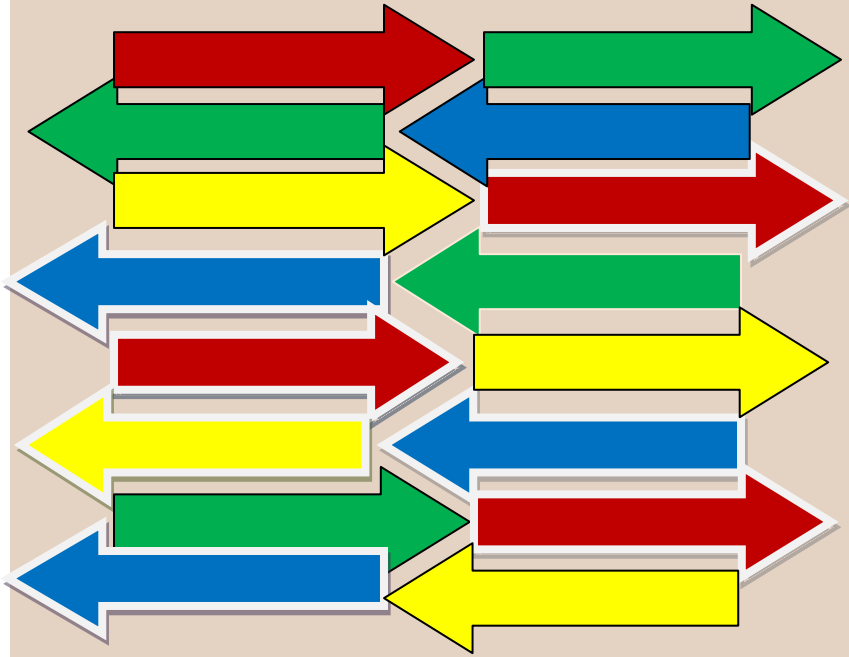


ISSN : 2310-3329

REVUE DE PHILOSOPHIE, LITTÉRATURE ET SCIENCES HUMAINES

ÉCHANGES



VOLUME 3 : SCIENCES HUMAINES

REVUE SEMESTRIELLE VOLUME 3 N° 011 décembre 2018
LOMÉ-TOGO

REVUE DE PHILOSOPHIE, LITTÉRATURE ET SCIENCES HUMAINES

ÉCHANGES

VOLUME 3 : SCIENCES HUMAINES

Volume 3, N° 011 décembre 2018

**Laboratoire d'Analyse des Mutations Politico-juridiques,
Économiques et Sociales (LAMPES)
Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société
Université de Lomé
01 BP 1515 Lomé**

ISSN 2310-3329

ADMINISTRATION ET RÉDACTION DE LA REVUE

Revue de Philosophie, Lettres et Sciences humaines de la Faculté des Sciences de l'Homme et de la
Société, Université de Lomé (Togo)
Revue créée en 2013

Directeur de publication : Pr Octave Nicoué BROOHM

Coordinateur de Rédaction : Pr Robert DUSSEY

Secrétariat de rédaction :

Coordinateur du secrétariat de rédaction : Bilina Iba BALLONG, Maître de conférences

Coordinateur Adjoint du secrétariat de rédaction : Kokou GBEMOU, Maître de conférences

Membre du secrétariat de rédaction : Roger FOLIKOUE, Bilakani TONYEME, Charles-Grégoire Dotsè ALOSSE, Bantchin NAPAKOU, Yawo AMEWU, Koffi AGNIDE, Komlan AZIALE

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Koutchoukalo TCHASSIM

Pr Serge GLITHO

Pr Komla NUBUKPO

Pr François D. GBIKPI

Pr Laurence FAVIER

Pr Doh Ludovic FIÉ

COMITÉ DE LECTURE

Pr Yaovi AKAKPO (Université de Lomé)

Pr TCHAMIE Thiou (Université de Lomé)

Pr Komi KOSSI-TITRIKOU (Université de Lomé)

Pr Essè AMOUZOU (Université de Lomé)

Pr Cyrille KONE (Université de Ouagadougou 1)

Pr Pierre NAKOULIMA (Université de Ouagadougou 1)

Pr Mahamadé SAVADOGO (Université de Ouagadougou 1)

Pr Augustin DIBI (Université de Cocody, Abidjan)

Pr Kazaro TASSOU (Université de Lomé)

Pr Adovi GOEH-AKUE (Université de Lomé)

Pr Koffi AKIBODE (Université de Lomé)

Pr Yao DJIWONOU (Université de Lomé)

Pr Laurence FAVIER (Université Lille 3)

Pr Doh Ludovic FIÉ (Université de Bouaké)

Pr Widad MUSTAFA EL HADI (Université Lille 3)

Pr Atafeï PEWESSI (Université de Lomé)

Pr Issiaka KONÉ (Université de Bouaké)
Pr Essoham ASSIMA-KPATCHA (Université de Lomé)
Pr Robert DUSSEY (Université de Lomé)
Pr Tamasse DANIOUE (Université de Lomé)
Pr Essodina K. PERE-KEWEZIMA (Université de Lomé)
Pr Komlan E. ESSIZEWA (Université de Lomé)
Pr Thiémélé L. Ramsès (Université de Cocody, Abidjan)
Pr Jean-Gobert TANOI (Université de Bouaké)
Pr Rubin POHOR (Université de Bouaké)
Pr Henri BAH (Université de Bouaké)
Pr Antoine KOUAKOU (Université de Bouaké)
Pr Tchégnon ABOTCHI (Université de Lomé)
Pr Wonou OLADOKOUN (Université de Lomé)
Pr Aklesso ADJI (Université de Lomé)
Pr Dossou GBENOUGA (Université de Lomé)
Pr Kokou ALONOU (Université de Lomé)
Pr Nicoué BROOHM (Université de Lomé)
Pr Edinam KOLA (Université de Lomé)
Lalle Richard LARE, Maître de Conférences (Université de Lomé)
Lare KANTCHOA, Maître de conférences (Université de Kara)
Komlan KOUZAN, Maître de conférences (Université de Kara)
Padabô KADOUZA, Maître de conférences (Université de Kara)
Donissongui SORO, Maître de conférences (Université de Bouaké)
Souleymane SANGARÉ Maître de conférences (Université de Bouaké)
N'goran François KOUASSI, Maître de recherche (Université de Bouaké)
Brou Émile KOFFI, Maître de conférences (Université de Bouaké)
Afiwa Pépvi KPAKPO, Maître de conférences (Université de Lomé)
Mike MOUKALA NDOUMOU, Maître de conférences (Université Omar Bongo, Libreville)
Komi KOUVON, Maître de conférences (Université de Lomé)
Gbati NAPO, Maître de conférences (Université de Lomé)
Komlan AVOUGLA, Maître de conférences (Université de Lomé)
Folligan HETCHELI, Maître de conférences (Université de Lomé)
Koffi Messan Litinmé MOLLEY, Maître de conférences (Université de Lomé)
Mawusse Kpakpo AKUE-ADOTEVI, Maître de conférences (Université de Lomé)

Secrétaire : Rahima BOUKARI

Éditeur : Laboratoire d'Analyse des Mutations Politico-juridiques, Économiques et Sociales (**LAMPES**), Université de Lomé.

Mail : lampes.ul@gmail.com

Site : www.lampes-ul.org

Contact

- Adresse : Revue *Échanges*, Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Lomé, 01 BP : 20459, Lomé-Cité, Togo.
- Tel : 90063972 ; 90844484 ; 90142268 (Uniquement pour les renseignements)
- Mail : revueechanges@gmail.com

