes, seconde et au CM2. Mais nous avons une domestique. Elle a 18 ans.

J : Je vous remercie pour votre synthèse rapide.

Section 2 : Revenus et charges du ménage

J : Attaquons la deuxième partie de notre entretien. C'est relatif aux revenus de votre ménage, puis à vos charges diverses.

R : J'écoute.

J : Pourriez-vous parler un peu de vos revenus. Enfin ceux de tout le ménage.

R : Ok ! Mais je n'ai pas un salaire fixe. Mon mari non plus. Mais disons qu'il gagne 600.000 f et moi 200.000 f par mois.

J : D'accord merci. Maintenant je voudrais savoir comment vous faites face à vos charges, comment vous vous organisez pour assurer les charges du ménage. Vous pourriez par exemple aborder la question domaine par domaine et avancer quelques chiffres. Ce que l'éducation, les soins, l'alimentation du ménage, le logement, etc... vous coûtent comme frais par mois ou par an. Voilà je vous laisse dire ce qu'il en est svp.

R : Ok ! Euh d'abord, on se complète en tout. Alors, c'est mon époux qui s'occupe de tout ce qui a rapport au logement et tout ce qui va avec (facture d'électricité et eau), à la santé naturellement, et à la scolarité des enfants. Moi j'essaie de nous faire manger et d'habiller les enfants. Evidemment, on sait bien improviser et s'entraider spontanément. Ce n'est pas comme si c'est statique. Mais juste la base de notre entente.

J : Ok et tout cela vous revient à ...

R : Comme je vous ai dit j'avais déjà pris quelques notes lorsque vous m'aviez informé des lignes importantes de l'entretien. Je vous lis carrément cela. La santé nous revient à environ à 50.000 f (80 euro) par mois, l'éducation des enfants à en moyenne 70.000 f (105 euro), l'alimentation à plus ou moins 100.000 f (130 euro), le logement étant une location revient à 60.000 f (97 euro), nous payons environ 50.000 f (80 euro) pour l'électricité et eau). Nous avons évalué les frais imprévus à 20.000 f (environ 28 euro). Voilà, j'espère avoir sorti les éléments que vous espérez.

J : Oui tout à fait, je vous remercie. Et toutes ces dépenses vous semblent aisées ?

R : Oh, on va travailler pour cela, donc je ne vois pas le problème monsieur.

Section 3 : la sexualité du ménage

J : Comment vivez-vous votre sexualité ?

R- Hum ... notre vie sexuelle n'est pas des meilleures à cause de manque de temps. Le travail nous prend la majeure partie de notre temps si bien que les fois où on se coince à la maison, on y est tous les deux épuisés. Souvent nos gardes sont différées. Et je vous dis les amis, ici, au Nord, les femmes accouchent tout le temps... L'affluence à la maternité n'est pas toujours facile à gérer. Bref, notre sexualité, on la vit comme ça mais on ne s'en plaint pas.

J : Parlez-vous quand même de la sexualité entre vous et avec vos enfants ?

R : Oui entre nous on en parle parfois même exagérément. Par contre avec les enfants, nous n'avons pas pris l'habitude. Il faut avoir le temps pour en parler car lorsque vous commencez à faire ça avec les enfants, vous devez pouvoir aller au bout pour ne pas qu'il veuille satisfaire la soif que vous avez commencez par éveiller. Il risque d'apprendre la suite à ses risques et péril. Mais ce qui est sûr nous faisons de plus en plus attention à leurs comportements.

J : Je vais profiter de votre profession pour avoir quelques informations de vous. Vous êtes sage-femme. Comment appréciez-vous l'accès aux soins en matière de santé sexuelle et reproductive dans ce village ? D'abord le système s'organise comment ? Et puis dans quelles mesures les populations s'intéressent à ces soins. Les méthodes contraceptives, le suivi des grossesses, l'accouchement...

R- Euh, ici au Nord, il est difficile de convaincre sur l'utilité de l'usage de la contraception. Je sais ce que le personnel soignant endure dans ce sens. Ils sont pour la majorité des musulmans et donc s'opposent à ça. L'autre religion qui vient après est le catholicisme, lui aussi très défavorable à la promotion de la contraception et du planning familial. Et ils vont puiser des arguments dans la tradition, le coran et la bible pour justifier le refus parfois catégorique de l'utilisation des méthodes contraceptives. Ici, beaucoup de femmes accouchent encore à la maison ou chez des accoucheurs traditionnels. Ce qui fait que les risques sont élevés. Pour la plupart du temps, ces nouvelles mamans se retrouvent dans la nécessité de partir à l'hôpital après l'accouchement... Et souvent c'est très. Il y a beaucoup d'enfants qui meurent facilement dans ces conditions. Pour la suivie de la grossesse, n'en parlons plus. Plus de la moitié des femmes ne vont pas voir la sage-femme une seule fois avant d'accoucher.

