UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)
FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE:
« Espaces, Culture et Développement »

**THESE DE DOCTORAT UNIQUE**

**SUJET**

# Du biologique au social : une socio-anthropologie de la douleur chez les parturientes dans la Zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tɔri.

**Réalisé par :**

**AGUIA-DAHO Jacques E.C**

**Sous la direction de :**

**M. Albert NOUHOUAYI**

**Professeur Titulaire Emérite de Philosophie-Anthropologie des universités du CAMES**

**Année académique 2012-2013**

# AVANT-PROPOS

### A l'arrière plan transparaît pourtant une histoire de vie

A l'heure où je décidais interroger la problématique générale de la douleur, j'avais juste la sensation d'avoir entrepris un travail au profit de la science et du développement. Mais à l'heure de la relecture de la première version du document, j'ai tout comme l'impression de parcourir une histoire de vie, je veux dire la mienne. A travers les lignes, je redécouvre les nombreuses nuits blanches à la maternité où s'est déroulé le suivi de la grossesse de ma femme. En parcourant mes propres analyses, je trouve les réponses à des questions qui sont restées sans suite durant la période de grossesse et celle de l'accouchement. Je puis comprendre aussi les sources de ce courage dont a fait preuve ma femme. De même, les lignes de la présente production sont parvenues à m'expliquer les origines profondes de cette abnégation à écrire un document scientifique dans un climat controversant. Un climat qui associe les peines aux joies et l'espoir au désespoir. Le sujet a-t-il inspiré tant de douleurs dans ma vie ? Ou a –t il plutôt servi de thérapie à tant d'épreuves douloureuses? Et pourtant, je répondais juste à un appel de la science. L'environnement sanitaire, l'actualité des catastrophes et la fréquence des conflits ont besoin d'une analyse du rapport à la douleur. Il en est de même pour la quête du bonheur et les nouveaux repères relatifs à l'Excellence chez les jeunes. En me rappelant de ce que le Professeur AHYI AGUESSY Akpé Béatrice me disait : « *traiter la douleur par un non accoucheur, c'est difficile* », je réalise à présent comment la distance qui me sépare de la salle d'accouchement cache ma proximité avec le sujet. Je réalise aussi le caractère prémonitoire dont peut se revêtir un objet de recherche et le rôle que peut jouer une expérience scientifique dans la vie du chercheur.

Cependant, l'épistémologue aura toujours raison d'enseigner la distance entre la « vie de chercheur » (le chercheur en situation de recherche) et la « vie du chercheur » (le chercheur dans sa vie privée).

# In mémorium

A

Claude ASSABA,

Ton héritage reste une source d'inspiration…

# DEDICACE

« Ne soyez pas seulement des gens qui travaillent sur les bouquins. Mais aussi sur la vie [1]» (NOUHOUAYI Albert)

La présente production est l'expression de mon engagement à participer auprès de la communauté scientifique à l'élargissement du niveau de connaissance nécessaire à la gestion des questions de santé au Bénin. Elle est dédiée à :

**toi,**

**mon fils, Christ-Auguste Jacques Dotou, en réponse non seulement à toutes ces douleurs et peines que ta maman et moi avons vécues, mais aussi à la flamme de cet amour que je porterai toujours pour vous !**

[1] Lors d'un entretien de recherche avec ses doctorants, le Professeur Albert NOUHOUAYI a prononcé cette phrase pour inciter la communauté universitaire à une meilleure prise de conscience face aux problèmes auxquels sont confrontées les populations actuelles du monde.

# REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à tous ceux qui ont apporté leur assistance pour la production de ce travail. Particulièrement je remercie:

- Le Professeur Albert NOUHOUAYI, mon Directeur de Thèse, pour avoir introduit la voie et s'être sacrifié pour que la science serve au Développement ;
- Le Professeur Honorat AGUESSY : vous êtes non seulement une référence mais aussi et surtout une légende vivante. C'était mon tour d'en avoir les preuves ;
- Le Professeur Dodji H. AMOUZOUVI :le temps que je trouve les mots justes pour exprimer la grandeur de ma gratitude, je bénis le Seigneur pour le jour où nos chemins se sont croisés. Il fallait vraiment que vous existiez… ;
- Le Professeur Adolphe KPATCHAVI : l'ombre de vos écrits, de vos enseignements aux côtés de vos conseils et observations ont été déterminants pour la conduite à terme de la présente recherche ;
- Le Professeur AHYI AGUESSY Akpé Béatrice: Vous m'aviez montré le chemin qui mène de la socio-anthropologie à l'obstétrique ;
- Le Professeur EdmuteALBERT : Vous aviez démontré que la science n'a pas de frontière et qu'elle peut unir les peuples.
- Le Docteur Abou-Bakary IMOROU pour avoir nourri mon inspiration lors de l'identification de la présente problématique de recherche ;
- Le Docteur Cyprien AHOLOU pour tant de sacrifices consentis ;

- Le Docteur Jean Marie APOVO : la retraite professionnelle ne vous a pas empêché d'être à l'écoute de la communauté universitaire ;
- Le Docteur Cyril APOVO : vous êtes passé du parrain à l'enseignant. La prise en compte de vos conseils a énormément influencé le cours de la recherche ;
- Les enseignants du Département de Sociologie-Anthropologie de la FLASH : comme une mère, vous m'aviez édifié et soutenu sur tout ce parcours académique et scientifique sanctionné par la présente production ;
- Les enseignants de l'Ecole Doctorale de la FLASH : Avec vous, j'ai appris à concilier science et développement ;
- Les docteurs Joseph TSIGBE, Mawusse Kpakpo AKUE ADOTEVI, Bernard ATCHRIMI et le Professeur Edinam KOLA, de l'Université Lomé. Avec la coopération scientifique, vous avez réduit la distance entre Cotonou et Lomé ;
- Les chercheurs et les doctorants du Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Socio-anthropologiques et d'Expertise pour le Développement (LADSED) notamment Ilyass SINA D., Karl NASSI, Kassimou DEMBA DIALLO, Apollinaire GNANVI et Bruno MONTCHO. Ce travail est aussi le vôtre ;
- Les docteurs Rodrigue MONTCHO et Joseph SAGHUI. En vous j'ai retrouvé les marques de la solidarité scientifique et le sens du vivre ensemble. Vous aviez été tout simplement des « grands – frères »;
- Les docteurs Emmanuel SAMBIENI, Charles BABADJIDE et Marius TOTIN pour la collaboration et l'attention dont j'ai bénéficiées tout le long de la réalisation du présent travail ;

- Les Moniteurs du Département de Sociologie-Anthropologie et les promotionnaires de l'Ecole doctorale de la FLASH : ce travail est aussi le vôtre ;

- Nicolas AKOTCHAYE, Boubacal S. BANI YERO, Innocent DANDJI, Claude DAWSON, Florent TASSO et Armelle TOHOUEGNON : simplement merci ;
- Georges DANHOUNDO, les membres du GIERSA et les participants au 4ème Colloque des chercheurs: le passage à Québec a dissipé mes craintes de départ.
- Sa majesté le Roi HOUNON Robert de *Ouidah* et sa majesté le Roi KINIDEGBE de ***Tɔri.*** Une fois encore, vous avez démontré votre disponibilité au service de la Science ;

- Les responsables et agents de santé des formations sanitaires de la Zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tɔri ***;***
- Les différents informateurs approchés dans le cadre de la recherche : vous m'aviez donné l'occasion de faire de l'informateur, un partenaire de recherche ;
- Sourou ZOMAHOUN , Arnaud KINDANDJIN et leur épouse respective: vous êtes passés du statut d'informateur au celui de collaborateur de recherche ;