SOMMAIRE

SOMMAIRE	15
SCIENCES HUMAINES	543
CONCEPTIONS ET GESTION DES ORDURES À ASSÔKÔ (SUD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE), XVII ^E -XVIII ^E SIÈCLES, ADJÉ SÉVERIN ANGOUA (UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY D'ABIDJAN – RCI).....	545
SAVOIRS LOCAUX ET SUIVI PRENATAL DANS LA ZONE SANITAIRE ALLADA-TOFFOZE (SUD BENIN), ROGER AYÉLODJOU ATCHOUTA, AZIZOU CHABI IMOROU, (UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI – BÉNIN), YVETTE ONIBON DOUBOGAN (UNIVERSITÉ DE PARAKOU – BÉNIN), ALBERT TINGBE-AZALOU (UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI – BÉNIN).....	557
LA CONTRIBUTION DE MADELEINE PERE DANS LA COLLECTE DES ARCHIVES COLONIALES DU CERCLE DE GAOUA DE 1902-1957 (HAUTE-VOLTA), BOUBIÉ BAZIE (UNIVERSITÉ PROFESSEUR JOSEPH KI-ZERBO DE OUAGADOUGOU – BF)	580
LES ESPACES MARÉCAGEUX, ENTRE DYNAMIQUE DE L'HABITAT ET PRATIQUE DU MARAICHAGE INTRA-URBAIN À DALOA (CENTRE-OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE), GBITRY ABEL BOLOU, EGUE ALPHONSE CHARLES TROTSKY MEL (UNIVERSITÉ JEAN LOROUGNON GUÉDÉ DE DALOA – RCI), KOUASSI INNOCENT KANGA (UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA DE BOUAKÉ – RCI).....	596
LES DYNAMIQUES EXPLICATIVES DU RADICALISME ET DE L'EXTRÉMISME VIOLENTS EN AFRIQUE, THÉLESPHORE TOLITON DIKPO (UNIVERSITÉ D'ABOMEY CALAVI – BÉNIN).....	615
BALAFON ET RELIGION AU BURKINA FASO. DU RAPPORT DE L'INSTRUMENT AUX PRATIQUES RELIGIEUSES DE LA SOCIÉTÉ GOIN DANS LES COMMUNES DE BANFORA ET DE NIANGOLOKO, TIONYÉLÉ FAYAMA, VALÉRIE CLAUDINE OUEDRAOGO/ROUAMBA, AIMÉ DÉSIRÉ HEMA (UNIVERSITÉ PR JOSEPH KI-ZERBO DE OUAGADOUGOU – BF)	635
GESTION PARTICIPATIVE DE LA FORÊT CLASSÉE DE WOUTO À AVETONOU AU SUD-TOGO : RÉUSSITE OU ÉCHEC ?, KOKOU MAWULIKPLIMI GBEMOU (UNIVERSITÉ DE LOMÉ – TOGO)	651
ASCENSION POLITIQUE DES ÉLITES DU BÉNIN PRÉ-DÉMOCRATIQUE : HISTORICITÉ ET ITINÉRAIRES SOCIOLOGIQUES, PATRICK HINNOU (UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI - BÉNIN)	664
DÉTERMINANTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE LA VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS DES ZONES À RISQUES HYDROMÉTÉOROLOGIQUES DE KORHOGO AU NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE, ARSÈNE KADJO, FERDINAND ADJA VANGA, SÉGBÉ GUY ROMARIC BALLE, SERGES FIDÈLE ASSOUMAN (UNIVERSITÉ PELEFORO GON COULIBALY DE KORHOGO – RCI).....	682
ANALYSE DE L'EFFET DES DÉPENSES DE SCOLARISATION SUR LA RÉUSSITE SCOLAIRE DANS LES MÉNAGES AGRICOLES RURAUX DES COMMUNES DE NIKKI ET DE N'DALI, ABDUL-RAZAK KOTCHONI, ESTHER OGOUNIYI ADIMI, JACOB A. YABI (UNIVERSITÉ DE PARAKOU – BÉNIN).....	701
ACTIVITÉS MINIÈRES, CONFLITS ET DÉVELOPPEMENT SOCIOÉCONOMIQUE EN MILIEU RURAL IVOIRIEN : ÉTUDE DES CAS DE TONGON DANS LA SOUS-	

PRÉFECTURE DE N'BENGUÉ, ITY À ZOUAN HOUNIEN ET AGBAHOU À DIVO, AMANI AUGUSTIN KOUADIO (UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY D'ABIDJAN – RCI).....	715
LES MOTOTAXIS DANS LES STRATÉGIES D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE DES JEUNES EN CÔTE D'IVOIRE, ROBERT G. LOBA, VINCENT D. DIBI, NABINDOU KONE (UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA DE BOUAKÉ – RCI)	731
DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGES DU FRANÇAIS DES ÉLÈVES DU CM2 DES INSPECTIONS DE L'ENSEIGNEMENT PRÉSCOLAIRE ET PRIMAIRE DE LOMÉ, KOSSI LODONOU (UNIVERSITÉ DE LOMÉ - TOGO)	745
QUAND L'ÉMOTION INFLUENCE LE PROCESSUS DE COMPRÉHENSION, FAUSTIN MOUNGUENGUI (UNIVERSITÉ OMAR BONGO DE LIBREVILLE – GABON)	764
EFFET DU STATUT VISUEL ET DES PROCÉDURES TACTILES SUR LA RECONNAISSANCE D'OBJETS CHEZ LES SUJETS DÉFICIENTS VISUELS ET VOYANTS, LOUIS ANGE ONKEREKAKOULA (UNIVERSITÉ OMAR BONGO DE LIBREVILLE – GABON).....	779
APPORT DE L'UNIVERSITÉ PELEFORO GON COULIBALY DE KORHOGO DANS LE DÉVELOPPEMENT URBAIN, ANOUMAN YAO THIBAUT OUSSOU, TCHAN ANDRÉ DOHO BI, GRAH FELIX BECHI (UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA DE BOUAKÉ – RCI),.....	791
EXCLUSION FINANCIÈRE ET STRATÉGIES DE RÉSILIENCE DES FEMMES DE L'ASSOCIATION VILLAGEOISE D'ÉPARGNE ET DE CRÉDIT, WEBEHESON, DE SOAKPE-DOUEDY (CÔTE D'IVOIRE), RUBIN POHOR (UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA DE BOUAKÉ – RCI).....	807
RATIONALITÉS SOCIALES ET ENJEUX DE LA NON-OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES DIABÉTIQUES DU CENTRE ANTIDIABÉTIQUE D'ABIDJAN (CADA) EN CÔTE D'IVOIRE, KANDO AMÉDÉE SOUMAHORO (UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY D'ABIDJAN – RCI).....	827
LA PROBLÉMATIQUE DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DANS UN CONTEXTE D'INSÉCURITÉ ET DE RÉTRÉCISSEMENT DU LAC TCHAD, JIM NAREM BOUYO KWIN, AMANE TATOLOUM (UNIVERSITÉ DE N°DJAMENA –TCHAD).....	845
LE PROGRAMME D'URGENCE ET LES MUTATIONS SOCIOÉCONOMIQUES AU NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE (1974-1980), BEN SOUALIOUO MEITE, BAKARY TRAORE, GNOPOH JULIEN PREGNON (UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY D'ABIDJAN – RCI)	867
ANALYSE DES PARADOXES DE L'IMPLICATION DES ÉLUS LOCAUX DANS LA GOUVERNANCE DE L'ÉCOLE AU MALI (CAS DANS LES COMMUNES DE OUATAGOUNA, MARKALA, SAN ET COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO), IDRISSE SOÏBA TRAORE (UNIVERSITÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES DE BAMAKO – MALI)....	886
ZONES DE PRÉVALENCE ENDÉMIQUE ET MÉTHODES DE CORRECTION DE LA FLUOROSE DENTAIRE DANS LES COMMUNES DE DASSA-ZOUME ET DE GLAZOUE, JEAN BOSCO KPATINDÉ VODOUNOU' ODETTE KOGBÉ DASSI (UNIVERSITÉ DE PARAKOU – BÉNIN)	904

SAVOIRS LOCAUX ET SUIVI PRENATAL DANS LA ZONE SANITAIRE ALLADA-TOFFO-ZE (SUD BENIN), Roger Ayélodjou ATCHOUTA, Azizou CHABI IMOROU, (Université d'Abomey-Calavi – Bénin), Yvette ONIBON DOUBOGAN (Université de Parakou – Bénin), Albert TINGBE-AZALOU (Université d'Abomey-Calavi – Bénin)
dirogo1980@yahoo.fr, ciazizou@yahoo.fr, yvette.onibon@gmail.com,
blenu2013@hotmail.com

Résumé

Le système de santé maternelle et infantile, est confronté à de nombreuses contraintes malgré les efforts consentis par l'Etat et les différents partenaires au développement (FNUAP¹, 2010). Les programmes de santé n'ont pas toujours tenu compte de l'importance de certains facteurs, tels que les perceptions culturelles qui rendent compte de la dimension sociale, culturelle et symbolique de la grossesse et des complications obstétricales. La présente étude de type socio-anthropologique a été menée en 2015 dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè, au Sud du Bénin. L'objectif global de cette étude est d'analyser les effets des savoirs locaux sur le suivi des consultations prénatales. L'analyse des résultats révèle que des représentations socioculturelles et des itinéraires thérapeutiques empruntés par les femmes dans la gestion de leur grossesse impactent le processus régulier des consultations prénatales dans cette zone. Elle met également en exergue l'inexistence d'un mécanisme communautaire fonctionnel pour accompagner la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, l'absence d'une franche collaboration entre les femmes enceintes et le personnel de santé puis la qualité des soins de santé. Ce qui traduit la récurrence du faible recours aux consultations prénatales par les femmes enceintes.

Mots clés : Savoirs locaux, consultation prénatale, zone sanitaire, suivi prénatal, santé maternelle et néonatale, Sud-Bénin.

LOCAL KNOWLEDGE AND PRENATAL MONITORING IN THE HEALTH ZONE ALLADA-TOFFO-ZE (SOUTH BENIN)

Abstract

The maternal and child health system faces many constraints despite the efforts of the State and the various development partners (UNFPA, 2010). Health programs have not always take into account the importance of certain factors, such as cultural perceptions that reflect the social, cultural and symbolic dimensions of pregnancy and obstetric complications.

The current socio-anthropological study was conducted in 20A5 in the Allada-Toffo-Zè health zone in southern Benin. The overall objective of this study is to

¹ Fonds des Nations Unies pour la Population

analyze the effects of local knowledge on the follow-up of prenatal consultations. The analysis of the results reveals that socio-cultural representations and therapeutic routes taken by women in the management of their pregnancy impact the regular process of prenatal consultations in this area. It also highlights the lack of a functional community mechanism to support the fight against maternal and neonatal mortality, the lack of open collaboration between pregnant women health staff then the quality of health care. This reflects the recurrence of the low use of antenatal care by pregnant women.

Keywords: Local knowledge, prenatal consultation, health zone, antenatal care, maternal and neonatal health, South Benin.