J : Mais il y a-t-il possibilité de faire des échographies dans la clinique où vous travaillez ?

R : Oui oui on est des rares dans le village à avoir l'appareil. Voilà aussi un problème sérieux. Les hôpitaux de référence (avec un personnel qualifié et des équipements adéquats) sont implantés dans les villes (généralement les centres départementaux, les centres hospitaliers universitaires et les hôpitaux de zones). Il faut parcourir des dizaines de kilomètres pour atteindre le centre requis lorsqu'il y a une complication.

J : Humm c'est bien sérieux. Et si les méthodes contraceptives sont ainsi rejetées, qu'en est-il de la propagation du virus du sida.

R : Oui le Sida demeure une réalité de ce milieu. Le taux est très élevé chez les femmes. D'ailleurs, rares sont ceux qui viennent pour se faire dépister. C'est lors des prises de sang pour le suivi des grossesses qu'elles sont généralement dépistées.

J : D'accord, merci à vous

Section 4 : La reproduction du ménage

J : Maintenant, revenons à votre ménage. Vous, pratiquez-vous la contraception ?

R : Oui évidemment.

J : Votre mari envisage-t-il de faire encore d'enfants ? Enfin, avez-vous en projet d'en faire encore un ou quelques-uns ?

R : Non plus d'enfants à faire. C'est notre décision à deux.

J : Quelle place l'enfant occupe-t-il dans votre vie ?

R : L'enfant est la raison d'être de tout homme. Il symbolise quelque part la réussite de sa vie. Et vous n'êtes pas sans savoir tout ce que les gens sont prêts à mettre comme fortune pour en avoir ne serait-ce qu'un enfant. Je pense que nous avons le besoin naturel de faire des enfants.

J : Si c'est le cas, pourquoi ne plus en faire beaucoup ?

R : d'abord la vie coûte de plus en plus cher et aussi l'enfant devient plus vulnérable qu'il faut davantage de moyen pour sécuriser sa vie, son développement dans son milieu et son avenir.

J : Quelles sont vos attentes des enfants ?

R : Notre attente des enfants est qu'ils réussissent. Ce sera notre vraie récompense.

J : Je vous remercie beaucoup de vos précieuses réponses qui serviront beaucoup dans mon travail.

Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 5

MENAGE 5		Age	Niveau d'étude	Profession	Nombre d'enfants vivants	Désir d'enfant
Le mari (A)		40 ans	BAC + 7	Médecin généraliste	02	non
Les (B) épouses	1	34 ans	BAC + 3	Sage-femme	02	non
Les enfants (C) et autres membres	Filles	Age	Niveau d'étude	Profession	Situation matrimoniale	Lien aux parents
	1	18 ans	CE2	Domestique	/	aucun
	2	14 ans	Classe de 2 nd e	Apprenante	/	Enfant
	3	10 ans	Classe de CM2	Apprenante	/	Enfant
Taille du ménage : A + B + C	05					

Aperçu : Revenus et charges du ménage 5

Revenu approximatif par mois du ménage n°5			Dépenses du ménage n°5 par mois et solde								
Revenu du chef de ménage	Revenu des autres membres	Revenu total du ménage	Dettes actuelles	santé	Electricité et eau	nourriture	Education des enfants	Logement et taxe	et autres dépenses	Dépense totale du ménage	Solde par mois
Autour de 600.000	200.000	Au moins 800.000	Néant	Environ 50.000	50.000	Au moins 100.000	Autour de 70.000	60.000	20.000	350.000	450.000

Fiches d'entretien n° 6

Le chercheur J : Jean-Baptiste LINSOUSSI, mémérant en sciences de la famille et de la sexualité.

Les participant R-1, un chef de ménage et R-2 son épouse ayant participé à l'entretien sur le sujet « Santé sexuelle et reproductive & paupérisation des populations rurales : cas du département de la Donga au Bénin ».

Lieu de l'entretien : Domicile du participant, au village de Patargo.

NB : L'épouse était présente et s'est contentée de nous suivre sans intervenir.

Section 1 : Présentation générale du ménage

J : Bonjour monsieur, Bonjour madame. Je vous remercie pour cette occasion. Comme le délégué vous a dit, il s'agit d'un entretien qui va servir à comprendre comment vous vous débrouillez et comment vous vivez votre santé surtout sur le plan sexuel et reproductif. L'entretien se déroulera en trois section. Tout ce que vous allez dire est confidentiel, et pour cela, votre nom ne sera mentionné nulle part. Merci

R : il n'y a pas problème.

J : Maintenant pour commencer, j'aimerais avoir une vue globale du ménage et de chacun de ses membres. Veuillez me dire svp combien de femmes, d'enfants, ou de personnes que vous avez à charge, leur âge, leur profession, leur situation, leur niveau d'instruction, mais aussi les vôtres.

