

***La santé maternelle au Bénin: Essai de socio-
anthropologie de la santé***

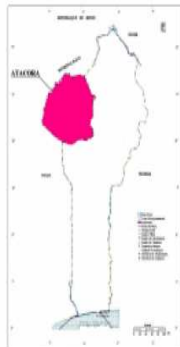
Points à développer

- Les indicateurs de santé maternelle
- Les rites traditionnels principaux liés à la fécondité et la procréation
- Les rites et pratiques populaires autour de la grossesse et accouchement
- Les dispositifs de santé maternelle dans la zone
- Une analyse socio-anthropologique

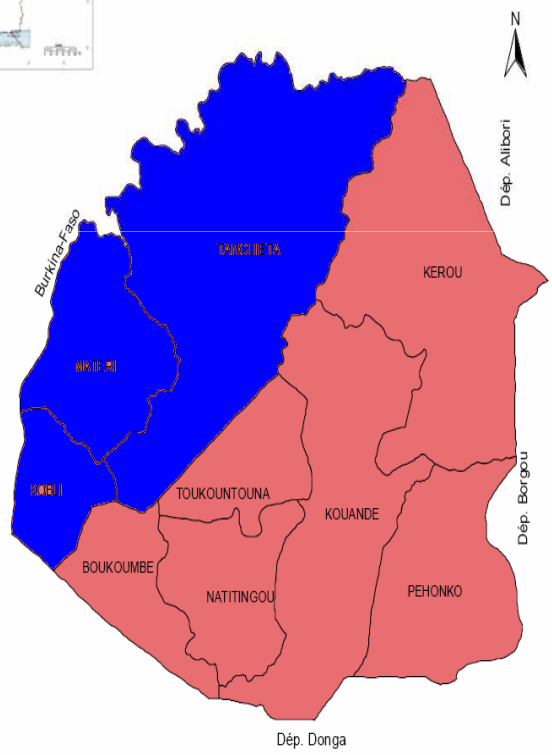
CARTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE DU BÉNIN

