

# COMPORTEMENTS ET ROLES DE CERTAINS ACTEURS DANS LE RECOURS DES FEMMES AUX SOINS OBSTETRIKAUX DANS LA REGION DENDI DE MALANVILLE-KARIMAMA

**Foulératou GOUDA ADAM,**

*Doctorante en Sociologie de développement, Elisabeth*

**GNANSOUNOU FOURN,**

*Enseignant-Chercheur à l'UAC, Maître de Conférences des Universités du  
CAMES*

*Université d'Abomey-Calavi/ république du Bénin*

*[foolervices@gmail.com](mailto:foolervices@gmail.com), [elisafourn@gmail.com](mailto:elisafourn@gmail.com),*

## Résumé

*Plusieurs pays en développement et particulièrement en Afrique subsaharienne, sont caractérisés par des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelle. En effet, au Bénin et spécifiquement dans la zone sanitaire de Malanville- Karimama, de forts taux de décès maternels sont enregistrés malgré les différentes politiques mises en œuvre pour une meilleure prise en charge de la santé des femmes.*

*Le présent article s'intéresse aux comportements, rôles et pratiques de certains acteurs, dans le recours des femmes aux soins obstétricaux. Cette recherche est de nature qualitative mais comporte quelques données quantitatives. Les techniques de l'entretien et de l'observation ont permis la collecte des données auprès de 81 acteurs. Les outils sont le guide d'entretien et la grille d'observation.*

*Il ressort des résultats que les comportements des acteurs et les représentations de la maternité, amènent les consultantes et leurs accompagnateurs à développer des stratégies, qui accentuent les dysfonctionnements déjà observés. Aussi, les tabous et interdits hypothèquent les prises de décision par les femmes en ce qui concerne leur recours aux soins. Ainsi, la Santé de la Reproduction est caractérisée dans cette partie du Bénin, par une forte résistance des pratiques socioculturelles de gestion de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en rapport avec les représentations de la vie et de la mort. Aussi, le faible engagement des autorités locales et leaders communautaires, entrave le recours des femmes aux soins dans cette zone sanitaire. Le recours aux soins obstétricaux reste donc un problème réel qui peut être réduit par l'application effective de l'approche genre dans l'éducation des populations quant aux normes sociales et culturelles relatives à la socialisation, à l'éducation sexuelle.*

**Mots clés :** *comportement des Acteurs, pratiques obstétricales, genre, Zone sanitaire.*

## Abstract

*Several developing countries and particularly in sub-Saharan Africa, are characterized by high rate of maternal mortality and morbidity. In fact, in Benin and specifically in the Malanville-Karimama health zone, high death rate are recorded despite the various policies implemented for better management of women's health. This article focuses on the behavior of certain actors in the use of obstetric care by women.*

*The present research is qualitative in nature but including quantitative data. The techniques of interview and observation allowed the collect of data from 81 actors, number stopped by saturation. It's emerges from the results that the behaviors of actors and the representations of motherhood lead the consultants and their companions to develop strategies which accentuate the dysfunctions already observed. Also, taboos and prohibitions jeopardize decision making by women with regard to their recourse to obstetric care. Thus, reproductive health is characterized by strong resistance in the behavior of actors; the weak commitment of authorities and community leaders hinders equitable access to care for women. Recourse to obstetric care remains a real problem based on social discrimination, the reduction of which can be envisaged with the effective application of the gender approach.*

**Key words:** *Actors behavior, obstetrical practices, gender, health zone.*

---

1 - Auteure principale

2- Auteure associée

## 1. Introduction

Nombreux sont les projets et programmes sanitaires mondiaux, régionaux et nationaux, qui voient le jour dans les différents coins de la planète. En effet, les politiques sanitaires connaissent quotidiennement des réajustements tels des objets de sculpture. Ainsi, de la période précoloniale à celle postcoloniale, le système de santé au Bénin a connu des métamorphoses. Il est passé du développement spontané, (qui consiste en une élaboration de politiques sanitaires sans orientation préalable), au développement programmé, se caractérisant par une planification des divers programmes à mettre en œuvre. En ce qui concerne la santé maternelle, diverses politiques ont été élaborées en vue de son amélioration. Il s'agit entre autres : de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP), contenue dans la déclaration d'Alma Ata en 1978, dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle ; du document de politique et stratégies de développement du secteur de la santé pour la période 2002-2006, inspiré du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Gouvernement qui, a défini trois objectifs globaux qui sont : i) l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé ; ii) l'amélioration de la participation communautaire et de l'utilisation des services de santé et iii) l'amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes. A ces documents, s'ajoute le document de politique du secteur santé pour la période 2009-2018 qui a pour objectif principal d'améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système, intégrant les populations pauvres et indigentes et qui permet l'atteinte de trois des huit objectifs retenus au niveau mondial. Ces trois objectifs sont l'OMD4, qui est de réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; l'OMD5 qui recommande d'améliorer la santé maternelle et l'OMD6 qui, est de combattre le VIH/SIDA, le paludisme à travers la distribution gratuite des moustiquaires, la gratuité de la césarienne, etc.

