



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé

85 | 2012
85

Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari

Thèse soutenue le 10 janvier 2012 à l'Université de Liège/Belgique. Sous la direction des professeurs Marc Poncelet et Roch Mongbo.

Emmanuel N. Sambieni



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1354>
ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 7 juin 2012
ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Emmanuel N. Sambieni, « Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari », *Bulletin Amades* [En ligne], 85 | 2012, mis en ligne le 07 juin 2013, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1354>

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.

© Tous droits réservés

Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari

Thèse soutenue le 10 janvier 2012 à l'Université de Liège/Belgique. Sous la direction des professeurs Marc Poncelet et Roch Mongbo.

Emmanuel N. Sambieni

- 1 Cette thèse porte sur les politiques de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Bénin. Elle cherche à comprendre les mécanismes de conception et d'application des dispositifs de gestion de l'enfantement, particulièrement sur le territoire de la Pendjari, à l'extrême nord-ouest du Pays, aux frontières du Togo et du Burkina Faso. À partir d'une méthodologie essentiellement qualitative - des observations pendant quatre années dans les maternités et dans des familles ainsi que des entretiens avec les différents acteurs participant aux soins -, cette recherche socio-anthropologique souhaite saisir comment la demande et les soins aux femmes qui « veulent donner la vie » sont véritablement « structurés » et « gouvernés » dans cet espace socioculturel et médical.
- 2 La thèse a été structurée en deux parties.
- 3 La première partie présente le contexte général de la recherche, et traite de l'obstétrique traditionnelle des groupes socioculturels de ce territoire et l'offre matérielle de soins maternels au Bénin. Le premier chapitre revenait sur les questions de recherche, de méthodologie et d'épistémologie au regard de la sensibilité du sujet et du fait que le chercheur est lui-même un membre de la communauté d'étude. Le deuxième chapitre a exposé l'histoire et les traditions de l'aire culturelle pendjarienne. Il a caractérisé l'organisation sociale et politique et les rapports de genre. Le troisième chapitre, en considérant l'individu dans le groupe, a ressorti les fonctionnements biologiques et sociaux aboutissant à sa naissance et à son intégration. Il présente les normes qui gèrent

les maternités biologiques et sociales dans la trajectoire de vie de l'individu. Le quatrième chapitre présente la maternité biomédicale en abordant sa dimension institutionnelle et les capacités de prévention et de traitement des problèmes rencontrés par les femmes dans la grossesse et dans l'accouchement.

- 4 La deuxième partie de la thèse présente les acteurs, les pouvoirs et les enjeux de santé, en questionnant la santé maternelle sous l'angle de la demande et du politique. Ainsi, le cinquième chapitre, en prenant appui sur la politique de décentralisation de la santé au Bénin, expose le tableau réel des normes de ressources humaines, matérielles et financières dans ce territoire qui correspond en même temps à une zone sanitaire. Le sixième chapitre présente, sous forme d'étude de cas, l'initiative « femme pour femme » qui leur propose de souscrire une part de deux cent francs CFA (environ trente cents) pour bénéficier au besoin de cinquante pour cent du coût du traitement des soins obstétricaux d'urgence. Ce chapitre permet de mettre en lumière les contraintes institutionnelles et les conflits entre les obstétriques modernes et traditionnelles dans l'application de cette initiative. En prenant pour cadre le bureau, la maternité matérielle elle-même et l'espace social, le septième chapitre s'intéresse aux institutions, pouvoirs et enjeux de la santé maternelle.
- 5 La Zone Sanitaire de Tanguiéta (ZST), partie intégrante du système de santé au Bénin, expérimente, depuis la décentralisation de ce système, la gestion autonome de l'offre de soins de santé moderne dans toutes ses dimensions. Elle est particulièrement ingénieuse dans la production d'initiatives de soins au profit des mères engagées dans l'enfantement, avec le soutien de l'Etat et des partenaires du secteur de la santé. Cet engagement est justifié officiellement par la situation critique des indicateurs de Santé Maternelle traduisant une morbidité et une mortalité élevées. De par sa position géographique, son identité culturelle pendjarienne et son histoire sociopolitique, la ZST se présente comme un espace socioculturel particulier à l'égard du reste du pays. C'est en raison de cette identité socioculturelle et sociopolitique qu'elle revendique son autonomie technico-administrative dans la fourniture des soins de santé, en prenant appui sur la décentralisation du système de soins et de l'administration territoriale au Bénin.
- 6 Cette recherche nous apprend que dans l'ordre traditionnel, l'enfantement a été historiquement et socialement géré par des institutions qui laissent une place assez faible à l'expression de l'individu, qu'il soit le père ou la mère de l'enfant en construction à la fois biologique et sociale. Les interdits liés à la grossesse, les rites de naissance et d'adolescence, de procréation et de négation de la stérilité en sont des preuves matérielles. Le rite d'annonce et de gestion culturelle de la grossesse dans certains clans font place uniquement aux tantes, aux oncles et aux responsables religieux comme l'ont montré les cas rapportés dans la thèse.
- 7 A l'heure actuelle, les maternités modernes ont toujours du mal à prendre le pas sur ces institutions dans le contrôle des soins avant, pendant et après l'accouchement. La faible utilisation des services de consultation natale (59% en 2009) et les contraintes à l'application de la référence obstétricale ont été des objets concrets de mesure de la résistance sociale à l'offre biomédicale de soins maternels. Les statistiques sanitaires ont fait état de près de 50% de demande de soins obstétricaux non exprimée et non satisfaite. De nombreux cas de décès sont survenus dans les maternités périphériques dus aux difficultés dans les processus sociaux de décision de la référence décidée par les agents de santé. Dans ces processus sociaux, les acteurs en arrière plan de l'enfantement (parents, leaders sociaux, tradithérapeutes, etc.) sont souvent socialement et géographiquement