Carte administrative du Bénin





DEPARTEMENT DE L'ATACORA
CARTE



0 10 20 Kilometers

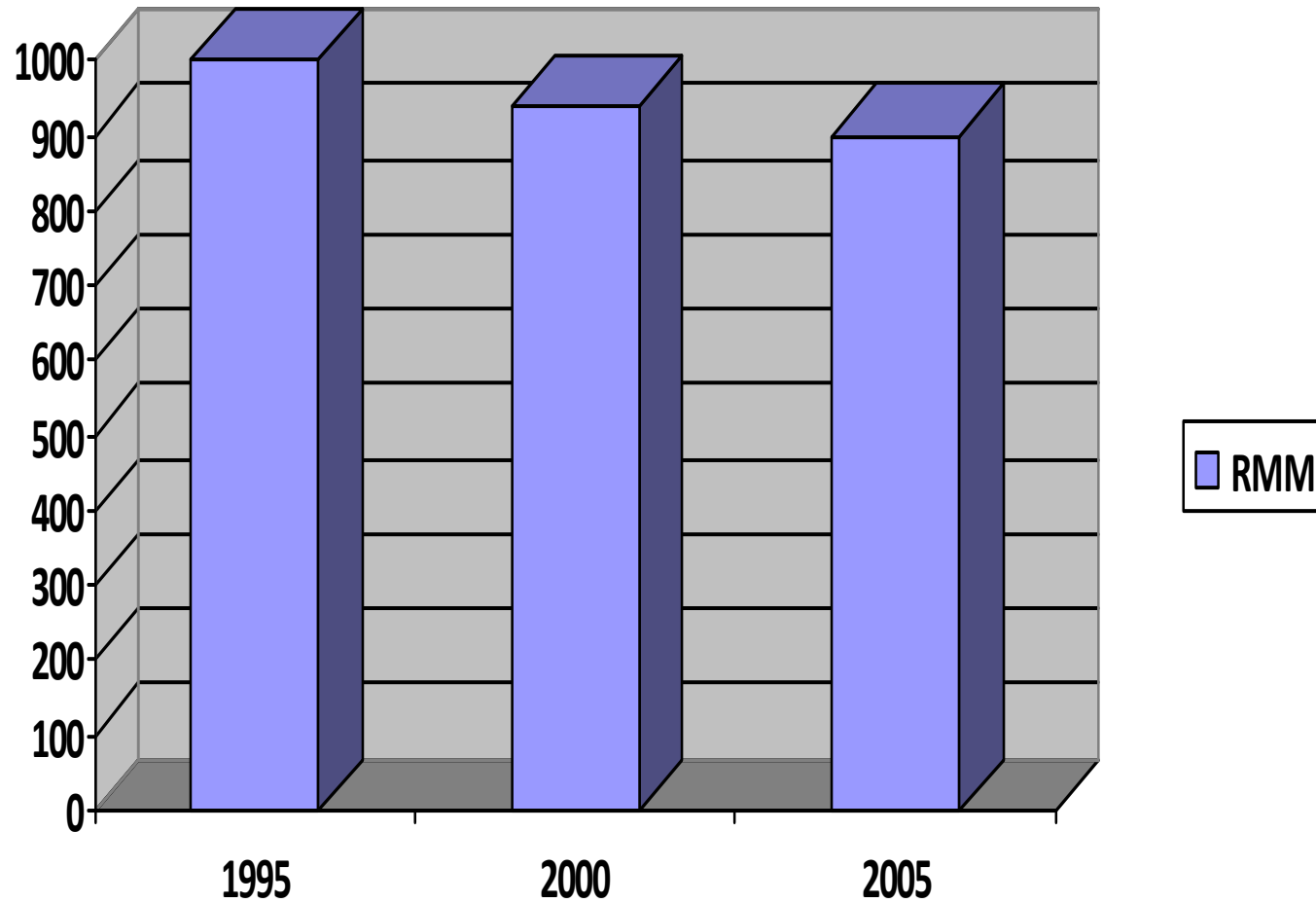
E = 1/950000



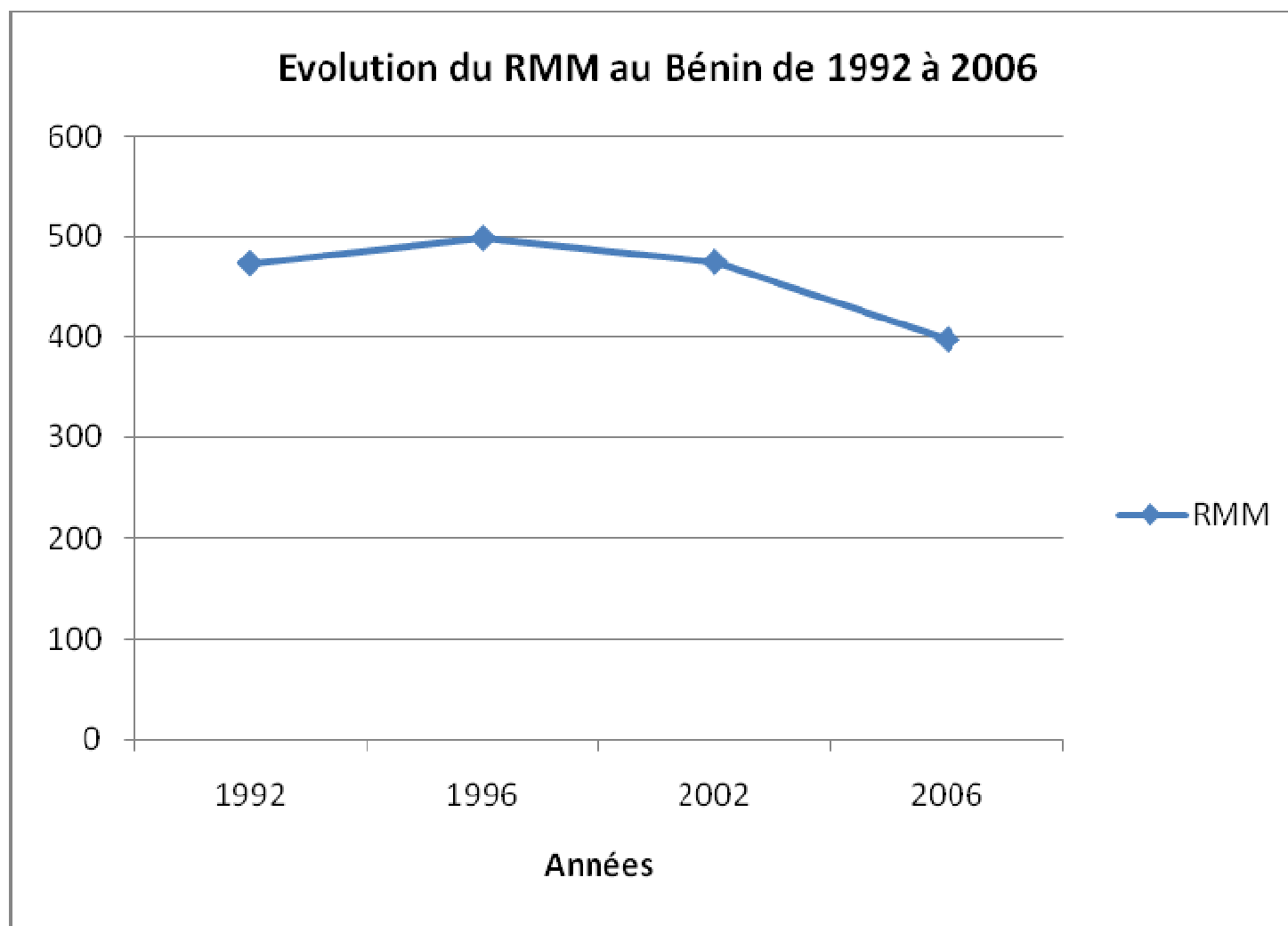
Estimations du RMM, du nombre de décès maternels, du risque sur la durée de vie, par régions OMD de l'Organisation des Nations Unies, 2005