Introduction

La mortalité maternelle demeure un défi majeur de santé publique dans les pays du Sud dans la mesure où la fréquence du phénomène a des conséquences majeures sur les aspects sociaux, économiques et sanitaires de la société (C.Ronsmans, 2009). L'absence d'une mère réduit considérablement les possibilités d'épanouissement et de développement des enfants et peut conduire à l'effritement de la cohésion familiale (M. Gueye, 1996). La situation de la mortalité maternelle, infantile et néonatale demeure une préoccupation constante, particulièrement en Afrique Subsaharienne. Au Bénin, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2012) estiment la mortalité maternelle au ratio de 397 décès maternels pour cent mille naissances vivantes. De même, la mortalité néonatale s'élève à trente deux décès pour mille (32/1000) naissances vivantes. Pendant longtemps, les programmes de santé ont sous-estimé la dimension sociale, culturelle et symbolique de la grossesse. L'expérience de la maternité chez la femme offre l'occasion d'apprécier l'importance de la multidisciplinarité dans l'analyse de la réalité sociale notamment dans les sociétés africaines (B.Jacques, 2007). L'idée selon laquelle l'irrégularité des suivis prénataux dépend des représentations culturelles et des revenus des ménages qui d'ailleurs, amènent les gestantes à adopter plusieurs itinéraires thérapeutiques reste déterminante (C.Herzlich, 1984).

L'objectif global de de la présente étude est d'analyser les effets des savoirs locaux sur le suivi des consultations prénatales. Elle met ainsi en exergue l'expérience difficile du recours aux soins prénatals en milieu rural par les femmes surtout dans un contexte d'interactions complexes où la femme n'a pas "droit à la parole". Dans ces conditions, une analyse holistique est nécessaire pour comprendre non seulement l'importance des référents culturels liés à la grossesse et à l'utilisation tardive aux formations sanitaires par les femmes mais aussi pour apprécier les limites du pouvoir biomédical sur les femmes enceintes.

Cet article vise à appréhender la perception des acteurs sociaux sur la grossesse, sur les soins prénatals et sur les itinéraires thérapeutiques des gestantes. Les déterminants socio-culturels (rites, mythes, discours, systèmes de perception, référents sociaux) liés à la maternité, les interactions sociales que la femme enceinte entretient et les pratiques sociales qu'elle opère du fait de la grossesse, se situent dans un pluralisme médical qui peut compromettre la santé maternelle en milieu *Aïzo*² (J. Aguié-Daho, 2013). Or, dans un secteur comme celui de la santé, l'utilisation des services de santé modernes'inscrit dans une dimension utilitariste et s'appuie sur l'efficacité thérapeutique, la sécurité et la satisfaction des besoins de santé des populations (C. Baxerres, 2010). Les discours normatifs par rapport à l'articulation entre la demande et l'offre en matière de délivrance de services de santé maternelle laissent éclore des questions d'approche santé-développement. L'utilisation et le recours aux services de santé sont le résultat d'un processus allant de la reconnaissance du besoin de santé à la satisfaction de ce dernier (A. J. Koné, 2002). De même, l'EDS (2012) révèle que, 86% des femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente. Par ailleurs, on observe un écart important selon les milieux de résidence car les femmes vivant en milieu urbain (91%) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (82%). En outre, les femmes non instruites (82%) ont moins bénéficié que les autres de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion passe à 98% chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire du second cycle ou plus. Malgré ce taux de fréquentation, des pratiques culturelles restent prégnantes et compromettent la régularité des consultations prénatales (CPN) dans cette zone.

Il importe donc de comprendre comment les normes socialement admises peuvent-elles influencer la régularité des consultations prénatales et partant, mesurer les effets qu'elles peuvent engendrer? La compréhension de ce questionnement permettra non seulement de cerner la perception sociale et culturelle autour de la grossesse et des soins prénatals mais aussi d'analyser l'interaction entre agents de santé et femmes gestantes et de dégager les itinéraires thérapeutiques suivis dans la prise en charge de la grossesse. Pour y arriver, la démarche méthodologique suivante a été adoptée.

1. Cadre de l'étude et approche méthodologique

1.1. Monographie du cadre d'étude

Située au sud Bénin dans le département de l'Atlantique, la commune de Zê, d'une superficie de 653km², est à 50km de Cotonou. Elle fait partie de la zone sanitaire Allada-Toffo-Zê. Sa population est dominée par le groupe ethnique «

² Groupe ethnique vivant au Sud Bénin.

Aïzo » Elle compte 11 arrondissements et 73 villages et quartiers de ville avec une population de 106 962 habitants dont 55 370 femmes (INSAE / RGPH, 2013).

Sur le plan sanitaire, la commune de Zê dispose d'un (01) Centre Communal de Santé (CSC), de dix (10) Centres de Santé d'Arrondissement (CSA), d'un (01) Centre Confessionnel, de sept (07) cabinets privés et d'une (01) Unité Villageoise de Santé. Le personnel soignant qualifié demeure en nombre insuffisant car pour toute la commune, il n'existe qu'un (01) seul médecin, treize (13) Infirmiers d'État onze (11) sage-femmes et 24 Aide-soignants. Cependant, diverses difficultés se posent en termes de qualité du service offert aux populations, de fréquentation des centres de santé, du mauvais accueil, de désertion des centres de santé par les agents et de l'automédication moderne et traditionnelle par les populations.

1.2. Matériels et méthodes

La démarche méthodologique adoptée dans le cadre de cette recherche est descriptive et analytique. Les données exploitées proviennent de la revue documentaire puis des investigations en milieu réel sur les principaux acteurs concernés par la recherche.

1.2.1. Échantillonnage et collecte de données

Trois arrondissements ont été circonscrits au niveau de la commune de Zê pour la collecte des données. Ainsi, un tirage stratifié au premier degré a été effectué pour sélectionner les trois arrondissements dont un arrondissement chef-lieu de la commune, un périurbain et un rural. De même, un tirage aléatoire au second degré a été réalisé pour sélectionner les deux centres de santé d'arrondissement (CSA) et un centre de santé communal (CSC). Ces deux sites ont constitué le lieu d'investigation pour l'enquête auprès des femmes gestantes. Au niveau de chaque arrondissement, le quartier de ville ou le village abritant le centre a été retenu par tirage aléatoire simple. L'étude a donc couvert trois arrondissements et trois quartiers de ville/village.

1.2.2. Sites d'investigation de la recherche

Tableau 1 : Sites d'investigation de la recherche

Zone sanitaire	Commune	Arrondissement	Centres de santé	Quartiers /Villages	Type de milieu
Allada-Toffo-Zê	Zê	Zê	Communal	Zê centre	urbain
		Adjan	arrondissement	Adjan centre	périurbain
		Dodji Bata	arrondissement	Dodji -Bata	rural

Source : Données d'enquête, 2015.

1.2.3. Collecte de données proprement dite

L'enquête s'est déroulée du 5 au 20 septembre 2015. Divers outils de collecte (questionnaires, guides d'entretien individuel et de groupe, grille d'observation ont été conçus sur la base des objectifs et des hypothèses de l'étude. Le recueil d'information auprès des différents acteurs est fait au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées et de discussions de groupe. L'entrevue personnelle en face-à-face a été privilégiée, en raison du fait qu'elle permet de clarifier les réponses, d'obtenir des réactions spontanées et de contrôler l'ordre des questions (R. Pineault, 1995). La discussion de groupe est, quant à elle, une technique efficace pour explorer des thématiques peu connues ou pour récolter des opinions (D-E. Bender, 1994).

Au total, 103 personnes ont été interrogées dont 79 femmes enceintes (primipares³ et multipares⁴). Par contre, certains acteurs clés sont retenus de façon raisonnée pour les entretiens qualitatifs en respectant le principe de saturation. Le tableau ci-dessous donne plus de précisions sur les cibles et les outils de collecte utilisés.

Tableau 2: Répartition des cibles par type d'outils de collecte

N°	Type d'outils	Cibles à enquêter	Nombre d'interviews	Nombre de participants	Total
1	<i>Guides d'entretien Individuel</i>	Aides-soignants, Sages-femmes Gynécologues/Pédiatres Tradithérapeutes Chefs traditionnels et religieux Elus locaux Responsables sectoriels de la santé Membres COGEA ⁵ /COGEC ⁶	18	18	18
2	<i>Guide d'entretien de</i>	Epoux femmes enceintes	6	6	6

³ Femme ayant accouché pour la première fois

⁴ Femme ayant accouché plus d'une fois

⁵ Comité de Gestion de la santé au niveau de l'Arrondissement

⁶ Comité de Gestion de la santé au niveau de la Commune

<i>groupe</i>	Femmes enceintes			
3 <i>Questionnaires</i>	Femmes enceintes	79	79	79
Total		103	103	103

Source : Données de terrain, 2015.