- Mon père Crespin AGUIA-DAHO et ma mère Christine AVAHOULIN. A travers ce travail, découvrez les fruits de votre engagement à élever en moi, les valeurs et normes d'une vie saine au profit de la nation ;

- Ma grande sœur Françoise AGUIA-DAHO: tu t'es beaucoup sacrifiée pour que je poursuive mes études. Je remercie aussi les autres frères et sœurs. A toi, Pascaline AGUIA-DAHO, je renouvelle mes engagements ;
- HOUNTON Juliette F. ce travail est un témoignage de mon profond attachement à toi et ma fidélité aux promesses ;
- Le couple ABOU et leurs enfants: la science a permis le contact et l'amour a scellé les liens ;
- Le Programme Initiatives pour l'Excellence notamment les responsables Gilles OUINDO, Prince GBEGNITO, Mescario d'ALMEIDA, Daniel da CRUZ, Achilles SODEGLA, Karen GANYE : vous aviez réussi à justifier l'importance de la solidarité dans l'arène scientifique ;
- Les Familles ADJOU, GANYE, GANMAVO, FANTONGNON et SONON.
- Frankel AMOUZOUVI, Jacques HOUNGNONVI, Richard AZANDOSSESSI Hervé D. HOUSSOU, Tobias LOKONON, Didas TOSSOU, Christie KOUDJOU et Marie AZONSI : Vous étiez là depuis le commencement !
- A toute la famille ALLAYE : Que le Destin nous unisse davantage.

## NOTES ET TRANSCRIPTIONS

| | |
|---|---|
| Dystocies | Ce sont les cas d'accouchements difficiles avec un temps prolongé. Le temps prolongé concerne aussi bien la phase latente que celle active. |
| Infection puerpérale | On parle d'Infection puerpérale lorsqu'une femme a de la fièvre (température de 38° centigrade ou plus) survenant plus de 24 heures après l'accouchement (avec au moins deux prises de température parce que le travail seul peut causer une certaine fièvre). D'autres signes et symptômes sont possibles : douleur abdominale, pertes vaginales purulentes et fétides, un utérus douloureux à la pression (exclure le paludisme). |
| Multipare | Une femme qui a déjà fait une expérience d'accouchement. |
| Primipare | Une femme qui est à sa première expérience d'accouchement. |
| Soins Obstétricaux d'Urgences (SOU) | Ils renvoient aux soins réservés aux femmes ayant des complications gravido-puerperales exigeant une intervention d'urgence. |
| Post-partum | On est en situation de Post-partum lorsqu'il s'agit de complications intervenues après l'accouchement (saignement, rupture de l'utérus...) |

# LISTE DES SIGLES

| | |
|---|---|
| CCC | Communication pour un Changement de Comportement |
| CPN | Consultation Prénatale |
| DPP | Direction de la Programmation et de la Prospective |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| ENIIAB | Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoint (e )s du Bénin |
| FAP | Femmes en Âge de Procréer |
| IASP | International Association for the Study of Pain |
| IEC | Information Education et Communication |
| INMeS | Institut National Médico Social |
| MAP | Menace d'Accouchement Prématuré |
| MS | Ministère de la Santé |
| MSP | Ministère de la Santé Publique |
| OKT | Ouidah – Kpomassè-Tori |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l'Habitation |
| SONU | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences |
| SOU | Soins Obstétricaux d'Urgences |
| TA | Tension Artérielle |
| Z S | Zone Sanitaire |