Région	RMM (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)	Nombre de décès maternels	Risque de décès maternel sur la durée de vie : 1 sur :
TOTAL MONDIAL	400	536 000	92
Régions développées	9	960	7 300
Pays de la Communauté des Etats indépendants (CEI)	51	1 800	1 200
Régions en développement	450	533 000	75
Afrique	820	276 000	26
Afrique du Nord****	160	5 700	210
Afrique subsaharienne	900	270 000	22
Amérique latine et Caraïbes	130	15 000	290
Asie	330	241 000	120
Asie du Sud	490	188 000	61
Asie du Sud-Est	300	35 000	130
Asie occidentale	160	8 300	170
Asie orientale	50	9 200	1 200
Océanie	430	890	62

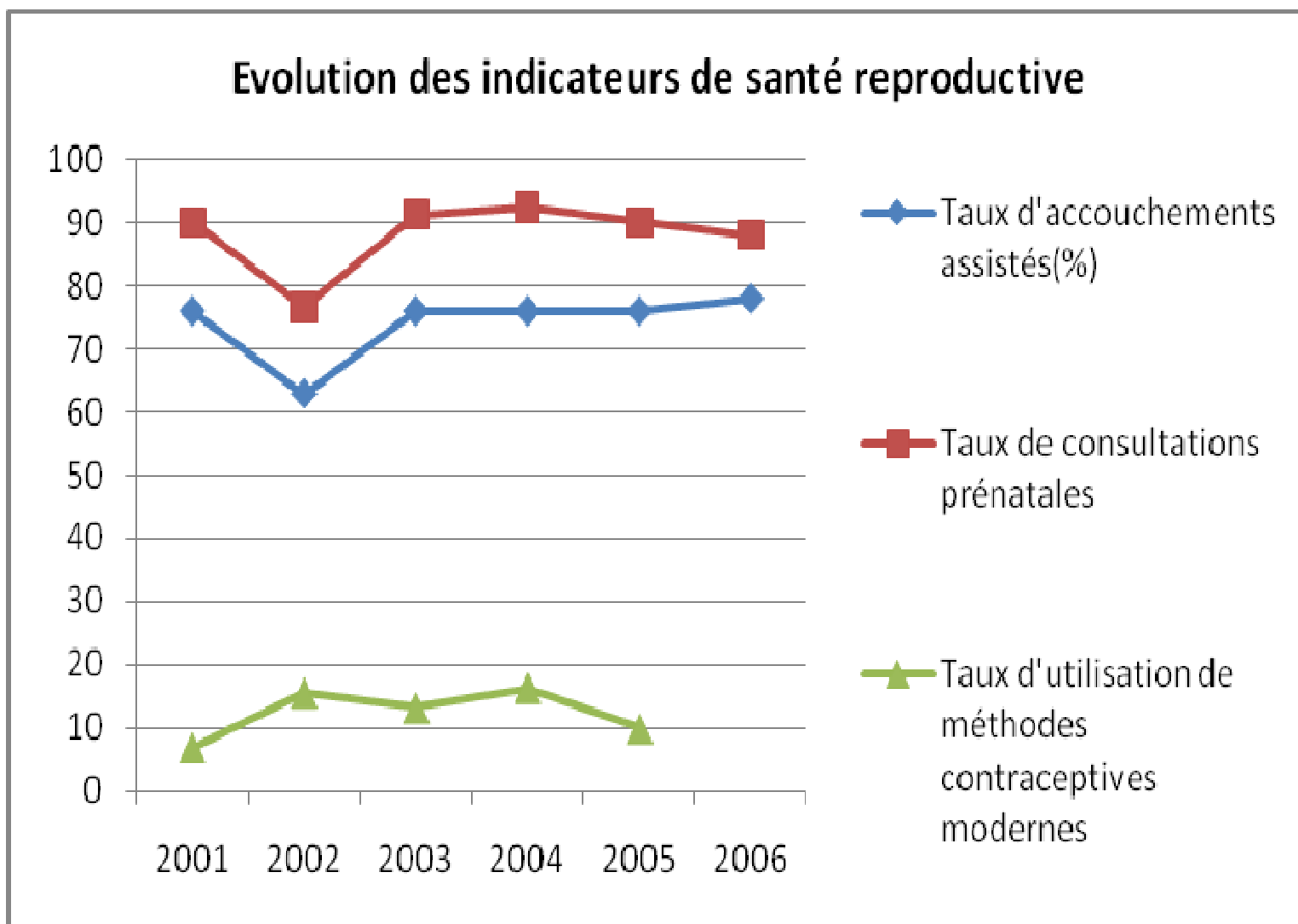
Un RMM stagnant malgré les politiques en Afrique



Lente baisse du RMM au Bénin



Des indicateurs de SR stagnants au Bénin



Indicateurs région Atakora (Pendjari), EDSB III

Indicateurs	2001	2006
Soins prénatals	73%	78%
Accouchements assistés	ND	49,4% dont 46,7% par personnel qualifié
Soins postnatals	ND	46%
RMM	ND	500 décès selon l'EEZST

Rites traditionnels liés à la fécondité et à la procréation

- Le *Fuani*: adolescents
- Le *Kundidi*: adolescentes, jeunes mariées

Rites et pratiques populaires liées à la grossesse et à l'accouchement

- Grossesse: interdits, annonce, attitudes et comportements (discrétion verbale et physique, sacrifices divers, traitements phyto)
- L'accouchement: acteurs, lieu, position, gestion post partum de la mère et de l'enfant