1.2.4. Traitement et analyse des données

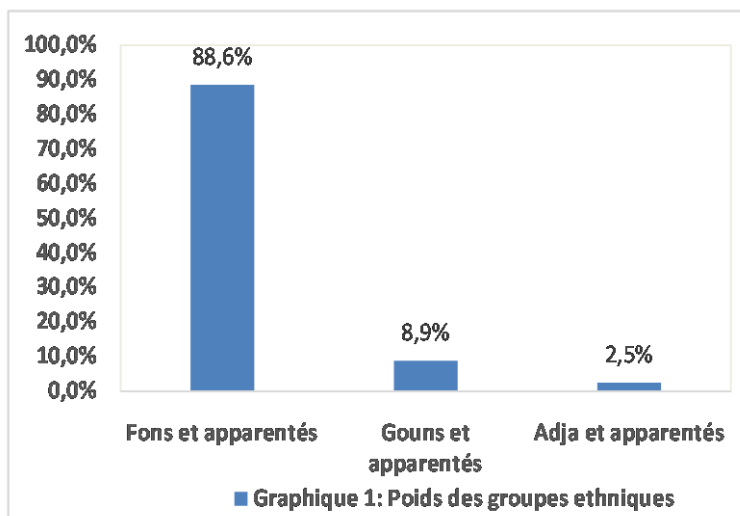
L'analyse des données a été faite par combinaison des approches descriptive, structurale et l'analyse du contenu des discours des différents acteurs.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et leur niveau d'instruction

L'enquête par questionnaire a permis de couvrir un échantillon de 79 femmes âgées de 18 à 50 ans dont 75% ont moins de 31 ans. Il s'agit donc de femmes relativement jeunes réparties par ordre d'importance en trois groupes ethniques, à savoir "Fons et apparentés", "Gouns et apparentés" et "Adja et apparentés". Le premier groupe est dominant et représente à lui seul 88,6% de la taille de l'échantillon contre 11,4% pour les deux autres.

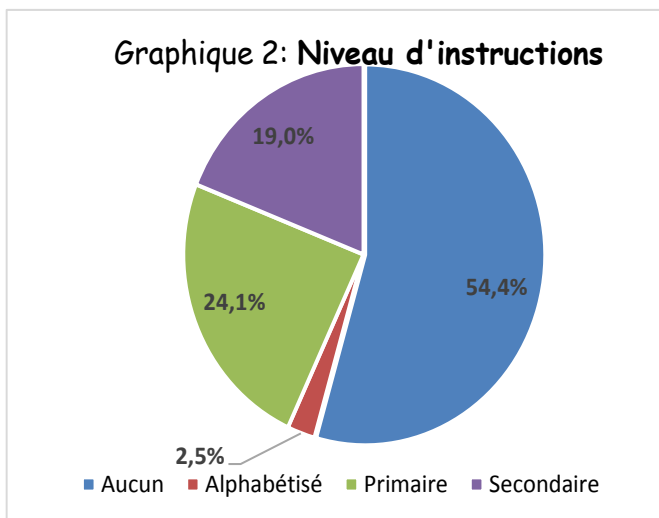
Le graphique ci-après renseigne davantage sur le poids de chaque groupe ethnique.



Source : Données de terrain, 2015

En termes de niveau d'instruction, les femmes enquêtées présentent un profil varié. Plus de la moitié d'entre elles, soit 54,4% ont déclaré être non instruites, 24,1% ont le niveau d'études primaires, 19%, le niveau secondaire et 2,5% seulement sont alphabétisés. En outre, la quasi-totalité des femmes de l'échantillon, soit 97,5% d'entre elles sont mariées contre 2,5% seulement qui sont veuves ou sans conjoint.

Le graphique ci-après fait un récapitulatif du profil du niveau d'instruction observé.



Source : Données de terrain, 2015.

Au plan religieux, il a été observé que 93,7% des femmes d'obédience chrétienne. L'échantillon comprend également des femmes animistes dans une proportion de 5% et des femmes musulmanes pour 1,3% seulement.

2.2. Recours thérapeutiques évoqués en cas de maladie par les enquêtés

Les résultats obtenus indiquent que les enquêtés ont recours à différents modes de traitement pour recouvrer leur santé. Le mode de traitement dépend essentiellement des croyances religieuses et des considérations économiques. Par ailleurs, les recours thérapeutiques fréquemment adoptés en cas de maladie sont soit les soins modernes, soit la médecine traditionnelle soit l'automédication, soit la prière. Face aux principales affections évoquées par les enquêtés, leur avis sur chaque mode adopté montre que 40% des femmes non instruites interrogées ont recours aux soins traditionnels, 36 % des femmes instruites utilisent les soins

modernes, 14 % l'automédication et 10 % pour d'autres modes adoptés (toutes catégories de femmes). Cette situation peut s'expliquer par plusieurs raisons : les communautés n'ont pas une entière confiance aux agents de santé et à l'efficacité des différentes prestations offertes.

Les données qualitatives montrent également le pluralisme des itinéraires thérapeutiques pour la prise en charge des affections liées aux grossesses. La plupart des gestantes combinent les différents modes supra évoqués comme l'exprime le témoignage ci-après :

Je suis une femme enceinte, Je prie régulièrement pour la protection de ma grossesse. Néanmoins, je vais aussi régulièrement au centre de santé pour faire mes consultations prénatales pour éviter les complications à l'accouchement (Femme enceinte, instruite, revendeuse, 33 ans, Adjan centre).

Oui, j'ai appris qu'il y a une collaboration entre les deux médecines mais ce n'est pas légion. Donc même avant que la femme n'aille à l'hôpital pour accoucher, il y a des tisanes, des plantes pour faciliter l'accouchement. Donc, on ne laisse pas tout à la médecine moderne. Moi, par exemple, la fois passée, avant que ma femme n'aille là bas, j'ai préparé certaines plantes. Elle a bu ce qui a fait qu'arrivée là bas, 15 minutes après, elle a accouché sans difficulté. Ce sont mes parents et mes beaux parents qui me les ont conseillés. C'est mieux d'être mixte. Vous savez la médecine traditionnelle, c'est ce que nos aïeux nous ont légué. Mais pourquoi on continue de se fier à la médecine traditionnelle malgré les avancées de la médecine moderne. Au temps de mes parents, il n'y avait pas la médecine moderne, c'est à la maison qu'on accouchait. Ce sont nos parents qui sont les agents accoucheurs. C'est à l'aide des plantes qu'ils font tout cela. C'est pourquoi, on continue de faire cela (Tradithérapeute, 45 ans, Dodji Bata).

2. 3. Leadership et pouvoir décisionnel en matière de prise en charge des problèmes de santé au sein de la famille

Les données recueillies montrent globalement qu'au sein de la famille, la prise en charge des problèmes de santé des membres du ménage en général et celle de la femme enceinte incombe prioritairement au mari qui est souvent le chef de ménage.

La décision est souvent prise par le mari. La belle-mère peut intervenir mais la décision finale appartient à l'homme car, en cas de problème, s'il n'est pas au courant, cela crée des tensions ». (Femme gestante, alphabétisée, coiffeuse, 20 ans, Ze centre).

Cette opinion est largement partagée par l'ensemble de la population enquêtée en ce sens que, c'est l'homme (chef de ménage) qui est le garant de l'état de santé des membres de son ménage. De même, elles admettent que les hommes ont de rôles actifs dans le traitement des maladies (promotion des soins) des membres de la famille et une influence décisive, en tant que « maîtres », sur les rôles et responsabilités des femmes par le pouvoir de contrôle des activités et de

prise de décisions. Elles estiment que l'accès aux ressources pour la protection sanitaire et leur contrôle est plus favorable aux hommes qu'aux femmes. Toutes ces pratiques semblent avoir une influence directe sur la décision des femmes de recourir aux soins prénatals et leur absence en milieu sanitaire qui représente un obstacle par conséquent à l'utilisation des soins. Dans la sphère domestique, on note que la femme contribue à l'ascension sociale du mari bien que le processus de négociation et de décision de recourir aux soins s'inscrit dans une situation de précarité et d'asymétrie dans les rapports de genre.

2.4. Construits socioculturels autour de la grossesse et du suivi prénatal

2.4.1. L'appellation de l'état de grossesse en milieu Aïzo

En milieu Aïzo, l'état de grossesse est associé à diverses traductions. Ces traductions sont employées à la fois dans un style direct et dans un style indirect. Lorsque l'état de grossesse est désigné de façon directe, on utilise l'expression « *ho* » (grossesse). Dans le style indirect, l'expression consacrée est « *ho-non* » (porteuse de grossesse ou femme enceinte). Cette dernière appellation montre que la femme est celle qui porte la grossesse mais la gestion de cette grossesse relève du droit exclusif de l'époux.

Les représentations populaires dans chaque culture sont les représentations largement partagées par lesquelles les différentes réalités sont dites et décrites, au sein de la grande majorité de la population, telles que l'on peut facilement les identifier ou les solliciter dans les discours de tout un chacun. (J.-P. Olivier de Sardan, 1999).

2.4.2. Perceptions culturelles et croyances locales autour de la grossesse

Pour les femmes enceintes et certaines personnes clés (maris, belles-mères, beaux-pères, belles-tantes, autorités religieuses, etc.), la grossesse est une chose sacrée qui est soumise à des interdits qui varient d'un groupe socio-culturel à un autre, d'une religion à une autre. Certaines femmes la cachent jusqu'à ce qu'elle soit évidente parce que pour elles, c'est un risque de faire connaître son état de grossesse très tôt. Selon elles, les sorcières peuvent leur jeter de mauvais sorts qui entraveraient la santé du bébé ou de sa mère. On note que la grossesse est auréolée de bonnes opinions. Chaque acteur lui accorde une valeur privilégiée même si elles varient d'un individu à un autre. Toutes les opinions convergent pour entourer la grossesse de mythe et pour la protéger contre tout danger qui pourrait compromettre le processus de son aboutissement. Les chrétiens font par exemple foi à la prière pour la protéger alors que les adeptes des religions endogènes se réfèrent aux fétiches et idoles. Certaines catégories de gestantes portent des talismans à la hanche, au cou ou au poignet pour se mettre à l'abri de tout problème.