R : Actuellement, j'ai ai une femme, celle que vous voyez. Disons j'ai deux femmes, mais la première décédée il y a quatorze ans

J : Oh je suis désolé Monsieur.

R : Non ça va. Bon elle a laissé une fille en partant : mon aînée. Sinon j'ai six enfants avec celle-ci. Mes enfants sont donc au total : quatre filles et trois garçons. Les filles sont Rebecca...

J : Vous pouvez passer sous silence les prénoms...

R : ok. Je disais quatre fille, première a 16 ans et aide sa maman à vendre...

J : Elle ne fréquente donc plus ou bien c'est une activité secondaire ?

R : Non elle a laissé les classes depuis en CM2.

J : Ok !

R : La deuxième a 11 ans, est écolière au CM2, une autre a neuf ans aussi écolière au CP. Elle autre paresse un peu. Notre dernière fille a cinq ans pas encore commencé l'école, elle. Mes trois garçons ont treize ans, il est élève, aussi en sixième, l'autre sept ans, n'a pas encore commencé l'école, et l'autre trois ans.

J : D'accord, et vous ? et votre femme ? Et éventuellement d'autres membres.

R : Ah. Moi je suis cultivateur, je fais les champs. Maintenant j'ai 37 ans, ma femme vendeuse a 32. Moi je suis allé un peu à l'école jusqu'en CM1, ma femme n'avait jamais mis pied à l'école.

Section 2 : Revenus et charge du ménage.

J : Maintenant nous allons parler de vos revenus et comment vous faites face à la vie quotidienne.

R : C'est bien.

J : A combien estimez-vous les revenus du ménage. Par mois ce sera peut-être difficile mais par an par exemple...Enfin à vous de me donner un chiffre.

R : Je ne peux pas dire ça exactement. D'abord je suis cultivateur et on ne gagne pas par mois. Aussi, ce qu'on récolte, on ne vend pas tout, on mange aussi une partie. Donc je ne peux pas jamais vous dire ça.

J : Je vous comprends. Ok,

J : Votre est vendeuse, elle vous aide ?

R : Oui beaucoup. Il y a des situations que je ne peux pas m'en sortir sans elle. C'est elle qui sort l'argent. Je la remercie même devant vous.

J : Comment vous faites face à vos charges de chef de ménage.

R : On se bat dedans.

J : la nourriture ça va ? Estimez-vous que vos enfants mangent bien ?

R : Nous mangeons comme on peut.

J : combien de repas jour ?

R : ah, on mange au moins une fois chaque jour.

J : Et combien de fois au plus par jour ?

R : Deux fois... soit le matin et le soir, soit midi et le soir. On mange toujours les soirs, donc on ne dort pas souvent affamé.

J : Comment faites-vous face aux maladies s'il en a ?

R : Les maladies ne manquent pas dans la vie de l'homme. Je connais beaucoup les feuilles, donc je guéris les maladies. Ma femme et mes enfants s'initient aussi pour ça.

J : De quelles maladies souffrent parfois les membres de votre famille ?

R : Souvent le palu, la fièvre, l'infection et parfois la fièvre typhoïde.

J : Et vous savez traiter toutes ces maladies ?

R : Mais oui et bien. Avec les feuilles, les écorces et quelques recettes traditionnelles en plus c'est vite fait.

J : C'est bien ça ; mais il ne vous arrive pas quelques fois d'aller à l'hôpital ?

R : Oui très rarement quand le cas devient grave on va voir l'infirmier.

J : Pourquoi ?

R : Ah. Si on peut trouver solution à la maison, pourquoi aller dépenser inutilement ?

J : Et quels sont les cas où vous avez fait recours à l'hôpital ?

R : Euh pour quelques accouchements lorsque la fin de la grossesse fait problème. Mais aussi quand le mal est grave, il faut vite aller à l'hôpital. Ah, mais j'ai un très mauvais souvenir des hôpitaux. La façon dont ma mère y était morte, c'est la même façon ça s'est passé avec ma femme. C'est comme si quand on va là-bas, c'est pour partir de ce monde. Mais pour ma femme ce drame est arrivé parce que l'hôpital où il y avait le docteur pour faire le travail est très loin. Il nous fallait parcourir au moins cinquante kilomètres pour l'attendre et puisqu'elle saignait abondamment, on n'avait même pas faire le tiers du chemin.

J : Oh cinquante kilomètre pour atteindre l'hôpital ?

R : Oui bien sûr.

J : A pied ou en voiture ?

R : C'est avec la moto de mon grand frère, il n'était pas facile de la prendre avec son état-là. En plus la voie est très gâtée. Il y avait des secousses. Elle n'avait pas pu tenir.

J : Je vois. C'est dur. Ok, comment faites-vous face aux frais lié à l'école pour vos enfants.