La préservation de l'espèce humaine constitue donc un défi planétaire, et particulièrement en Afrique. En fait, au Bénin comme partout ailleurs, la pérennisation de la famille s'avère fondamentale. A cet effet, la santé de la mère préoccupe l'actualité mondiale quant à la sauvegarde de la vie et le processus de la reproduction biologique et sociale. Dans ce contexte précis, la femme se trouve être un pilier incontournable de

ce processus de procréation, et la grossesse, une étape dont l'affranchissement permet à toute femme d'accéder au statut de mère. La grossesse et l'accouchement sont donc des rites de passage à la fois biologique et social, s'inscrivant au sein des familles et des sociétés. Porter en son sein un enfant et lui donner la vie sont des expériences fort significatives de la vie d'une femme. Ce rôle de donner la vie aux enfants, la relève du futur, met la santé de la mère au cœur de grandes décisions. C'est ce que semblent soutenir **Lessard et Paradis (2003)** lorsqu'ils affirment : «Tous s'entendent sur le fait que nos enfants représentent une richesse pour la société d'aujourd'hui et de demain. C'est pourquoi il est important de mettre en place des conditions favorables pour qu'ils se développent harmonieusement ». Il faut également assurer à la mère, porteuse de ces êtres, une santé qui lui permette de conduire à terme sa grossesse et d'accoucher dans de meilleures conditions. Dans ce cas, il a été préconisé depuis le vingtième siècle le suivi des grossesses à travers les consultations prénatales. Elles sont alors devenues une des principales activités préventives des services de santé maternelle sur lesquelles se base l'espoir d'améliorer les indicateurs de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays (**Bergsjö, 2001**). En effet, à l'issue de la rencontre de Nairobi (**OMS, 1978**), plusieurs stratégies de résolutions ont été proposées parmi lesquelles la création des unités villageoises de santé afin de rapprocher les soins des populations. Mais, en général, la création de ces unités villageoises n'a guère réglé la question de la morbidité et de la mortalité maternelle dans les milieux ruraux, faute d'équipements et d'insuffisance de personnel soignant compétents et qualifiés. En analysant le problème de la morbi-mortalité maternelle, **Royston et Armstrong (1990)**, soulignaient qu' « en réalité, la morbidité et la mortalité maternelles dans les pays en voie de développement constituent une immense tragédie. Mais, cette tragédie est en grande partie méconnue de ceux qui définissent les priorités nationales et internationales en matière de santé, car les victimes qui vivent dans les régions reculées, sont des femmes pauvres et analphabètes privées de tout pouvoir politique». Donner la vie et en mourir constitue donc un

phénomène grandissant dans presque tous les pays du monde et surtout dans les pays dits en développement. Dans ce cadre, d'énormes efforts ont été effectués ces dernières années par l'Etat béninois, dans le but d'améliorer la santé maternelle à travers un taux élevé de couverture sanitaire. L'accent a été surtout mis sur la couverture en infrastructures sanitaires (locaux, matériels) accompagnée d'une politique de répartition des ressources humaines (**MEHU/DAT, 2004**), devant améliorer l'accès des populations aux soins de santé. Le taux de couverture sanitaire est estimé à 88,3% pour l'ensemble du pays et de 100% dans la zone d'étude pour le compte de 2012 (**MSP, 2013**). Dans le même contexte, le Bénin a élaboré en 2006 sa feuille de route intitulée **Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (RNRMN) 2006-2011**, conformément à la résolution AF/RC/54/R9 issue de la 54ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui s'est tenue à Brazzaville (Congo) en 2004. Mais, cinq ans après la mise en pratique des stratégies recommandées à cette assise (**MSP, 2011**), le constat montre que les efforts déployés n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés. Et la persistance du phénomène dans cette aire géographique, autorise à postuler que la lutte devrait porter sur certains aspects, en l'occurrence le recours aux soins avec son cortège s'articulant autour de la qualité des services offerts par les agents de santé à l'endroit des femmes ; le poids de l'accessibilité financière et les caractéristiques de l'environnement socioculturel, et les acteurs intervenant dans ce domaine de la Santé de la Reproduction. C'est pourquoi il s'avère opportun d'investiguer sur les comportements et rôles de quelques acteurs dans le recours des femmes aux soins obstétricaux dans la zone sanitaire de Malanville Karimama.