Mais de façon générale, ces communautés pratiquent le syncrétisme religieux pour préserver la santé du fœtus et de sa porteuse. La plupart des femmes enceintes utilisent les tisanes et autres produits traditionnels concomitamment avec les médicaments obtenus au niveau des centres de santé à la suite des CPN.

Moi en tant que chrétien, je me réfère à la prière pour assurer la protection de la grossesse de ma femme. Ce qui est sûr, beaucoup de gens surtout les illettrés se contentent des produits traditionnels (des feuilles et racines) si bien qu'avec 700 francs, ils réussissent à garantir la santé alors que les lettrés ont peur et envoient leur femme au centre de santé où ils dépensent beaucoup d'argent. Pendant que vous dépensez 12000F ou 15000F au centre de santé, les gens ont déjà réglé le problème avec 700F. Certains mettent leur grossesse sous la protection de leur fétiche et ne vont pas au centre de santé. Une grande partie de la population fait foi aux pratiques traditionnelles (fétiche, idole). C'est ce qui justifie souvent des ceintures à la hanche ou au poignet pour se protéger... Il y a une feuille appelé « *Desséré man*⁷ » qu'on conseille aux femmes enceintes ici de prendre. Cette feuille est très efficace pour protéger les grossesses surtout contre le paludisme. Tout le monde l'utilise dans le village, même celles qui font régulièrement les consultations à l'hôpital, même les femmes des fonctionnaires. (Directeur d'école, 47 ans, Zê centre).

2.4.3. Facteurs associés au suivi régulier de la grossesse

Les déclarations des femmes enquêtées au sujet des représentations socio-culturelles liées aux consultations prénatales sont diverses. Fondamentalement, il est à noter entre autres la négligence, l'ignorance et le manque d'argent. Plus des trois quarts (76,3%) des femmes ont évoqué ces raisons. Par ailleurs, elles ont aussi cité des raisons qui peuvent favoriser un suivi régulier de la grossesse.

Les trois principales raisons qui militent en faveur d'un suivi régulier de la grossesse sont la recherche d'une bonne santé de la femme porteuse de la grossesse (92,1%), la bonne santé du nouveau-né (88,1%) et la prévention d'une complication à l'accouchement (59,3%). Le taux de fréquentation (52,7%) des centres de santé dans toute la zone d'étude par les femmes enceintes ainsi que les résultats relatifs aux raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes durant leur grossesse traduisent une certaine sensibilité des femmes aux appels des autorités sanitaires en matière de suivi des soins prénatals. C'est du moins l'avis de la quasi-totalité (94,9%) des femmes soumises à l'enquête.

2.4.4. Facteurs associés au suivi irrégulier de la grossesse

En dehors des différents aspects évoqués qui contribuent à la régularité du suivi des soins prénatals, 63,3% des femmes enquêtées estiment que les agents de santé ont une part de responsabilité dans le suivi non régulier des soins prénatals contre 36,7% qui sont d'avis contraire. Les raisons avancées tiennent

⁷ Feuille utilisée en milieu Aïzo pour protéger la grossesse contre le paludisme .

essentiellement de l'inhospitalité des agents de santé pour 78% des avis recueillis, au manque de leur professionnalisme pour 62% des réponses enregistrées et aux propos désobligeants à l'égard des femmes gestantes, pour 78% des opinions consignées. Pour les 62% des avis enregistrés, la lenteur des agents de santé dans la prise en charge des femmes constitue également un facteur humain non négligeable à l'origine de l'irrégularité du suivi des soins prénatals par les femmes gestantes.

Aussi, la grande majorité des agents de santé enquêtés explique l'absence aux CPN par le fait que la population qui constitue leur cible est majoritairement analphabète. Aussi, l'importance accordée à la maternité, et au rôle maternel de la femme en milieu Aïzo induit des usages sociaux et des pratiques qui jalonnent le cours de la grossesse. En effet A. Kpatchavi (2012 :30) pense que « la quête de la maternité constitue un enjeu social et renvoie à des usages sociaux largement soutenus par des croyances et des pratiques multiples et multiformes ».

La femme gestante évolue dans une configuration d'acteurs. La garde et le suivi de la grossesse sont faits dans un ancrage de normes et de pratiques et de représentations. Le silence et la discrétion constituent les règles du jeu. L'état de grossesse rime alors avec des restrictions. A. Laly (2014 : 63) parle de « comportement austère fait de restriction alimentaire de retenue langagière et de réserve face à certaines pratiques ». C'est une obligation de réserve et de discrétion, selon J-P. Olivier de Sardan (1997).

2.4.5. Pratiques communautaires autour de la gestion de la santé maternelle et néonatale en milieu Aïzo

En milieu Aïzo, la grossesse est un évènement social qui attire l'attention des couples et des familles. Ainsi, il est à noter quelques règles de bonne conduite qu'une femme enceinte doit respecter. En effet, «si elle respecte les interdits et ne commet point d'adultère, le jour J, elle va accoucher très facilement » (Couturier, 55 ans, Adjan Centre).

Également, pour une femme enceinte, ces principes de vie doivent contribuer d'une part, à un bon achèvement de la grossesse et d'autre part anticiper sur le devenir de l'enfant afin qu'il ne soit pas un déviant, quand il va grandir. Aussi, note-on l'observance des règles culturelles ou sociales et de recours aux soins modernes aussi bien que traditionnels pendant la grossesse dans la perspective de protéger la mère et son fœtus. La fonction reproductive de l'individu se construit socialement et biologiquement par un ensemble de rites qui jalonnent son existence (Massé et al, 2002). A ce sujet, A. Tingbé -Azalou (2015) dira que :

L'état de grossesse constitue une situation particulièrement délicate placée sous une surveillance continue. La femme y est vue comme vulnérable, fragile et cette inquiétude pousse l'époux ou son géniteur à consulter l'oracle : c'est le *adɔgò-fà*. (...) Cette pratique qui de nos jours s'exerce de façon simultanée aux consultations médicales proprement dites, consiste à s'assurer de l'ordre adéquat pour une

délivrance heureuse de la femme enceinte. Comment cela s'explique-t-il ? Dès les trois premières lunes de la gestation le devin indique le signe astral « *dîr* » sous lequel le fœtus évoluera jusqu'à l'accouchement. En fonction de la nature du signe sont révélées les précautions d'ordre spirituel à prendre aux fins de protéger l'intéressé contre tous les sortilèges et maléfices conjurés par l'oracle. Des interdits « *sîr* » qui peuvent être d'ordre alimentaire ou autre sont prononcés. Cette étape franchie, une seconde divination a lieu après la septième ou la neuvième lune en guise de vérification de l'efficacité des rituels antérieurement opérés. Là, en cas de nécessité, le devin procède à nouveau à quelques rites propitiatoires.

Les connaissances culturelles sont aussi mises en jeu pour assurer la protection de la grossesse.

La difficulté pour laquelle la femme se réfugie dans la tradition pour le suivi de sa grossesse, c'est donc d'éviter une fausse couche, les problèmes et les maladies...J'ai donc eu recours aux tisanes jusqu'à ce que mon col soit flexible et je me suis rendue au centre de santé... Il y a d'autres qui perdent le sang jusqu'à l'accouchement. J'utilise à cet effet les produits traditionnels pour renforcer le col de mon utérus. (Femme enceinte, leader communautaire, 39 ans, Zê centre).

2.5. Représentations et pratiques socioculturelles liées à l'enfant au sein de la communauté Aïzo

Des entretiens réalisés, il est à noter que dans les communautés Aïzo, globalement l'enfant est reconnu comme le chaînon qui anoblit la famille et qui aiderait à agrandir le cercle familial. C'est pourquoi, plusieurs mesures sont prises pour assurer aux femmes gestantes ainsi que leur futur bébé, une issue heureuse. Ces mesures concernent tantôt le monde physique, tantôt celui métaphysique, tantôt une combinaison des deux. Dans ce contexte, le recours à la médecine moderne et à celle endogène est largement partagé étant entendu que l'ensemble de ces dispositions vise le bien être de l'enfant et de sa mère sous la bienveillante supervision des esprits du monde invisible.

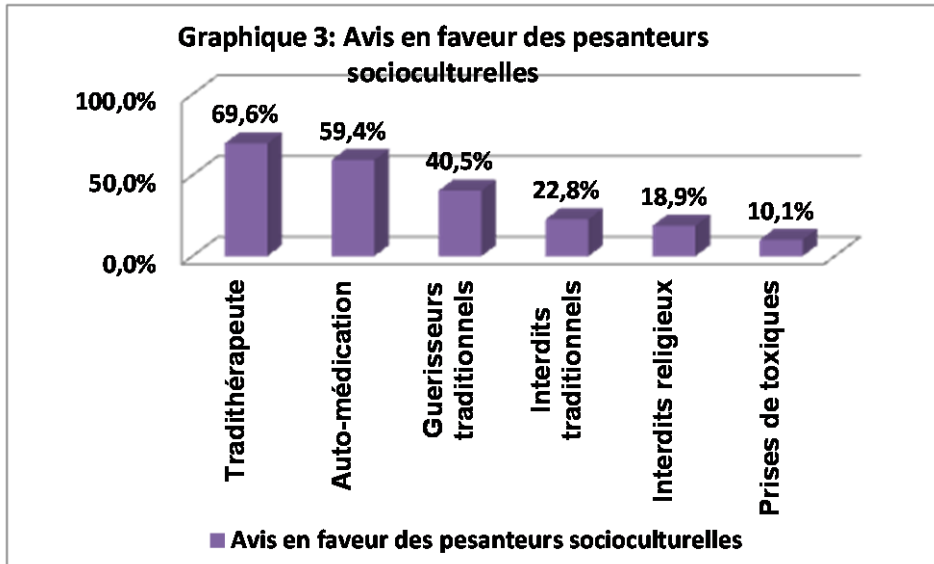
Lorsqu'un nouveau-né apparaît dans notre communauté pour qu'il puisse jouir d'une santé robuste, nous faisons recours aux recettes des plantes et des racines dont les vertus lui apportent les éléments nécessaires pour lui assurer une santé de fer. A cet effet, c'est aux femmes âgées qu'il revient grâce à leur capital d'expériences dans ce domaine de faire des propositions de recettes de plantes médicinales nécessaires à chaque étape de la vie du nouveau-né susceptibles de lui assurer une santé robuste. (Focus Group Discussion, Femme, Zê centre).