# LISTE DES TABLEAUX

*Tableau I : Décès maternels (ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes) au Bénin en 2009.*.....57
*Tableau II: Localités cibles et principaux critères de choix* .....63
*Tableau III: Critères de choix des informateurs*.....65
*Tableau IV: Durée et calendrier de recherche*.....73
*Tableau V: Répartition des aires sanitaires au Bénin* .....80
*Tableau VI: Organisation administrative des départements de l'Atlantique et du Littoral et population* .....81
*Tableau VII: Tableau relatif à l'utilisation des services de maternité dans la Z S OKT*87
*Tableau VIII: Divergence des points du vue sur le sens du concept de délivrance*.....107
Tableau IX: Différentes opérations liées au travail d'accouchement et à la délivrance135
*Tableau X: Actes expressifs de la douleur chez les parturientes*.....141
*Tableau XI: diversité dans la manifestation de la douleur chez les patientes*.....142
*Tableau XII: centres d'intérêt des échanges relatifs à la prise en charge « psychologique »*.....143
Tableau XIII: Quelques réponses apportées à une question "controversant".....150
*Tableau XIV: Interdits sociaux chez les femmes enceintes* .....167
*Tableau XV: azãlɛnwema* .....172
*Tableau XVI: dénomination des jours favorables et défavorables suivant le "azɑnlɛnwema"*.....173
*Tableau XVII: Expressions relatives à l'expérience de l'accouchement langues*.....178
*Tableau XVIII: Extraits des propos qui réduisent le recours aux soins chez femmes enceintes en milieu communautaire* .....201
*Tableau XIX: Caractéristiques des acteurs de la prise en charge de la douleur de l'accouchement.* .....206

# LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Tendances relatives aux Femmes en Âge de Procréer (FAP) suivant les départements du Bénin en 2009 ..... 56
Graphique 2: Tendances relatives à la mortalité maternelle chez les Femmes en Âge de Procréer (FAP) suivant les départements du Bénin en 2009 ..... 58
Graphique 3: Evolutions des évènements relatifs aux accouchements dans la Zone sanitaire OKT entre 2008 et 2012 ..... 83
Graphique 4: Tendances relatives aux accouchements eutociques en 2008 ..... 91
Graphique 5: Tendances relatives aux accouchements eutociques en 2012 ..... 92
Graphique 6: Avis des informateurs sur la mise en place d'un mécanisme pour l'accouchement sans douleur ..... 95
Graphique 7: Tendances des naissances vivantes en 2008 ..... 110
Graphique 8: Tendances des morts-nés en 2008 ..... 110
Graphique 9: tendances des décès maternels en 2008 ..... 111
Graphique 10: Tendances des naissances vivantes en 2012 ..... 111
Graphique 11: Tendance relative aux morts-nés en 2012 ..... 112
Graphique 12: Tendances relatives aux décès maternels en ..... 112
Graphique 13: Comparaison des statistiques de gestantes admises ou non en travail d'accouchement suite aux plaintes portant sur la douleur ..... 119
Graphique 14: Source d'acquisition des savoirs chez les tradithérapeutes ..... 187
Graphique 15: Statistiques relatives à la prévention ou non de la douleur chez la parturiente ..... 203
Graphique 16: Aptitudes linguistiques chez les agents obstétriciens ..... 224

# LISTE DES FIGURES

Figure 1: Normalité et déviance, santé et maladie .....35
Figure 2: Cadre conceptuel de la recherche.....37
Figure 3: Cadre conceptuel.....37
Figure 4: trajectoires thérapeutiques chez les femmes enceintes.....89
Figure 5: Représentation du modèle écologique adapté à la douleur de l'accouchement

.....219

Figure 6: Composantes de l'attitude relative à la douleur de l'accouchement.....232
Figure 7: Cadre conceptuel relatif aux composantes de la douleur de l'accouchement234

# SOMMAIRE

**AVANT-PROPOS** ....1

**DEDICACE** ....3

**REMERCIEMENTS** ....4

**NOTES ET TRANSCRIPTIONS** ....8

**LISTE DES SIGLES** ....9

**LISTE DES TABLEAUX** ....10

**LISTE DES GRAPHIQUES** ....11

**LISTE DES FIGURES** ....12

**SOMMAIRE** ....13

**RESUME** ....14

**ABSTRACT** ....15

**INTRODUCTION** ....16

**PREMIERE PARTIE** ....22

**LA DOULEUR DE LA PARTURIENTE COMME CHAMP D'ETUDE DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE** ....22

**CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE ET CHAMP THEORIQUE DE LA RECHERCHE** ....22

**CHAPITRE II : LES ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE** ....53

**DEUXIEME PARTIE :** ....74

**LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT : LES ILLUSIONS DE LA PRISE EN CHARGE BIOMEDICALE DE LA DOULEUR** ....74

**CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE BIOMEDICALE DE LA DOULEUR DE LA PARTURIENTE** ....74

**CHAPITRE IV. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE LA DOULEUR : LES CONTROVERSES AUTOUR DU SAVOIR BIOMEDICAL** ....114

**TROISIEME PARTIE : DE NOUVEAUX REPERES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR** ....153

**CHAPITRE V : LES REPONSES DE L'OBSTETRIQUE TRADITIONNELLE** ....153

**CHAPITRE VI. LE DISPOSITIF PROTOCOLAIRE MODERNE FACE AUX AUTRES REPERES SOCIAUX DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR** ....199

**CONCLUSION** ....236

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES** ....242

**ANNEXES** ....252

# RESUME

L'hypermédicalisation de l'accouchement n'est pas parvenue à garantir ni la suppression de la douleur, ni une efficacité absolue dans sa prise en charge médicale chez les parturientes. La présente recherche, part de ce constat pour interroger les composantes qui participent de la construction du rapport à la douleur chez les usagers des services de maternité dans la Zone sanitaire "*Ouidah-Kpomassè-Tɔri"*.Les données issues des entretiens, de l'étude des dossiers de malade, de l'observation directe dans les maternités et domiciles des patientes renseignent sur l'interférence de savoirs religieux, des us et coutumes, des sémiologies et d'enjeux divers dans la réaction des femmes à la douleur. L'analyse multi variée a donc permis d'établir que cette douleur relève d'une construction sociale et présente les attributs d'un évènement social. Ainsi, certains aspects "insaisissables" par l'obstétrique moderne trouvent leur répondant dans l'obstétrique traditionnelle. Un protocole de prise en charge qui intègre les particularités de ces deux types d'obstétrique apparaît alors comme une réponse significative à la prise en charge de la douleur chez les parturientes.

**Mots clés** : Zone sanitaire de *Ouidah-Kpomassè-Tɔri ; mortalité maternelle, accouchement, douleur, Dieu*

# ABSTRACT

The increasing reliance on medical intervention during the delivery has not succeeded in stopping pain, neither assuring a complete efficiency while taking care of the parturient. This research starts from this report to investigate the components that structure the relation to the pain of the maternity services users in the health zone "*Ouidah-Kpomassè-Tori*". The data gathered from the interviews, the reviewing of the patients' files and the direct observation within the maternity wards and the patients' homes tell about the interaction of the religious knowledge, habits and customs, the meanings and the diverse issues during the women responses to the pain. The multivariate analyses enabled therefore to prove that this pain is truly a social construction and presents the traits of a social event. Thus, some aspects that are intangible to the modern obstetrics are finding their answer in the traditional one. A taking care procedure including the specific features of the two types of obstetrics sounds like a significant answer to the taking care of parturient pain**.**

**Key words:** Health zone of Ouidah-Kpomassè-Tori, maternal mortality, delivery, pain, God

# INTRODUCTION

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. Les professionnels de la biomédecine, de la santé publique et de l'obstétrique, les agents de santé et les responsables des politiques sanitaires y découvrent l'importance de la philosophie, de la psychologie, de l'anthropologie et de la sociologie pour ne citer que ces disciplines.

En général, l'une des pistes explorées est celle qui part du principe selon lequel l'audience sociale et l'utilité communautaire des hommes et femmes sont largement appréciées en relation avec le nombre d'enfants qu'ils ont (Todd 1983). Il s'ensuit donc que la maternité est déterminante dans la vie sociale des populations. Si la fertilité constitue le principal point d'ancrage des préoccupations en milieu communautaire, chez les "agents de la santé publique", c'est beaucoup plus la mortalité maternelle qui retient l'attention (Scenafrik2008).