## 2. Méthodologie

Le champ de recherche est la zone sanitaire de Malanville-Karimama, située à 733km de la capitale économique (Cotonou) du Bénin. La présente recherche se veut qualitative. La collecte des données s'est effectuée entre septembre 2017 et Septembre 2019, de manière itérative à cause de l'inaccessibilité de certaines parties de cette région. Des interviews individuelles (sur les histoires de vie) et de groupe se sont donc déroulées principalement avec des

parturientes, des gestantes, des accompagnateurs (mari, sœurs, belles sœurs, parents, amis etc.), des praticiens de la médecine traditionnelle, le personnel de la maternité de la zone sanitaire, des agents de santé des maternités ou dispensaires périphériques sélectionnés, des relais communautaires, de responsables de structures et d'organisations nationales et départementales, des responsables politico administratives et techniques. Cette méthode d'analyse privilégie les aspects qualitatifs. Toutefois, elle comporte des données quantitatives destinées à montrer l'ampleur des complications obstétricales ou bien même des pourcentages de réponse. Un total de 81 personnes a été approché. L'observation directe mais participative a également servi en tant que technique.

### **3. Résultats**

#### ***3.1 Les acteurs et leurs rôles dans le recours des femmes aux soins obstétricaux***

Le caractère subtil de l'enfantement fait intervenir plusieurs acteurs dans sa gestion. Mais les acteurs concernés dans cette présente recherche sont ceux qui sont plus impliqués et qui peuvent modifier ou non le cours des événements. Les acteurs les plus impliqués dans le processus des soins obstétricaux d'urgence sont entre autres les agents de santé, les gestionnaires de l'équipe de la zone sanitaire, les membres de comité de gestion, les accoucheuses villageoises, les relais communautaires et les communautés (plus précisément les femmes). La perception de l'accouchement au centre de santé, à domicile, la logistique de l'accouchement (moyens de transport, distance, accompagnateur, coût) la perception des formations sanitaires (interaction avec les agents de santé) et la vie au village (événements marquants, activités communautaires), sont autant d'éléments d'information qui alimentent la chaîne du recours aux soins obstétricaux et qu'il faut prendre en considération.

#### ***3.1.1 Les Accoucheuses traditionnelles et leur rôle dans la chaîne de l'enfantement***

Ce groupe se réfère aux accoucheuses vivant dans les localités et qui n'ont jamais officiellement pratiqué d'accouchement dans une formation sanitaire. En revanche, elles réalisent les accouchements à

domicile, dans les villages et parfois dans des quartiers de villes. Mais, depuis 2007, un décret ministériel ne les autorise plus à effectuer des accouchements dans les villages. Leur rôle a été réorienté depuis l'application de ce décret (Ministère de la santé 2007). Leur mission se résume désormais à accompagner les femmes dans les centres de santé, où doivent accoucher ces dernières. Elles travaillent sans aucune rétribution. Les occasions de formation sur les stratégies de sensibilisation pour orienter ou accompagner les femmes au centre, sont les seules opportunités, où elles bénéficient de petites primes de consolation. Ces émoluments servent aux déplacements de ces accoucheuses vers les lieux de rencontre (formation).

Aussi, certaines accoucheuses étaient-elles conviées par des comités de gestion de centres de santé lors de leurs assises. Elles étaient invitées à participer aux activités du centre tel que le nettoyage de la salle d'accouchement, la participation aux campagnes de sensibilisation (pour un changement de comportement), des activités de vaccinations. Mais avec le temps, elles se sont vues désorientées et déboussolées par leur nouveau statut. Car, abandonnant leurs activités pour aller rester dans une maternité, sans gagner de l'argent, elles ont fini par jeter l'éponge. Aussi, leur âge très souvent avancé, ne leur permettait pas d'accomplir ces tâches d'entretien de maternité, puisque, les accoucheuses sont pour la plupart des femmes âgées et traditionnellement expérimentées dans la mise au monde des enfants. C'est ce qui explique que, aujourd'hui, la plupart de ces accoucheuses villageoises continuent à effectuer des accouchements dans les villages ou quartiers de villes où il existe même de centres de santé. Il convient de retenir que, la non implication réelle de cette catégorie d'acteurs crée d'énormes difficultés aux centres santé quant à la sensibilisation des femmes à recourir aux centres de santé pour les activités obstétricales.

Selon ces interlocuteurs (100%), aucun rôle spécifique ne leur a été attribué. De plus, elles se sont vues dépossédées de tout leur pouvoir dans son exercice. Elles qui, étaient les seules maitresses pendant les accouchements, se retrouvent aujourd'hui être au service de jeunes dames (agents de santé) si non de petites filles et ceci sans aucun respect et sans aucune rétribution. Leur rôle a été modifié et sans compensation financière. Or, dans le modèle traditionnel, elles recevaient des dons en provenance des parents du nouveau-né. Elles gagnaient pour chaque accouchement effectué, de l'argent dont le