2.6. Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins prénatals

2.6.1. Facteurs socioculturels

Plusieurs facteurs socioculturels ont été identifiés par les acteurs enquêtés comme ayant encore une influence négative sur le suivi des soins prénatals. Le graphique ci-après donne une illustration des avis des femmes sur les principales

pesanteurs socioculturelles qui influencent encore négativement le suivi des soins prénatals par les femmes gestantes.



Source : Données de terrain, 2015

Selon les enquêtés, les principales pesanteurs socioculturelles indexées sont entre autres le recours aux tradithérapeutes (69,6%), à l'automédication (59,4%), aux guérisseurs traditionnels (40,5%) et aux interdits traditionnels (22,8%). S'il est vrai que ces facteurs socioculturels restent défavorables à un suivi régulier des soins prénatals par les femmes gestantes, il n'en demeure pas moins que le degré d'influence de ces pesanteurs s'est estompé car 69,6% des femmes enquêtées pensent que l'influence est négligeable. Pour 19% d'elles, le degré d'influence des pesanteurs est faible et pour 10,1%, il reste moyen. Seuls 1,3% des femmes interrogées estiment que l'influence négative des pesanteurs socioculturelles est encore forte dans le milieu d'étude.

En dehors des principales pesanteurs identifiées, 89,9% des femmes estiment que d'autres pratiques endogènes (interdits, confidentialité de la grossesse, divination) dans la famille de leur époux restent défavorables au suivi régulier des soins prénatals. De même, 10,1% d'entre elles pensent que les pesanteurs socioculturelles identifiées ne sont pas exhaustives et évoquent, dans des proportions respectives de 37,5% et 50,0% d'entre eux, d'autres pratiques

traditionnelles comme la consultation du *Fâ*⁸, les ceintures traditionnelles de sécurité (protection) et les interdits alimentaires.

Pour ce qui concerne la pratique du *Fâ*, il importe de souligner qu'une frange très importante de l'effectif de l'échantillon, soit 96,2% ont émis un avis défavorable quant à la pratique du *Fâ* pour un suivi régulier des soins prénatals. Parmi les femmes qui sont d'avis contraire (3,8%), elles ont déclaré que le *Fâ* permettrait aux femmes gestantes de se préserver des effets de la sorcellerie et de connaître les complications éventuelles auxquelles pourrait s'exposer la femme enceinte pendant et après la grossesse.

Chez les Aïzo comme chez la plupart des groupes socio culturels du Bénin, la grossesse suscite plusieurs interrogations que les acteurs sociaux cherchent à élucider par le biais du *fâ*. Alors, dès la conception, les dispositions sont prises pour comprendre le type de message porté par l'enfant à naître. C'est un diagnostic nécessaire qui permet de déterminer les stratégies appropriées pour non seulement protéger la grossesse et la femme qui la porte mais aussi pour baliser à l'enfant le chemin qui le conduira à son destin (Homme tradithérapeutes, Instruit, 45 ans, Adjan, Zè).

2.6.1.1. Les interdits sociaux à l'interférence des consultations prénatales

Dans cette communauté, les données collectées dénotent de plusieurs formes d'interdits sociaux et comportementaux. Les histoires de vie des femmes enceintes révèlent un attachement au respect des normes sociales et le sens de la pratique des rituels définis par les us et coutumes. Les attentes sociales ont été beaucoup plus exprimées en termes de respect des principes coutumiers.

L'appartenance religieuse n'a pas véritablement d'influence sur l'observance des interdits sociaux chez les femmes enceintes. Il est par ailleurs constaté que les gestantes membres du christianisme céleste sont internées dans leur église pendant les derniers jours de la grossesse. La durée de l'internement varie en fonction des révélations et des prières recommandées par l'Ange gardien au cours de la vision. Cette durée peut aller jusqu'à trois mois voire au-delà. Le but de cet internement est fondamentalement de soumettre la gestante à la protection de Dieu par la prière afin de lui assurer un heureux accouchement. Cette pratique contraint fréquemment les femmes à accoucher dans l'église ou dans le meilleur des cas à accuser un grand retard avant d'arriver au centre de santé. Nombreux sont les enquêtés qui en ont témoigné.

Les gens du christianisme céleste gardent les femmes enceintes dans leur église à cause de la prière. Elles disent qu'elles sont à « ABOGOULE⁹ ». Il y a une femme [qui] à cause de ABOGOULE a accouché à l'église, ils ont ramassé l'enfant pour

⁸ Pratique divinatoire qui consiste à prédire l'avenir et à proposer des mesures pour conjurer le mal ou le mauvais sort au Bénin.

⁹ Moment de prière intense et de la quête de la sainteté en langue Aïzo au Sud Bénin

l'amener au centre de santé où nous l'avons soigné (Femme, Aide-soignante, 28 ans, Dodji Bata).

Certaines gestantes observent ces interdits parce qu'en l'enfreignant, elles risqueraient d'avoir des complications obstétricales le jour de l'accouchement. D'autres voient dans ces interdits, des stratégies pour que l'enfant ne se développe pas anormalement dans le sein de sa mère, ce qui peut compromettre l'accouchement. Que la croyance à ces interdits soit réelle ou symbolique, on note que beaucoup de femmes enceintes observent les interdits alimentaires et sociaux.

Quelques interdits sociaux chez les femmes enceintes de la communauté Aïzo de Zê

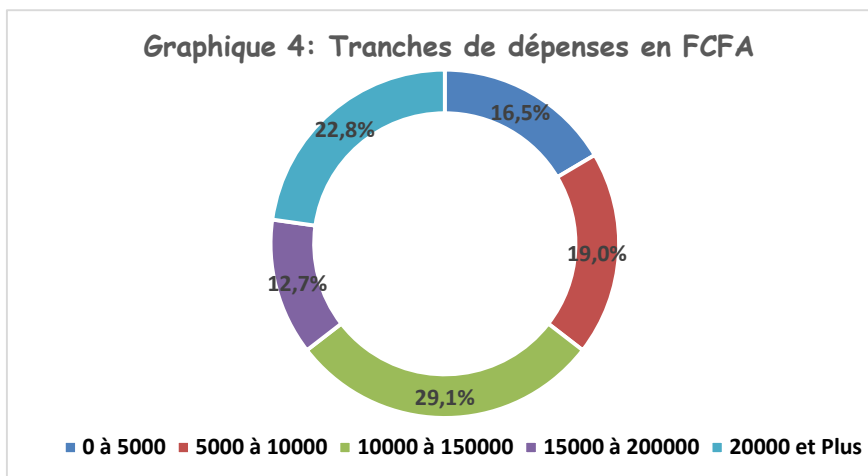
- « La femme enceinte ne sort pas la nuit »
- « Les larmes ne tombent pas sur une grossesse »
- « L'information sur la grossesse est divulguée au terme de 5 mois ».
- « La femme enceinte ne doit pas laisser les balayures à la porte après le balayage »
- « La femme enceinte ne doit pas manger la viande des animaux à quadrupèdes »
- « La femme enceinte ne doit pas se laver tard dans la nuit »
- « La femme enceinte ne doit pas se tenir à la porte pendant la sortie ou l'entrée d'une personne d'une case »
- « La femme enceinte ne doit pas manger directement dans la marmite »
- « La femme enceinte ne doit pas formuler la phrase « je suis enceinte »
- « La femme enceinte ne doit pas saluer ou rencontrer celui qui enterre les cadavres »
- « La femme enceinte ne doit pas manger la viande de mouton et de coq »
- « La femme enceinte ne doit pas porter un récipient de boisson locale rempli totalement »
- « La femme enceinte ne doit pas consommer des nourritures jugées totem dans le clan de son époux »
- « La femme enceinte ne doit pas commettre l'adultère »
- « La femme enceinte ne doit pas tenter d'avorter des jumeaux » « La femme enceinte ne doit pas avoir une langue mielleuse »
- « La femme enceinte ne doit pas participer à des échanges querelleux »

Source : Données de terrain, 2015.

2.6.2. Facteurs économiques

2.6.2.1. Influence du pouvoir d'achat du ménage sur la régularité du suivi des soins prénatals

En matière de suivi des soins prénatals, les frais engagés par les femmes gestantes du milieu d'enquête peuvent être catégorisées dans plusieurs tranches de dépense comme le montre le graphique ci-dessous :



Source : Données de terrain, 2015.