R : Comme ça, comme ça. Ils sont souvent renvoyés pour scolarité, mais jusque-là on tient quand même.

J : Ici, c'est une location ?

R : Non je suis chez moi. C'est la maison paternelle. Disons que cette chambre est celle que ma mère occupait ici dans la famille.

J : Et comment gérez-vous la lumière, l'électricité et l'eau.

R : Nous n'avons pas le courant, nous utilisons les lanternes. Pour l'eau, ma femme et les enfants s'en occupent en allant à la rivière.

Section 3 : la sexualité du ménage

J : Parlons maintenant du sujet le plus délicat. Mais vous pouvez laisser des questions si cela vous dérange.

R : Ok, commençons voir.

J : Comment vivez-vous votre sexualité ?

R : Nous vivons notre sexualité comme on peut.

J : Que savez-vous de la contraception ? du sida et des maladies sexuellement transmissibles ?

R : Pas grand-chose. C'est les méthodes pour éviter les grossesses là non. On ne fait jamais ça nous. On a des méthodes naturelles. Par contre le Sida, les gens passent de temps en temps ici pour parler de ça.

J : Parlez-vous de la sexualité entre époux ? et au enfants ?

R : Entre époux oui, ça vient quelques fois. Mais jamais avec les enfants. Ce n'est pas de nos habitudes.

Section 4 : la reproduction du ménage

J : Comptez-vous toujours faire des enfants ?

R : Oui possible. Mais ma femme a accouché les deux dernières fois par césariennes et pour ça on hésite encore.

J : Pourquoi voulez-vous toujours faire des enfants alors qu'apparemment vous avez déjà beaucoup de charges ?

R : Ah parce les enfants c'est Dieu qui me les donne, s'il ne veut pas ma femme ne sera pas enceinte. C'est Dieu qui nous aide à les nourrir.

J : Ok, quelle place donnez-vous à l'enfant dans votre vie.

R : Chez nous l'enfant a la première place et c'est pour cela on se bat pour eux. Tout ce que nous faisons, c'est pour eux. Hum mes enfants, c'est ma seule grande grossesse.

J : Qu'attendez-vous d'eux plus tard ?

R : Nous attendons d'eux qu'ils réussissent et qu'ils s'occupent de nous à la vieillesse.

J : Quels sont vos sentiments de la vie ? Etes-vous satisfait de ce que vous vivez ou souhaiteriez-vous une vie meilleure pour vous et pour votre ménage ?

R : Bien sûr. Ce n'est pas facile ce qu'on vit. Tout le monde veut avoir plus. Par exemple je réfléchis à comment trouver beaucoup d'argent et construire et quitter la maison familiale avec la famille. Je rêve avoir également une moto pour ne plus trop me fatiguer à vélo pour aller au champ. Mon champ est très loin d'ici. Mais bon l'essentiel est qu'à aucun de ces jours où je me suis levé avec zéro franc dans la poche, on a été affamé dans cette famille. La providence fait que toujours au soir, on se rend compte avoir trouvé quelque chose à manger dans la journée et parfois plus qu'on aurait imaginé. Il faut remercier Dieu pour cela car il existe plusieurs personnes qui ne trouvent pas à manger et dont la famille s'endort affamée.

J : Je vous remercie monsieur pour votre disponibilité et votre ouverture.

R : Je vous prie et vous êtes bienvenu pour une autre fois.

J : Merci

Aperçu : Caractéristiques générales du ménage 6

MENAGE 06		Age	Niveau d'étude	Profession	Nombre d'enfants vivants	Désir d'enfant
Le mari (A)		37 ans	Niveau 6ème	Cultivateur	08	oui
L'épouse (B)	1	32 ans	A fréquenté	Vendeuse	08	non
Les enfants (C) et autres membres	Filles	Age	Niveau d'étude	Profession	Situation matrimoniale	Lien aux parents
	1	16 ans	CM2	Déscolarisée	/	Enfant
	2	11 ans	Classe de CM2	Apprenante	/	Enfant
	3	09 ans	Classe de CP	Apprenante	/	Enfant
	4	05 ans	Ne fréquente pas encore		/	enfant
	Garçons					
	1	13 ans	Classe 6ème	Apprenant	/	Enfant
	2	07 ans	Ne fréquente pas encore	/	/	Enfant
	3	03 ans	/	/	/	/
Taille du ménage : A + B + C	10					

Aperçu : Revenus et charges du ménage 6

Revenu approximatif par mois du ménage n°6			Dépenses du ménage n°6 par mois et solde							
Revenu du chef du ménage	Revenu des autres membres	Revenu total du ménage	Dettes actuelles	santé	Electricité et eau	nourriture	Education des enfants	Logement et taxe	et autres dépenses	Solde par mois
Pas évaluable										