montant est compris entre 500f et 2000f CFA en récompense de leur geste. Parfois, ce sont des biens en nature qui sont offerts aux accoucheuses pour témoigner de la satisfaction morale des parents d'enfants. Parmi ces biens reçus, il y a des vivres (mil, sorgho, maïs, du riz, des condiments divers etc.), du savon (allant d'un pain à dix), des tissus (allant de deux à six mètres de tissus) et autres, et tout ceci selon la capacité du couple ou de sa famille. Le cadeau primordial et symbolique qui revient de droit à l'accoucheuse est la tête et les pattes du mouton sacrifié pour le rituel du baptême. Mais lorsque l'accouchement n'a pas lieu à domicile, la tête de mouton revient à celle qui a donné le bain au nouveau-né dans la période d'avant le baptême (les sept premiers jours et parfois même après le baptême). Là encore, ce sont très souvent de vieilles femmes ménopausées qui se consacrent à cette activité. Ce sont elles qui moulent le corps des bébés avec délicatesse, laissent entendre les mères d'enfants. Elles sont aussi attentives quant aux soins à donner aux bébés filles et garçons. Les règles sociales à observer sont également transmises aux jeunes mères par l'entremise de ces vieilles femmes. Même lors du baptême, le nouveau-né est gardé par une vieille femme pendant qu'il subit les cérémonies d'enlèvement des cheveux de naissance. Le processus de la venue des enfants au monde est assuré et géré par les personnes âgées, plus particulièrement les femmes.

### ***3.1.2 Les relais communautaires et promotion de la santé maternelle à Malanville- Karimama***

Les relais communautaires constituent aussi un des maillons incontournables dans la chaîne de l'offre et de la demande de soins en général et des soins de la mère et de l'enfant au sein de la communauté. Loin d'être nommés ou qualifiés d'agents de santé, ils sont des ambassadeurs de l'offre des soins de santé primaires au sein de la population. Ils sont reconnus pour le rôle capital qu'ils jouent au sein du système de soins au Bénin en général et particulièrement dans la zone sanitaire de M-K. Ce sont des acteurs formés pour fournir certains services comme le dépistage et la prise en charge du paludisme simple, les conseils nutritionnels aux mères de petits enfants et aux femmes enceintes. Un relais communautaire s'exprime en ces termes : « Notre travail est de recenser toutes les femmes enceintes de notre zone d'intervention. Nos activités sont composées de séances de

causeries en groupe ou individuellement chez elles sous la permission des maris ou des membres de la famille du mari, sur les consultations prénatales. Car, les maris ne donnent pas l'argent pour les CPN à cause de la pauvreté dans les ménages. Mais, les comportements des populations ne peuvent pas changer tel que le veut le gouvernement et les partenaires. Seulement il y a amélioration. Avant il y avait des sanctions qui étaient infligées aux populations lorsque les femmes accouchent à la maison. Dans notre centre de santé, le problème majeur qui se pose est l'argent. On ne s'entend aussi pas avec les accoucheuses villageoises, qui entretiennent les accouchements à domicile à cause de ce qu'elles y gagnent. Elles servent d'intermédiaire entre les parturientes et les agents de santé. Par contre, il y en a parmi les parturientes qui refusent catégoriquement d'aller accoucher au centre à cause des frais à payer. Elles sont donc aidées par ces accoucheuses qui se voient obligées de le faire. Les femmes ici, se réfèrent aux ordonnances de leurs consœurs. Il suffit pour elles de voir que l'accouchement de telle a coûté 15000f ou 20000f pour déduire que tous les accouchements coûteront le même prix. Elles préfèrent accoucher à la maison en soutenant le fait que même à l'hôpital les femmes perdent leur vie et à la maison beaucoup de femmes accouchent en bonne santé. Elles attribuent le coût de la prise en charge de cette maladie au coût de l'accouchement ». (Relais communautaire, 45ans)

La quasi-totalité des relais communautaires s'accordent sur ces déclarations de difficile accessibilité financière des ménages et particulièrement des femmes, du poids de la culture, du manque d'information par les usagers des formations sanitaires. Cet état de chose n'est pas en phase avec la question du droit à la santé pour tout individu. Car, le droit à la santé implique l'ensemble de tout ce qui concourt au bien-être

Ces déclarations semblent incomplètes selon le récit d'un autre relais dont la zone d'intervention est située à plus de 15km du centre de santé périphérique. Il raconte ce qui suit :

« Avant, lorsqu'il s'agissait des références, les femmes et leurs familles ne payaient pas pour les frais de déplacement vers le lieu de référence. Mais aujourd'hui, il y a les frais de transport, les frais de prise en charge proprement dite (hospitalisation, médicament), les frais de restauration pour la femme évacuée et les accompagnateurs (nourriture) pendant le

séjour. Ici, les hommes aiment avoir beaucoup d'enfants mais n'aiment pas prendre en charge le coût relatif à la maternité. Or, les centres de santé ne peuvent pas fonctionner sans argent».

Ces faits tels que relatés mettent en exergue la difficile accessibilité géographique et prend en compte la qualité des infrastructures de transport et la faible implication des hommes dans les soins obstétricaux malgré leur attitude nataliste. Cette posture des hommes à ne pas assurer les coûts de soins obstétricaux de leur conjointes, conduit les accompagnants à très souvent demander l'indulgence des prestataires à renoncer aux références obstétricales. Car, la consommation de la référence est synonyme de grosses charges financières. Dans ces circonstances, même les relais communautaires sont sollicités pour intervenir dans les moments de travail d'accouchement ; responsabilité que la plupart des relais esquivent.