L'analyse des avis des enquêtés suivant les tranches de dépense montre que plus de deux tiers (2/3) des femmes interrogées, soit 64,6% dépensent, en moyenne, au moins par mois 10.000 FCFA¹⁰ dans le suivi de leur grossesse. Les autres femmes, environ 35,4% effectuent des dépenses moyennes en deçà de 10.000 FCFA.

J'ai reçu il y a environ 3 mois une gestante dont la hauteur de la grossesse était inquiétante et je lui ai prescrit l'échographie pour qu'on sache quel type de prise en charge il faut faire ou même s'il faut la référer vers un hôpital où le plateau technique est plus approprié. Le mari a dit qu'il n'a pas d'argent et le couple est rentré. Quelques jours après, la femme est rentrée en travail. Le même mari a le culot de se présenter ici. La disposition du bébé n'était pas bonne. Je l'ai renvoyé encore à Zè Centre pour faire l'échographie. C'était des jumeaux : 1 en siège et le 2^{ème} en transversal. Je l'ai référé à l'hôpital de zone de Calavi où les médecins ont

¹⁰ Franc de la Communauté Financière Africaine

réussi à la sauver ainsi que les 2 enfants (Sage-femme, 39 ans, maternité, CSA Dodji Bata).

➤ **Perceptions relatives aux dépenses effectuées en matière de soins prénatals**

Dans l'ensemble, 88,6% des femmes pensent que les dépenses engagées en matière de soins prénatals pendant leur grossesse sont compatibles avec le niveau du pouvoir d'achat de leur ménage. A cet égard, plus de la moitié (55,7%) d'elles pensent que ces dépenses sont acceptables, 27,8% estiment qu'elles sont moyennes et 16,5% les jugent élevées par rapport au pouvoir d'achat de leur ménage.

En outre, en dépit des mesures de gratuité de la césarienne et des soins de santé aux enfants de moins de cinq ans en vigueur au Bénin et instaurées dans les centres de santé et du fait que les dépenses effectuées seraient relativement en adéquation avec le pouvoir d'achat des ménages, 60, 8% des femmes pensent que les dépenses constituent un frein au suivi régulier des soins prénatals contre 39,2% qui sont d'une opinion contraire.

➤ **Type d'examens évoqués par les enquêtées au cours des consultations prénatales**

Les dépenses engagées par les femmes servent généralement à plusieurs examens cliniques dont les principaux selon les opinions recueillies sur le terrain sont les analyses médicales (87,3%), les échographies (34,2%) et les tests de VIH¹¹ et des hépatites (57,0%).

• **Interactions entre agents de santé et femmes gestantes dans le cadre de la délivrance des soins prénatals**

La qualité de l'accueil et des traitements des femmes enceintes par les agents de santé est déterminante pour un suivi régulier des grossesses. De même, certains agents de santé estiment que le respect de la personne humaine est une valeur intégrée par la population objet de cette étude. Elle attache du prix à leur dignité et à la pudeur. Ces considérations constituent des obstacles pour certaines femmes à se mettre nues devant un agent de santé.

En plus de cet aspect, elles doivent essuyer les insultes et autres traitements dégradants.

L'accueil est mauvais dans certains centres. Il y a des sages-femmes qui déplaisent les gestantes, elles ne s'occupent pas des femmes qui souffrent et qui ont besoin d'aide. De plus, elles les injurient ou bien tiennent des propos orduriers à l'endroit des femmes. Certains agents de santé banalisent les femmes en travail ou les bastonnent sur la table d'accouchement. Ce qui amène certaines femmes à éviter ces genres d'agents. (Homme instituteur, 33 ans, Adjan centre).

¹¹ Virus d'Immuno déficience Humaine

• Point de vue des communautés sur la qualité des soins

Les principales insuffisances évoquées par les femmes enceintes concernent le niveau et la gamme des prestations et la désuétude des plateaux techniques. Bien qu'elle soit diversement appréciée selon la perspective des acteurs, la qualité des soins est un facteur essentiel selon la quasi-totalité des personnes interrogées. Les critiques sont autant dirigées sur les compétences du personnel de santé que sur la disponibilité de médicaments.

Parfois, on amène certaines femmes à l'hôpital et les agents de santé les abandonnent à leur sort, assises sur des troncs d'arbre. Alors qu'elles auraient pu accoucher tranquillement, cela peut se compliquer et nécessiter une évacuation sanitaire. Parfois, il y a certains agents de santé qui font les importants et les ignorent complètement. C'est cela qu'il faut leur refuser. (Homme, mécanicien, 32 ans, Zè centre).

• L'accessibilité géographique

L'éloignement des centres de santé des populations cibles constitue un problème récurrent pour le respect des CPN. Près de 89 % des femmes enceintes enquêtées individuellement ont évoqué des difficultés d'accès géographique aux centres de santé.

Tout le monde n'est pas proche du CS¹². Moi par exemple, j'ai dépensé 500f avant de venir ici, ma coépouse aussi. C'est pénible pour nous de quitter chez nous pour ici. Tout le monde n'aime pas ça (Femme gestante, Coiffeuse, 27 ans, Adjan centre).

Pour ma part, la distance importe peu pour la CPN au centre de santé. La CPN est une obligation lorsqu'une femme est enceinte. Mais comme, vous le savez, les femmes enceintes en général sont souvent menacées par la paresse et la lourdeur corporelle. Tout est difficile devant elles. L'accès difficile et lointain au centre de santé ne doit pas être un blocus pour les consultations prénatales. C'est l'argent qui est la chose difficile que les femmes déplorent. Dites-vous que j'habite à cinq kilomètres d'ici. Je ne m'en fais pas un souci. La grossesse est un événement circonstanciel. (Femme gestante, 34 ans, Dodji-Bata).

L'organisation du système sanitaire au Bénin prévoit le premier maillon de la prise en charge des femmes enceintes au niveau des chefs-lieux d'arrondissement. Or, il existe des localités qui sont très éloignées de ces chefs-lieux.

En réalité, il y a beaucoup de femmes qui sont éloignées du centre de santé. Souvent leurs maris les transportent sur la moto. Celles dont les maris n'ont pas de moto sont obligées de marcher pour venir au centre parce qu'on ne trouve même pas de taxi-moto ici. (Femme, Aide-soignante, 27 ans, CSA Adjan).

¹² Centre de Santé

3. Discussion

La question de recours aux soins prénatals demeure une problématique centrale dont l'édifice fascine les règles et normes socialement établies. La grossesse, loin d'être une simple prédisposition à donner naissance à un enfant en milieu Aïzo, elle entretient un ensemble de dynamiques qui mobilisent aussi bien la famille que le personnel de santé. Elle est une richesse pour la famille et pour la société. Pour cela, elle fait l'objet de précaution et d'attention. Chez les communautés Aïzo, elle entretient assez de discours que les acteurs sociaux cherchent à élucider par la divination.

La maternité, quant à elle aussi, quitte le champ lexical physiologique pour trouver tout son sens dans l'environnement social et culturel. Mieux, la relation entre femme enceinte et agent de santé fait l'objet d'espace d'enjeux sociaux à l'emprise des savoirs traditionnel et moderne (A. Badou, 2008).

De même, au-delà de cet enjeu social et culturel autour de la grossesse, il faut noter que les rôles et responsabilités liés à la gestion de la santé maternelle et de son financement sont partagés. Bien que la prise en charge des problèmes de santé du ménage incombe prioritairement à l'homme, il n'est pas pour autant une fin en soi. Cette opinion est largement partagée par l'ensemble de cette communauté (80%) bien qu'il y ait un changement de mentalité qui s'opère.

En dépit de cette évolution, d'autres facteurs qui sont d'ordre culturel, économique, politique, social et institutionnel, influencent négativement les décisions en matière de soins prénatals au sein du couple.

Paradoxalement, il relève des entretiens réalisés que globalement les femmes elles-mêmes (74,7%) résistent au changement et tiennent des discours conservateurs en faisant référence à la tradition, aux us et coutumes, aux habitudes, à l'ordre établi, à la nécessité de transmettre tout l'héritage culturel et à l'impossibilité de modifier le cours des faits dans le cadre de la gestion de la grossesse et des soins prénatals. Cet état de fait pérennise donc les stéréotypes sexistes, confine la femme dans un rôle de dépendance économique et favorise des clivages familiaux.

La décision en matière de gestion de la grossesse relève des prérogatives de l'homme. Il est l'Apha et l'Oméga. En cas d'absence, la belle-mère peut le suppléer et gérer les problèmes qui y découlent. Cette considération implémente une certaine cohésion sociale au sein du foyer conjugal (Femme gestante, Revendeuse, 31 ans, Adjan centre).

Le milieu de socialisation pendant l'enfance joue un rôle non négligeable en matière de choix thérapeutique. La psychologie sociale nous enseigne que la socialisation signifie le processus par lequel les individus apprennent les modes d'agir et de penser de leur environnement, les intériorisent en les intégrant à leur personnalité et deviennent membres de groupes où ils acquièrent un statut spécifique (G. Ferréol., 2002). En pays Aïzo, le milieu de vie (résidence) participe

à la transformation de l'individu. En tant qu'élément de modernité culturelle qui modélise les manières d'agir, de penser et de sentir des hommes, le milieu de la socialisation de la femme pendant l'enfance est à même d'influencer positivement ou négativement le recours aux soins prénatals. Les itinéraires thérapeutiques empruntés par les différentes femmes enquêtées justifient le fait avec des proportions différenciées (recours aux tradithérapeutes (69,6%), à l'automédication (59,4%), aux guérisseurs traditionnels (40,5%) et aux interdits traditionnels (22,8%). Selon F. Sala-dakanda (1999), plus la femme est socialisée en milieu rural, plus elle adopte des comportements favorables à un recours de qualité aux soins pendant la grossesse et, ce par l'intermédiaire du personnel médical que l'on consulte.