Pyramide sanitaire

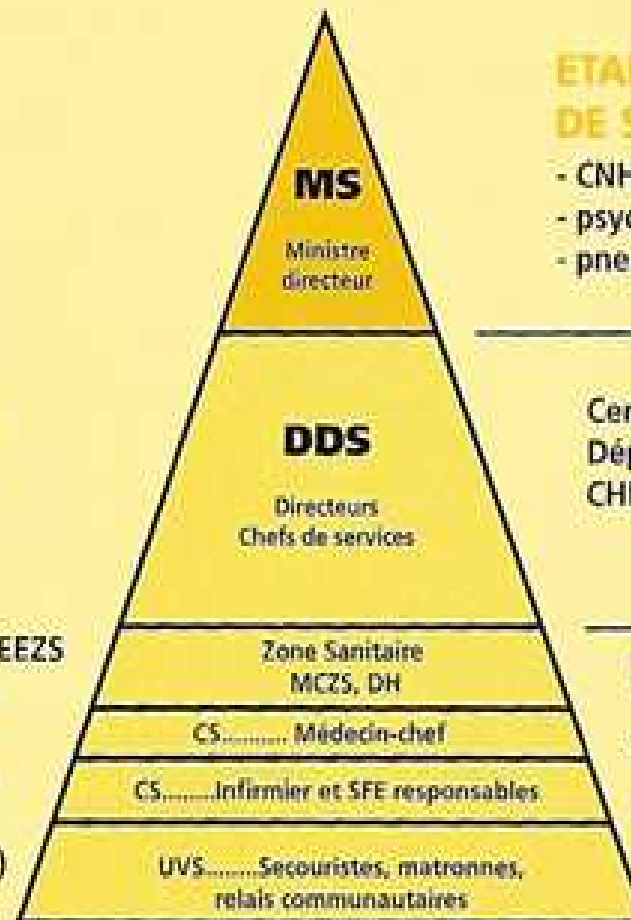
ORGANES DE GESTION

CNEEP, CODIR,
CODIR ELARGI

CDEEP, CODIR,
collectif des resp.
des FS

Comité de santé / EEZS
Conseil de gestion

Comité de gestion
des centres
de santé (COGECV)
CVS



ETABLISSEMENTS DE SOINS

- CNHU / UKM,
- psychique Jacquot,
- pneumo-ptysio

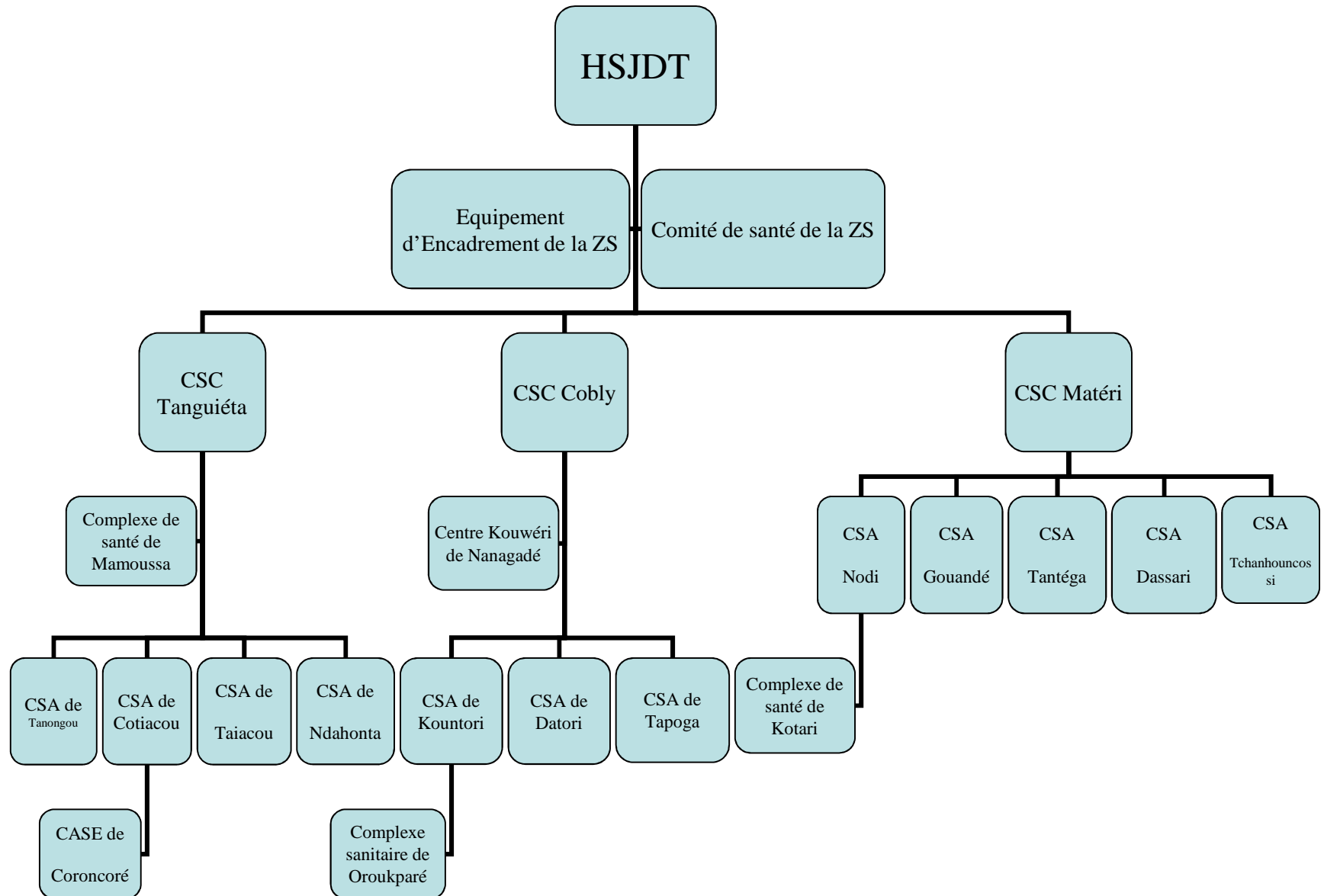
Centre Hospitalier
Départemental
CHD

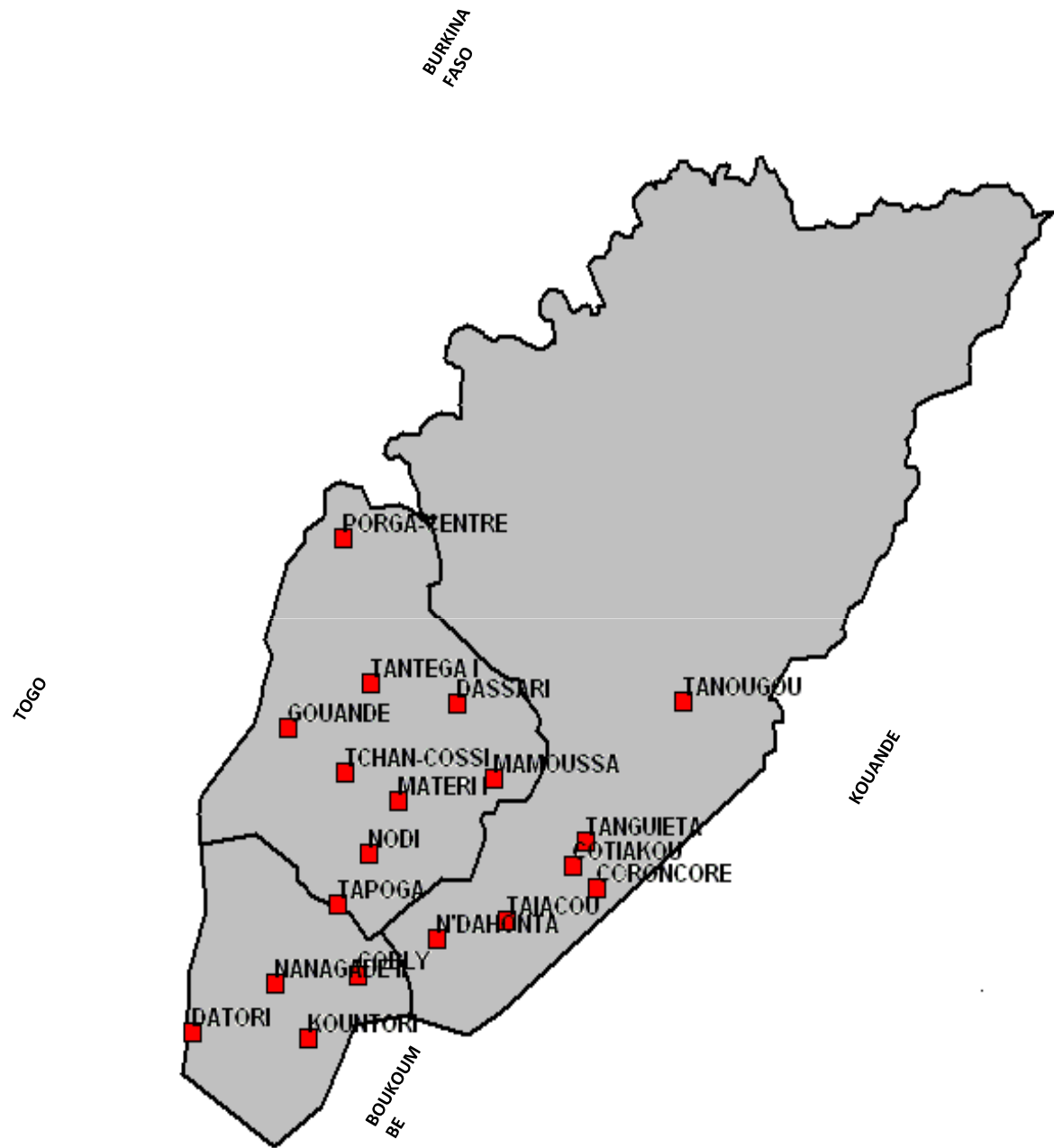
Hôpital de zone

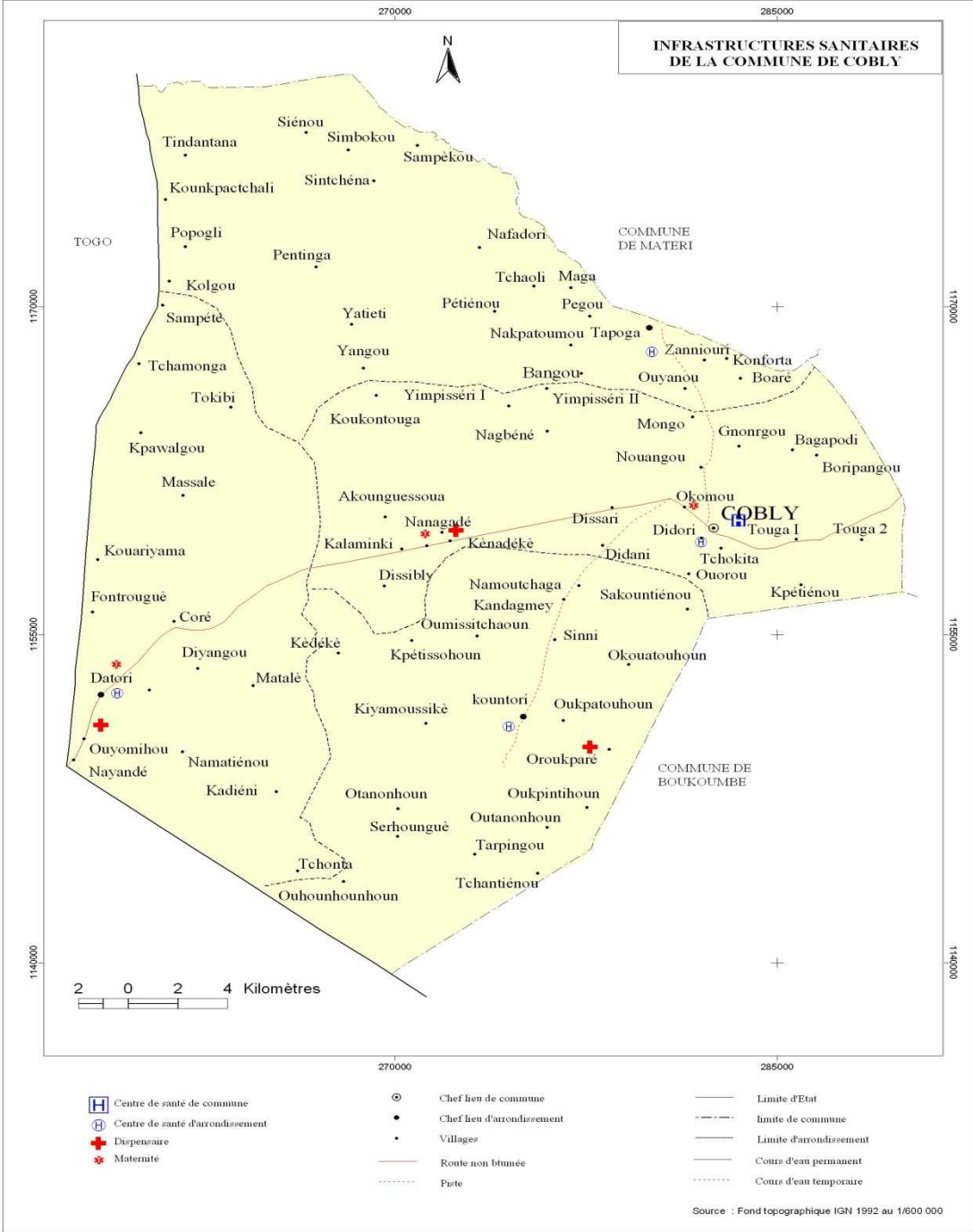
Centre de santé

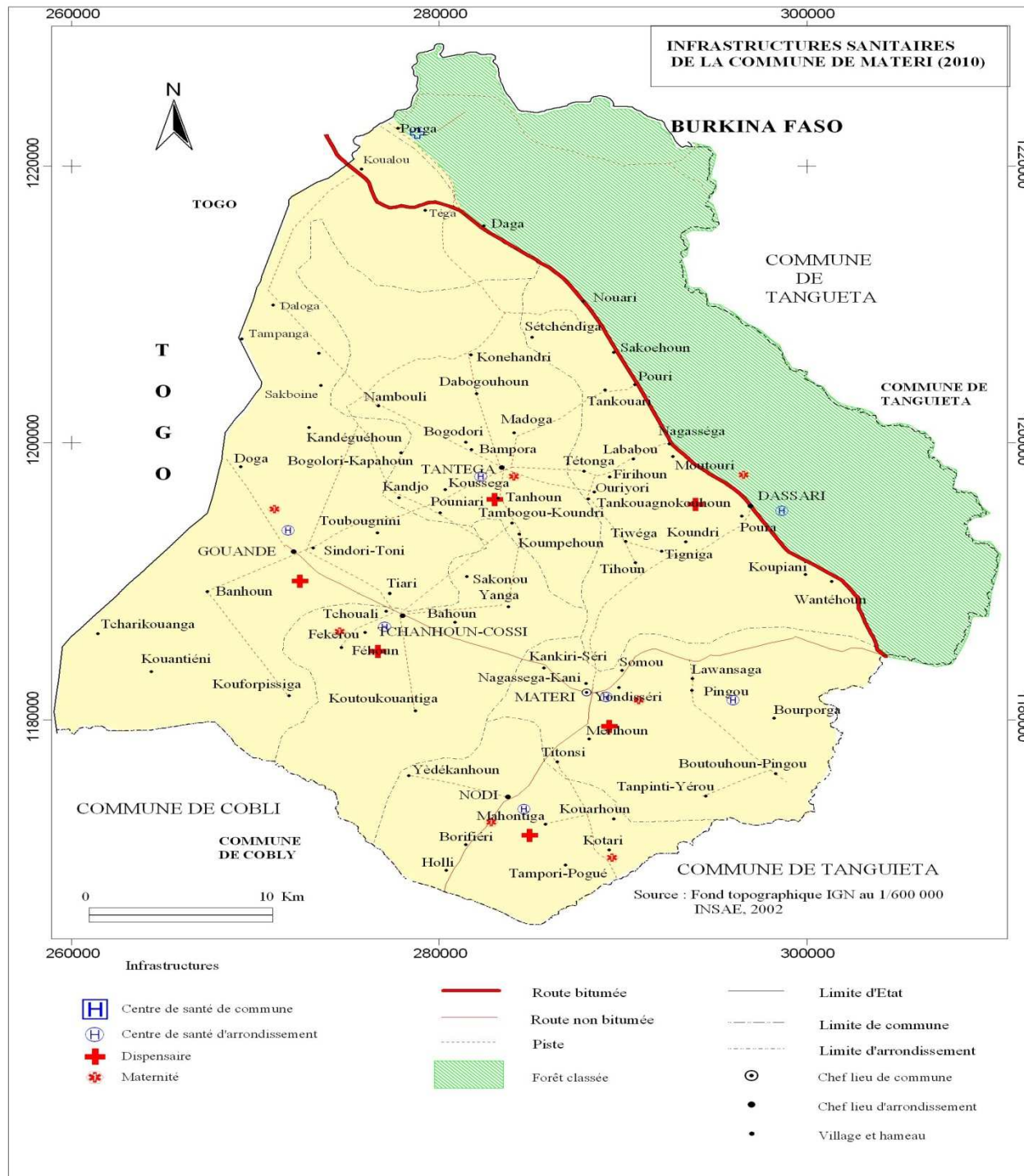
Centres de santé
Unité villageoise
de santé

Le système local de soins de santé du territoire de la Pendjari

























Etude de Cas n°1: Enfant 1 Couple T.