#### 4. Discussion

La notion de recours est un concept qui prête à confusion dans la chaîne de production des soins aux communautés. Plusieurs auteurs ont essayé de donner un contenu à ce concept, mais ils ne sont pas parvenus à une définition exhaustive. Parlant du « recours aux soins de santé », LOMPO (2012) met l'accent sur l'utilisation effective des soins de santé et les raisons qui la fondent. Elle se base sur la demande qui semble toujours faible alors que les offres ont augmenté de façon significative. En effet, promouvoir la santé et le bien-être des communautés constitue la clef de voûte de l'engagement des organismes internationaux dans le financement de ce secteur. Et, le repère déterminant est la conférence d'Alma Ata de 1978. La santé est donc un droit pour tout être humain. Le recours à ce droit fondamental ne devrait donc pas être discutable. Le concept de recours aux soins obstétricaux se conçoit comme, toute forme d'utilisation concrète et justifiée en cas de besoin, des services de soins de maternité par les femmes en âge de procréer. Il prend en compte l'accessibilité géographique, culturelle et socioéconomique. Il se résume en ce que Thaddeus et Maine (1994), ont identifié en termes de trois retards. **Le premier retard** est lié à **la prise de décision à l'utilisation des services de maternité**. Ce volet met en exergue les acteurs qui peuvent valider la nécessité de recourir ou non à un service de soins

et le type de service. Ce niveau de retard prend donc en compte les caractéristiques familiales, socioculturelles, communautaires et religieuses en matière de prise en charge obstétricale. **Le deuxième retard se réfère à l'accessibilité** financière, géographique et aux soins de qualité. **Le troisième retard** se situe au niveau **des structures de santé**. Ce troisième palier de la chaîne des retards expose les interrelations entre les prestataires et les usagers en termes de demande de soins. Aussi, est pris en compte les perceptions des populations sur la qualité des soins à travers la compétence des prestataires offrant ces soins. Car les perceptions des populations sur la qualité des agents de santé est très déterminante dans le recours aux soins. Donc la manière dont les communautés perçoivent les compétences du soignant, les actes médicaux, est assez déterminante de la probabilité à recourir à ces services (Olivier de Sardan et al, 2001). Il n'est pas rare d'entendre dire que les agents de santé sont négligents et incompetents ou des bouchers.

#### ***4.1 Les relations de pouvoir entre catégories d'acteurs, un handicap pour les politiques publiques de santé à Malanville-Karimama***

Les relations de pouvoir constituent l'essentiel du quotidien des administrations en général et de celle de la santé en particulier. La prestation des services de santé publique est considérée comme une activité essentiellement relationnelle (IMOROU, 2006 ; SAMBIENI, 2012 ; BELAID, 2012 ; DIARA, 2012). Cet exercice de pouvoir est variable. Ces relations ont potentiellement un impact sur le processus de production et de distribution des services de soins maternels. Les interactions soignant-soignés sont largement reconnues dans l'état des connaissances comme une relation d'inégalité, d'iniquité entre les acteurs de l'offre et de la demande de soins (Olivier de Sardan et al, 2001 ; De Brouwere et Van Lerberghe, 2001). La collaboration entre les agents de santé et les communautés se situent d'une part au niveau de la tarification des actes de consultation pré et postnatales et d'accouchement et d'autres part en ce qui concerne le respect des règles coutumières et culturelles dans le domaine de l'enfantement. Elles peuvent se situer également dans la diffusion de l'information sur les clauses du fonctionnement des formations sanitaires. Car c'est aux agents de santé qu'il revient de passer l'information aux communautés.

Or, bien que la communication interpersonnelle soit quasiment absente des séances de consultations, ou parfois orientée dans une seule direction, il est constaté des attitudes de corruption ou de rançonnement dans le comportement de certains agents de santé. Il est très souvent exigé de certaines parturientes des paiements informels malgré l'existence des caisses ou guichets officiels de paiement des actes de soins. La relation communicationnelle est un problème qui se pose avec acuité selon les femmes rencontrées.