Du coup, les femmes socialisées en milieu rural observent une forte déperdition des soins de santé maternelle par rapport à celles socialisées en milieu urbain. De même, la « culturalisation » de l'accouchement à domicile confère à la femme un statut d'« ignorante » et une opposition aux changements et à la modernité. La faible utilisation des maternités résulte donc plus que de problèmes culturels que de problèmes sociaux et matériels ou d'un quelconque rejet de la modernité (S. Zongo, 2004).

En recoupant ces données, le contexte socio- économique se positionne et interagit sur les décisions de recours aux soins prénatals chez la femme enceinte dans cette communauté. Ainsi, plus de la moitié (55,7%) des femmes enquêtées pensent que les dépenses liées aux consultations prénatales sont chères par rapport au pouvoir d'achat de leur ménage bien que 44,3% estiment qu'elles sont acceptables. En effet, bien que la maternité s'inscrive dans l'ordre du sacré avec tout un ensemble de rituels et des interdits qui couvrent la grossesse et l'accouchement chez ces communautés, elle se retrouve aussi pleinement dans l'ordre économique avec des dépenses diverses qui conduisent parfois à une précarité sanitaire de la famille.

En conséquence, il est à noter qu'il ne suffit pas d'avoir un cadre institutionnel, des politiques et stratégies assorties de leurs plans d'actions pour prétendre booster la mortalité maternelle et néonatale mais surtout prendre en compte les dimension sociale, culturelle et symbolique de la grossesse pour promouvoir un développement inclusif des CPN. Une réforme sanitaire n'est efficace que lorsqu'elle permet de répondre aux besoins des populations (hommes, femmes) et de contribuer à leur bien-être. A cet effet, les acteurs du développement sanitaire au-delà des cadres d'analyse et de planification des offres de soins de santé se doivent d'intégrer le contexte humain, socioculturel et politique dans les différentes politiques de développement sanitaire. D'où l'importance d'une franche collaboration entre l'obstétrique traditionnelle et l'obstétrique moderne.

Conclusion

Cet article contribue à analyser la perception sociale et culturelle de la grossesse et l'irrégularité des soins prénatals dans un contexte de dynamique sanitaire locale au Sud-Bénin. L'accès à une maternité sans risques pour toutes les femmes est l'un des objectifs majeurs dans l'effort d'amélioration de la santé publique au Bénin. L'irrégularité des suivis prénatals dépend largement des représentations culturelles, des revenus des ménages et de l'accessibilité géographique qui d'ailleurs, amènent les gestantes à adopter plusieurs itinéraires thérapeutiques. Du point de vue traditionnel, les pratiques des gestantes sont orientées autour des interdits liés à la grossesse et de l'usage des objets de santé. En ce qui concerne les interdits, ils sont de deux grands types : alimentaires et comportementaux. La grossesse est considérée comme une étape particulière dans la vie des femmes où la discrétion et le silence doivent prévaloir afin de ne pas attirer les esprits maléfiques.

Le contexte social des consultations prénatales dans cette communauté impose aux femmes enceintes, déférence et docilité vis-à-vis des sages-femmes. De même, les rapports soignants-soignées ont aussi un caractère dynamique qu'il est utile de mentionner dans cette recherche.

Un meilleur suivi prénatal dans cette zone sanitaire suppose l'établissement de priorités programmatiques qui intègrent les bénéficiaires et les acteurs aux activités multiformes menées en vue d'améliorer le système de santé maternelle et néonatale.

De même, avant que la santé de la mère et de l'enfant ne devienne une réalité dans ce district sanitaire, les services de santé maternelle et néonatale se doivent d'être restructurées et redynamisées dans la perspective d'assurer la fidélisation des femmes gestantes. Ceci reste un défi socialement et médicalement à construire pour des offres de soins prénatals de qualité dans cette zone sanitaire.

Références bibliographiques

AGUIA-DAHO Jacques, 2013, *Du biologique au social : une socio-anthropologie de la douleur chez les parturientes dans la Zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tori*, thèse de doctorat, UAC, 272p.

ANOH Appolinaire, 2001, *Émergence de la Planification Familiale en Côte-d'Ivoire*, Thèse de Doctorat en Démographie, Paris, Université de Paris X Nanterre, Tome.

APPIAH Kone, 2004, Access and utilisation of safe motherhood services of expecting mothers in Ghana. *Policy & Politics*, 32, 387-407-10.1332/0305573041223744.

AZALOU-TINGBE Albert, 2015, *Le nom individuel chez les Aja-Fon. Une sociologie de l'anthroponymie*, Cotonou, Ablodé, 344 p.

- BADOU Agnès, 2008, *Stratégies et pratiques des acteurs autour de la politique des soins obstétricaux d'urgence au Bénin*, Mémoire de DEA, Université Cheik Anta Diop, Dakar, Sénégal, 61 p.
- BAILEY Paula 2009, *Averting Maternal Death and Disability*, World Health Organization. (*Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization).
- BAXERRES Carine, 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé : les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*. Thèse de doctorat d'anthropologie sociale. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales/ Université d'Abomey-Calavi.
- BENDER Deen- Eversty, EWBANK Dutland., 1994, "The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis". *Health Transition Review*, 4 (1), pp. 63-78.
- BENINGUISSE Gaston, 2001, *Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, UCL, Département des sciences de la population et du développement, Institut de démographie, Louvain-La-Neuve, 313p.
- FASSIN Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.
- FERREOL Gilles, 2002, *Dictionnaire de sociologie*, Armand Colin, Paris, 242p
- FOURNIER Pierre, HADDAD Salim, 1995, *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement*, Montréal (Canada), éd Gérard H. 323p.
- GUEYE Martin, 1996, *Approches interculturelles en santé mentale.*, 1^{er} congrès de pédopsychiatrie d'Afrique de l'Ouest francophone, Dakar, L'Afrique, l'Europe, le Québec. Paper presented at the Congrès de pédopsychiatrie d'Afrique de l'Ouest, francophone, Namur.
- HADIZA Mariama, 2007, « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », *Bulletin APAD*, n° 25, La Violence endémique en Afrique.
- HERZLICH Crozier, 1969, *santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, paris-la haye, Editions Mouton.
- INSAE, 2012, *Enquête Démographique et de Santé du Bénin*, Calverton, Maryland, USA
- JACQUES Bouton, 2007, *Sociologie de l'accouchement*. Paris : PUF-Le Monde.
- JAFFRE Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- KADDAR Schmidt, EHRY Berte, 1997, *Indigence et accès aux soins de santé en Afrique Sub-saharienne : situation et perspectives d'action*, Allemagne, 65p.
- KONE Aïssara, 2002, *Déterminants sociaux de l'utilisation des services de santé maternelle par les femmes ivoiriennes défavorisées*, Université de Montréal.

KPATCHAVI Adolphe, 2012, « Thérapie par la prière et quête de la maternité au sud du Bénin : une enquête anthropologique auprès d'une prêtresse et ses patientes dans la commune de Comé » in *Revue Dézan* pp. 24-43.

LALY Ambroise, 2016, *Gestion sociale de la grossesse en milieu Aïzo de Toffo*, Mémoire de DEA, Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH, 87p.

MAIRIE DE ZE, 2010, *Plan de Développement Communal 2010-2014*, 147p.

MASSE Raymond, BENOIST Jean, 2002, *Convocations thérapeutiques du Sacré*, Paris, Karthala.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1997, *Recherche socio-anthropologue sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (représentations et pratiques populaires au Niger)*, Rapport, Niamey, 64 p.

PINEAULT Riad, 1995, *L'identité à l'épreuve de la modernité. Écrits politiques sur l'Acadie et les francophonies canadiennes minoritaires*. Montréal, Québec, Editions Nouvelles.

RONSMANS Cook, 2009, "Severe acute maternal morbidity in low-income countries". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 305-316. doi: DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.001.

RUBBERS Bessekon., 2003, *Devenir médecin en République démocratique du Congo. La trajectoire socioprofessionnelle des diplômés de l'Université de Lumumbashi*. Paris : L'Harmattan.

SALA-DIAKANDA Fadel, 1999, *Recherche des facteurs d'un recours de qualité aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum : cas de la ville de Bafia, Mémoire de DESS, IFORD, Yaoundé*, 84p.

SAMBIENI Emmanuel, 2012, *Gouverner la maternité au Bénin les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari*, thèse de doctorat, UL, 359p.

ZONGO Sylvie, 2004. *Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 d'Ouagadougou : les cas du CMA du secteur 30 d'Ouagadougou et du CSPS de Koubri*, Mémoire maîtrise en sociologie, Ouagadougou, UFR/SH, 118 p

Note de reconnaissance

Nous reconnaissons que ce travail de recherche a été rendu possible depuis 2015 grâce au Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA) qui a bénéficié dans le cadre d'un programme, du financement de ses partenaires financiers en l'occurrence SAREC et NORAD ». Il s'inscrit dans le cadre global du Groupe Multinational de Travail (GMT) sur le thème : Santé, Société et Politique : pour un système de santé (plus) équitable en Afrique piloté par cette institution.