En effet, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2006)[2] situent la mortalité maternelle au ratio de 397 décès maternels pour cent mille naissances vivantes au Bénin. De même, la mortalité néonatale s'élève à trente-deux décès pour mille (32/1000) naissances vivantes (EDS 2006). Obtenir une réduction progressive de la mortalité maternelle constitue donc un défi notamment pour l'atteinte de l'OMD relatif à la survie de l'enfant (Objectif N° 4) dans un pays où le taux de natalité est de 41 pour 1000.

L'attention est alors de plus en plus portée sur la maîtrise de la natalité et de la mortalité maternelle. A ce titre, l'accouchement occupe une place de choix dans les discussions portant sur les questions sociodémographiques et plus particulièrement celles relatives à la santé de la mère et de l'enfant.

Au nombre des centres d'intérêt des discussions, figure la problématique de la douleur chez la parturiente. Déjà, la question de la douleur de la femme enceinte

[2] Les données les plus récentes dont on dispose dans ce domaine remontent à 2006. L'INSAE annonce pour courant 2013-2014 une nouvelle EDS

et plus précisément celle qui accouche est au cœur de l'expérience religieuse. La plupart des religions sont essentiellement fondées sur le sens qu'elles accordent à la perte, à la douleur et à la mort. Sur cet acte fondateur, s'est constituée dans l'Église catholique une tradition « doloriste » qui donne sens et valeur à la douleur, comme offrande à Dieu et comme voie de rédemption personnelle. La célèbre référence biblique *« j'augmenterai la souffrance de tes grossesses. Tu enfanteras avec douleur…* » (Louis Second, Genèse 3 v16) est souvent citée pour défendre l'"institutionnalisation" de la douleur chez la parturiente. Le bouddhisme est basé sur la soumission de tous les êtres vivants à la douleur physique et mentale (et de façon répétée à travers les réincarnations) et sur le moyen d'y échapper dans le Nirvana.

D'un autre côté, de nombreux philosophes grecs ont fait de la souffrance et des moyens d'y échapper, le centre de leur enseignement: Ainsi les stoïciens postulent : « *Ne demande pas que ce qui arrive soit comme tu veux. Mais veuille que les choses arrivent comme elles arrivent et tu seras heureux. Lorsque tu vois un homme qui gémi dans le deuil, soit parce que son fils est absent soit parce qu'il a perdu ce qu'il possédait, prends garde de te laisser entraîner par l'idée que les maux dont il souffre lui viennent du dehors. Mais sois prêt à dire aussitôt « ce qui l'afflige, ce n'est pas ce qui arrive, car un autre n'en est pas affligé ; mais c'est le jugement qu'il porte sur cet événement ». N'hésite donc pas, même par la parole, à lui témoigner de la sympathie et même, si l'occasion s'en présente, à gémir avec lui. Mais néanmoins prends garde de ne point aussi gémir du fond de l'âme. (Epictète - Manuel). L*e pouvoir sur la douleur s'est de plus en plus transformé alors en pouvoir par la douleur (Millet, 2006).

Ces présupposés théologiques et philosophiques mettent en relief des aspects non biologiques (physiologiques) dans l'analyse de l'expérience de la douleur. Avec la récupération du concept de souffrance par les chercheurs en sciences humaines et sociales (Périlleux et Cultiaux 2009), la part du religieux dans l'expérience de la douleur chez les parturientes retient l'attention. Il faut y retrouver les traces de Jacques (2007) sur la Sociologie de l'accouchement qui remarque (à l'image d'autres chercheurs) une médicalisation intensive de l'accouchement. La conclusion tirée fait suite à une recherche empirique, menée

sur des femmes et des soignants, au sein de trois établissements aux pratiques professionnelles bien distinctes. La démarche méthodologique et les centres d'intérêt de l'étude construits autour de la chronologie des vécus de la maternité, illustrent la place des rites, mythes, discours, systèmes de perception et des référents sociaux dans le déclenchement, l'évolution et la gestion de la douleur. Ainsi, le domaine de la maternité témoigne du fait que l' « anthropologie médicale a fait de l'ethnomédecine, un de ses objets de prédilection » (Bénoist 1996).