#### ***4.2 Les conflits autour de la communication***

Les investigations ont montré que des dispositions particulières soient prises pour discuter des sujets portant sur la santé de la reproduction. Les femmes veulent que l'entretien sur la sexualité avec la femme, s'engage dans la plus grande discrétion, sans attirer l'attention des personnes extérieures, surtout ceux qui déambulent dans le hall d'attente. Ces genres de propos reflètent les notions même de pudeur et l'illettrisme dont ces populations sont caractéristiques. Des rites et des pratiques sociales et ou culturelles entrent parfois en conflit avec la logique médicale. En effet, la quatrième édition de l'enquête démographique et de santé (MDAEP/INSAE, 2013), stipule que, chez les femmes de 25-49 ans, ce sont les départements du nord (Alibori, Borgou, Atacora, Donga) et du centre (Zou, Collines) qui se caractérisent par les âges médians aux premiers rapports sexuels les plus précoces, l'âge médian étant toujours inférieur à 18,0 ans et au terme de sa vie féconde, une femme béninoise donne naissance à, en moyenne, 4,9 enfants. Depuis 1996, ce nombre moyen d'enfants a diminué passant de 6,3 en 1996 à 5,7 en 2006 puis à 4,9 en 2011-2012. L'indice de fécondité est supérieur à cinq enfants par femme dans l'Alibori. Aussi, c'est une région caractérisée par un faible taux de fréquentation scolaire et classée en dernier rang dans l'Alibori, qui est à son tour le dernier département en matière d'éducation scolaire, avec un taux de 44%. La controverse est qu'il n'est pas aisé de parler de sexe dans un groupe hétérogène. Or, la question de la sexualité est abordée sans équivoque par les prestataires de soins pour qui, une parturiente n'a pas le droit d'esquiver les questions relevant de ce domaine. Ce qui soulève le problème de déontologie et d'éthique en ce qui concerne le respect du droit de la personne. Rien n'est plus redoutable qu'une idée préconçue qui amènerait à minorer la douleur.

C'est ainsi que le retard des agents de santé est considéré comme un droit alors que la ponctualité des patientes est perçue comme un devoir (SOULEY, 2001). Dans tout exercice d'une profession, il faut du savoir, du savoir-faire et du savoir être. Sur le plan académique, le savoir est fortement valorisé dans le champ de la médecine. Le savoir-faire est valorisé par la clinique. Enfin, le savoir être est très fortement attendu des malades. En effet, ce n'est pas tant l'organe malade qu'il importe de soigner mais bel et bien l'homme souffrant, étant donné que ce dernier peut être immergé dans une culture bien spécifique. Des investigations ont permis d'élucider ce qui peut dans la culture d'end, freiner le recours continu des gestantes aux services de l'accouchement et, déboucher sur des conséquences très souvent délétères. En effet, la consultation prénatale revêt une grande importance quant à la protection de la mère et de l'enfant à naître. Car, elle permet de surveiller la future mère depuis la conception jusqu'à l'accouchement.

#### ***4.2.1 Les conflits d'intérêts : Les accoucheuses traditionnelles et les communautés dans le rétroviseur des agents de santé***

La perception du rôle des accoucheuses traditionnelles par les agents de santé, porte à équivoque. D'une part, elles sont considérées comme un obstacle à la réalisation des soins obstétricaux néonataux et d'urgence parce qu'au lieu d'orienter les femmes enceintes résidant dans leur zone d'intervention, elles préfèrent les assister pour les accouchements à domicile. Elles sont encore nombreuses à effectuer les accouchements à domicile. Les raisons avancées pour se défendre sont liées au refus des femmes à aller accoucher au centre de santé. D'autre part, elles apportent une grande contribution à la stratégie de réduction de la mortalité maternelle. Car, avec leur avènement, les taux de fréquentation des centres de santé se sont accrus. Il y a aujourd'hui un nombre important de femmes qui atteignent au moins deux CPN sur les quatre recommandées par l'OMS. Dans la quasi-totalité des localités, les femmes enceintes sont accompagnées par les dites matrones. Elles orientent également les femmes parturientes vers le centre de santé pour qu'elles bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié. Ainsi, elles constituent un mal nécessaire dans l'essor des activités au sein des maternités. Pour justifier les perceptions des agents de santé, les accoucheuses

traditionnelles estiment qu'elles ont été marginalisées et n'entendent donc pas abandonner leur héritage. Car pour la plupart, elles ont hérité leur titre de leurs parents, l'ayant aussi reçu de génération en génération. La collaboration entre ces deux catégories d'acteurs reste et demeure jusqu'aujourd'hui tendue ou voilée.

#### ***4.2.2 Relations entre acteurs : une collaboration froide***

Les membres des comités de gestion des centres de santé jouent un rôle déterminant dans la sensibilisation des populations. Ils sont des intermédiaires privilégiés entre les prestataires et les communautés en ce qui concerne le fonctionnement des centres de santé. C'est la classe arbitre dans le règlement des conflits entre les communautés et les prestataires de soins. Cependant, ils rencontrent des difficultés dans l'exercice de leur fonction. Voici un extrait de récit:

« Notre difficulté majeure est le recouvrement des fonds. Il n'y a plus d'argent pour payer beaucoup de produits. On prend les produits à crédit. Mais quand les populations viennent, on ne peut que demander au commis de leur céder les médicaments à crédit. Puisque nous ne pouvons pas les voir mourir pendant que les produits sont disponibles. Or, c'est nous qui leur demandons d'aller se soigner dans les centres de santé. C'est injuste» (président COGES, 51ans, 16/10/17).