Le travail de la parturiente a été principalement suivi par une aide soignante dans un grand hôpital où il y a des sages-femmes et au moins un médecin gynécologue. L'aide-soignante n'a pas alerté ses supérieurs en ce qui concerne le temps de travail long et indiquant une complication jusqu'à l'arrivée d'un médecin externe. La demande d'assistance du médecin gynécologue externe a été d'abord refusée puis acceptée sur son insistance et le brandissement de son identité médicale et sociale. Le paludisme du nouveau-né n'a pas été bien traité avant que les parents soient autorisés à sortir de l'hôpital. Le père de Monsieur T. n'a pas trouvé de raisons cliniques et sanitaires pour un retour à l'hôpital, il aurait pu refuser ce voyage s'il avait le pouvoir, mais face au statut intellectuel de son fils et de son épouse qui est enseignante, il est resté sans puissance. Le nouveau-né, malgré le traitement en cours, meurt sur la table de la perfusion

Etude de Cas n°2: Enfant 2 Couple T.

Pendant une nuit entière la maternité centrale d'un hôpital de zone est gérée par une matrone, dans la capitale régionale d'un pays, le Bénin. Malgré la présentation de la tête de l'enfant, cette matrone ne trouve pas de problème grave et condamne la parturiente, qui selon elle, n'obéit pas à la consigne de pousser pour faire sortir l'enfant. Aucun autre agent de santé des services de proximité ne découvre la situation pour demander la référence. Une fois référée sur insistance de son époux, la situation a été gérée au mieux par l'utilisation de la ventouse. Selon les normes psychotechniques, après cinq minutes, la réanimation n'est plus une bonne solution. Mais mettant en avant la parenté et l'amitié entre son fils propre et le père de l'enfant, un infirmier force la réanimation et fait vivre l'enfant. Dans le diagnostic social de son handicap, aucun lien n'est fait avec son histoire de naissance. La responsabilité est plutôt portée sur ses parents (infections biologiques ou sociales) et sur lui-même (démon venu pour faire souffrir ses parents).

Etude de Cas n°3: Enfant 3 Couple T.

Une relation thérapeutique directe bien réussie. L'objectif du couple d'avoir un enfant a été atteint. Mais sur le plan technique, c'est le couple qui a choisi son médecin, son centre d'accompagnement et la forme d'accouchement. Il a décidé de payer pour cela plus cher et directement au médecin dans un service public, non pas pour la structure hospitalière.