éloignés des espaces biomédicaux qui gèrent l'urgence obstétricale. Le temps de communication entre ces acteurs est souvent trop long ; laissant mourir la parturiente dont la vie pourrait être sauvée.

- 8 Malheureusement, affaiblies par les différentes influences sociales (école, religions révélées, médias, etc.), ces institutions de gestion de l'enfantement apparaissent socialement et techniquement incapables de contenir et de régler le mal de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, la maternité, à la fois dans son état traditionnel et moderne, demeure toujours morbide et mortelle. L'annuaire statistique de la Zone Sanitaire de Tanguiéta présente de nombreux cas de décès à l'intérieur même de ces maternités.
- 9 L'Etat et ses institutions d'encadrement et d'offre de soins maternels, peu connectés aux réalités socioculturelles dans la programmation et dans l'application, s'avèrent constamment dépendants des agences des Nations Unies et des autres partenaires privés, producteurs de stratégies le plus souvent d'ordre idéologique et militant. Les exemples de la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale et de l'Initiative Femme pour Femme, respectivement élaborées au Ministère de la Santé et à la Zone Sanitaire, révèlent le rendez-vous manqué dans la rencontre programmée entre usagers des maternités et offre de soins dans la planification sanitaire. D'une part, les pratiques sociales morbides et mortelles dans l'espace social ne sont pas considérées et, d'autre part, les stratégies opérationnelles de soins proposées dans ces initiatives ne sont pas pertinentes au regard des normes de pratiques matérielles dans la maternité biomédicale et des normes sociales dans la maternité populaire.
- 10 La maternité en territoire de la Pendjari, avec ses multiples acteurs en négociation permanente, est continuellement conflictuelle et souvent détournée de sa mission d'accompagner la naissance sécurisée pour les femmes et les enfants. Elle empile régulièrement des stratégies tout en chassant constamment ses premiers bénéficiaires et en mettant les enjeux sanitaires en arrière-plan. Alors que dans le contexte social les hommes et même les géniteurs directs sont éloignés de la gestion de la grossesse et de l'accouchement, c'est l'ensemble de ces acteurs directs et de leurs dépendants sociaux qui sont exclus des cadres programmatiques de la maternité biomédicale.
- 11 À l'issue de cette recherche, il nous semble que pour tendre vers une « Maternité Sans Risques » aussi bien dans les espaces traditionnels que modernes, il faudra chercher et comprendre comment, dans la nébuleuse des institutions qui les gèrent dans ces deux registres, les femmes devront renforcer leurs positions légitimes dans la négociation pour l'orientation des soins obstétricaux essentiels et d'urgence. Il conviendrait alors pour poursuivre cette recherche d'étudier les conditions effectives de lecture du risque obstétrical dans l'environnement social des femmes.

AUTEUR

EMMANUEL N. SAMBIENI

Université de Parakou, Bénin