Pour certains agents de santé, les membres des comités locaux sont importants dans la réalisation des objectifs des centres surtout à la mobilisation des communautés pour un changement de comportement à travers les activités de sensibilisation, même quand on va en stratégie avancée, les gens et surtout les femmes ne sortaient pas.

« Moi je m'entends très bien avec les membres du comité de mon village. Lorsque, tu leur remets les moyens pour qu'ils se déplacent facilement, tu n'auras jamais de problème avec eux. Et aussi, les objectifs seront atteints pour la mission commandée. Mais si tu veux faire le malin en voulant les dribbler et t'attendre à ce que le travail soit fait, tu les auras sur ton dos Les villages sont très éloignés. Il y en a qui sont à plus de 25km du centre. » Chef poste d'un CSA, 28/10/17. Pour d'autres prestataires, les membres de comité se prennent comme des prestataires et demandent des comptes rendus à l'image de responsables hiérarchiques. Ce fait constitue un point de discord

entre ces deux catégories d'acteurs. Cette guerre froide ne facilite pas la mobilisation des communautés en ce qui concerne les sensibilisations communautaires. Il manque donc de coopération de la part des membres du COGES dans les activités. Si la collaboration entre membres du COGES et prestataires n'est pas au beau fixe, quelle serait le sort réservé aux relais communautaires par ces obstétriciens aux blouses de couleurs blanche, rose et verte (infirmières- sages-femmes et gynécologues) ?

#### ***4.2.3 Rapport entre prestataires de soins et relais communautaires.***

Les différents reconditionnements des politiques sanitaires ont introduit la notion de SONU communautaires dans le système de soins. C'est le vent favorable qu'ont saisi les relais communautaires pour s'insérer dans le système sanitaire. Ces agents mobiles de délivrance de soins primaires, dans ses proportions limitées, sont en contact direct et facile avec les populations. Ils semblent plus écoutés que les agents de santé, vers qui les populations doivent se tourner pour recevoir les soins. Les relais communautaires s'érigent en prestataires de soins, contrairement à leur rôle tel que défini dans les clauses du partenariat. Ces interférences de fonctions, sont engendrées par la crise de l'éthique professionnelle et déontologique dont font montre les soignants. Les relations entre les différents acteurs sont donc nourries de conflits patents. Ces conflits interviennent surtout dans la gestion soit du matériel, du leadership, de la corruption, du rançonnement, la formation du personnel. Les femmes, dans leurs souffrances, sont ballottées au gré des différents acteurs ; Ceci vient accentuer le caractère ambigu de son pouvoir de maternité (Fourn, 1997).

## **5. Conclusion**

Que l'on se place dans les sociétés traditionnelles ou modernes, dans les pratiques ancestrales ou contemporaines, la pérennisation des communautés est l'idée maîtresse prônée et poursuivie. Mais, ces pratiques (traditionnelle et moderne), prises séparément, ne garantissent pas aux femmes une issue favorable dans leur sempiternel combat divin. Car, les divers conflits entretenus par les différents

acteurs occultent les efforts quotidiens pour l'amélioration de la santé maternelle. Chaque acteur lutte pour ses intérêts égoïstes et devient incontournable dans la chaîne, oubliant l'objectif poursuivi, qui n'est rien d'autre que l'amélioration de la santé des femmes. La pérennisation des générations est donc assujettie à la sauvegarde et à l'entretien quotidien de la santé génésique des femmes, à travers un accès adéquat et opportun aux soins, dans un environnement sain, gage d'une maternité sans risques, bien qu'aujourd'hui, une maternité sans risques demeure hors de portée d'un grand nombre de femmes. Mais, il est possible d'atteindre les objectifs de l'amélioration du système de prise en charge de la santé des femmes en situation de grossesse ou de travail d'accouchement dans un réseau communicationnel adéquat Sanogo et Giani (2009). Pour les femmes qui travaillent, qu'il s'agisse de leur participation active au marché du travail, de l'indispensable travail non rémunéré qu'elles effectuent à domicile ou des diverses formes de travail atypiques ou de travail indépendant, il est essentiel de trouver un équilibre entre leurs responsabilités maternelles et familiales et les impératifs de leur travail. La mortalité maternelle et infantile étant concentrée dans les pays les plus pauvres du monde, principalement en Afrique subsaharienne et dans le reste du Tiers- Mondes. Or, la pauvreté rime avec les inégalités, développées et entretenues par les rapports de pouvoirs au sein des acteurs. Par ailleurs, il y a des conflits qui opposent des acteurs aux statuts variés de différents services. Les tensions les plus manifestes sont celles qui opposent les responsables des différentes entités et les gestionnaires des dépôts de dotations en consommables médicaux, laissant pour compte les femmes en quête de soins.