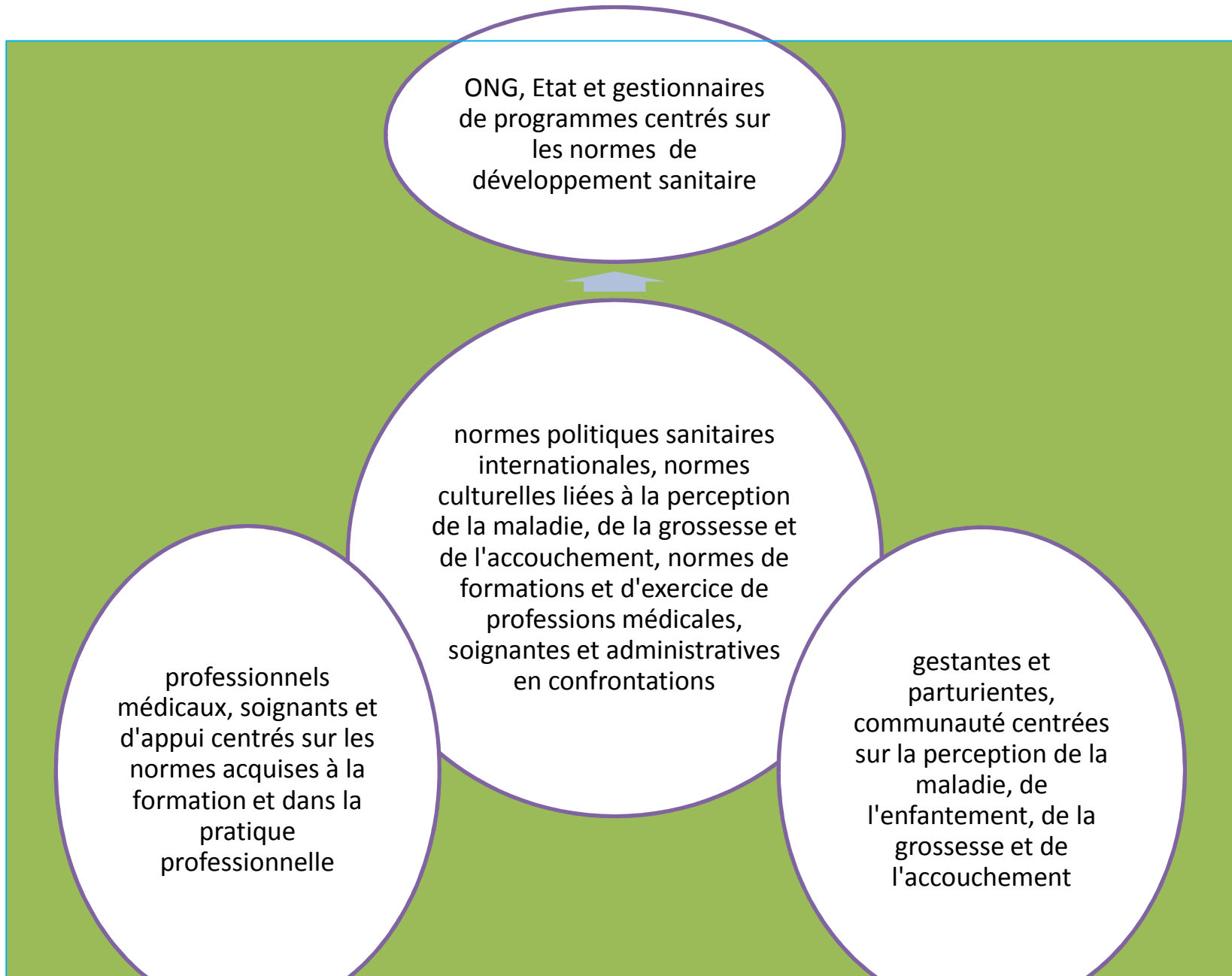
Etude de Cas n°4: Mme N. en infection puerpérale

Un conflit d'interprétation de la maladie liée à l'accouchement : l'infection puerpérale, la septicémie encourue et la paralysie symptomatique des membres inférieurs. Il révèle aussi un problème d'organisation de la maternité et de communication entre les soignants et entre les soignants et les soignés

Quel regard socio-anthropologique?

- De la communauté à la maternité, la gestante est en interaction au fil des décisions qui déclenchent l'entreprise de l'enfantement et le recours aux soins;
- Une relation de décision dans laquelle l'habitus de l'enfantement est plus au service de l'intégration sociale des femmes que de la santé de la mère;
- Un espace de santé maternelle où la relation thérapeutique pose des problèmes politiques, de neutralité, d'équité et d'éthique

La maternité: un contexte social pluriel



L'obstétrique moderne au Bénin n'est pas une réalité objective pour l'ensemble de ces acteurs. Elle est expérimentée, vécue et comprise par chaque catégorie d'acteurs selon des variables propres qui gouvernent la production et la consommation des soins.

Ces variables différentes en interaction dans la régulation font des différentes normes théoriques des règles en permanents jeux dans les espaces de soins, sans toujours favoriser une prise en charge optimale de la grossesse et de l'accouchement.