Plusieurs travaux ont montré que les rapports de pouvoir entre acteurs influencent les avancées de la lutte pour l'amélioration de la santé de la femme. Ils ont également mis en exergue les difficiles rapports entre médecine moderne et celle traditionnelle. Et, la situation de la zone sanitaire de Malanville-Karimama mérite que les politiques aussi bien locales que nationales, s'y penchent réellement afin de faire valoir les principes d'équité de l'approche genre, pour sauver les femmes en détresse obstétricale. Car, même si des dispositions ont été prises pour promouvoir la santé maternelle, leur application effective n'est pas au rendez-vous. La politique locale n'est pas en faveur des femmes. Il est donc opportun d'installer un climat

propice non seulement à la collaboration entre les acteurs des systèmes moderne et traditionnel d'assistance à la grossesse et à l'accouchement mais aussi et encore faire régner une synergie positive entre autorités locales, chefferies traditionnelles, acteurs de développement et prestataires de soins modernes. Cette condition n'est rien d'autre que l'application effective de l'approche genre en associant les différentes couches sociales à la gestion des projets et programmes communautaires. Et Il convient de respecter les principes de l'approche genre afin de promouvoir l'intégration de tous les acteurs, de façon participative du bas vers le haut, dans le but d'assurer l'accès rapide des femmes en détresse obstétricale à des soins de qualité, à un coût abordable. Parce que la protection de la maternité sert un double objectif en ce qui concerne la préservation de la santé de la mère et de son nouveau-né et garantit un certain degré de sécurisation de son autonomie.

## 6. Références bibliographiques

**Aïssa Diarra**, (2012), *Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger*, Afrique contemporaine, (243), 77-93. doi: 10.3917/afco.243.0077.

**Bergsjø Per.** (2001), « Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle ? », in De Brouwere Vincent et Wim Van Lerberghe, Réduire les risques de la maternité : Stratégies et évidence Scientifique, (pp37-54) Bruxelles, Studies in Health Services Organisation et Policy, 480p.

**Fourn Elisabeth Afiavi Gnansounou**, (1997), « la maternité, un pouvoir ambigu pour les femmes », Revue de l'UNESCO, Numéro spécial, Cotonou, 8p

**Imorou Abou-Bakari** (2006), *Cliniciens versus Santé Publique : une analyse socio-anthropologique de la mise en œuvre d'une réforme sanitaire au Bénin*, thèse de doctorat, Atelier national de Reproduction des thèses(ANRT), France, 484p, [http : //www.anrtheses.com](http://www.anrtheses.com)fr

**Jean-Pierre Olivier de Sardan, Adamou Moumouni et Aoubacar Souley**, (2001), « L'accouchement c'est la guerre grossesse et accouchement en milieu rural nigérien », in Etudes et travaux, Niamey, Lasdel.

**Lessard Geneviève et Paradis France**, (2003), *La problématique des*

*enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection*. Recension des écrits. Institut national de santé publique du Québec), 44p. Lompo

**Brigitte Amélie**, (2013), *Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso: le cas des femmes yadse dans la région nord*, thèse de doctorat, université de Nantes, 307 p.

**Loubna Belaid**, (2014), *Facteurs contextuels dans l'évaluation d'une politique de santé maternelle au Burkina Faso*, thèse de doctorat, Faculté de Médecine École de santé publique, Université de Montréal.

MDAEP/INSAE, (2013), *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012*, Cotonou, République du Bénin

MEHU/DAT, (2004), *Etude sur la couverture sanitaire en République du Bénin : point de la situation et perspective à l'horizon 2025 ; rapport final*.

**MSP**, 2011, *Revue Rapide de la Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin*, Cotonou, 56p.

**MSP**, (1995-2013), *Annuaire des Statistiques Sanitaires*, Bénin.

**OMS**, (1978), *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondé sur la notion de risque*, Genève.

Royston Erica et Armstrong Sue, (1990), *La prévention des décès maternels*, OMS, Genève, 78-111. Sambieni Emmanuel N'koué, (2012), *Gouverner la maternité au Bénin : les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la pendjari*, Thèse de doctorat, Université de Liège, 359p. Sanogo R. et S. Giani, (2009), *Valorisation du rôle des accoucheuses traditionnelles dans la prise en charge des urgences obstétricales au Mali*, DOSSIER SPÉCIAL : Médecine traditionnelle en Afrique, Ethnopharmacologia, n°43, juillet, consulté le 28/08/19 à 0-7h54.bnnn Souley Aboubacar, (2001), *santé urbaine à Niamey : indicateurs de l'équité et de la qualité dans l'accès aux soins*. Rapport final de l'enquête, Niamey, I.R.D (multigr.)

Thaddeus Sreen, Maine Deborah, (1994), *too far to walk: maternal mortality in context*, Social Science and Medicine; 38: 1091–110.

Vincent De Brouwere et Wim Van Lerberghe (2001), « Impasse et succès: les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle » in De Brouwere Vincent et Wim Van Lerberghe, *Réduire les risques de la maternité. Stratégies et évidence scientifique*, (pp 7-36), Bruxelles, Studies in Health Services Organisation et Policy, 480p.