En dehors des aspects cliniques, il est donc important d'investiguer le quotidien de la femme enceinte, les interactions sociales qu'elle entretient, les pratiques sociales qu'elle opère du fait de la grossesse qu'elle porte. Ceci permet une lecture holistique du rapport à la douleur et la nature de la prise en charge dont elle fait l'objet. Le regard anthropologique sur les soins passe, d'ailleurs, notamment par la prise en compte des pratiques non institutionnelles. C'est à une telle anthropologie des soins domestiques que Saillant (1999), convie l'anthropologie à se préoccuper, dans le cadre d'un pluralisme médical, de l'articulation de tout l'éventail des pratiques de maintien de la vie, y compris celles informelles du secteur domestique.

Lorsque l'on s'inscrit dans une perspective ethno méthodologique, on se rend compte des limites du pouvoir biomédical et l'évidence d'un capital culturel élevé aussi bien chez la femme enceinte qu'au niveau de son entourage. L'analyse sociologique de l'accouchement apparaît donc comme une perspective particulièrement riche (Jacques 2007). Cette richesse peut être appréhendée à l'aune des données qu'elle apporte dans l'étude de la douleur (comme objet d'étude de la socio-anthropologie).

En général, la douleur des contractions utérines fait peur aux futurs parents. En réponse à ceci et attachée à son ambition de satisfaire la majorité, la santé publique fait de l'obstétrique un domaine privilégié d'intervention (Boullé 2005). Au nombre des préoccupations, figurent, l'idée d'un accouchement sans douleur et celle de la maîtrise totale de la douleur dans la période impartie à

l'accouchement. L'un des postulats les plus prononcés dans le milieu médical est de concevoir la douleur qui survient dans le cours de la grossesse comme un "mal" à combattre à l'aide de tous les moyens offerts par les sciences médicales et pharmaceutiques.

Comme dans toute recherche en sciences humaines et sociales « ce qui est familier n'est pas pour autant connu » (Bachelard 1932). La fréquence de l'idéologie selon laquelle la douleur est un mal à combattre, un sort de Dieu ou encore une malédiction n'empêche guère une étude de proximité sur les vécus des femmes enceintes et l'expérience individuelle et collective qu'elles développent au sujet de la douleur. De plus en plus, les recherches en sciences humaines et sociales mettent en relief une éthique d'acceptation de la douleur face à une éthique du refus de souffrir.

C'est fort de ceci qu'il est remarqué que la littérature biomédicale ne présente pas une richesse pour ce qui est des recherches empiriques effectuées auprès de patients réels sur le thème précis de la souffrance (Daneaut et al 2007). Selon Dao (2004), la douleur chronique représente une énigme étiologique et une impasse thérapeutique pour la médecine et le patient. L'analyse des récits ethnographiques des patients offre alors une perspective éclairante du problème. Ainsi, les thèmes prédominants incluent la non-congruence entre le discours biomédical et celui du patient, la difficulté du patient à reprendre pour son compte la perspective médicale de sa douleur, la pauvreté du langage de la douleur, la performance de la douleur, la nécessité de lui trouver un sens et l'importance de la culture dans la présentation du patient et dans sa prise en charge. Reconnaître l'expérience subjective du patient permet, en fait, de lui redonner une légitimité nécessaire.

L'exploration de l'univers social, culturel et personnel de la patiente permet une féconde interprétation des symptômes de douleur, qui inaugure la perspective d'un regard et d'une analyse différenciée du rapport à la douleur chez les patientes. C'est moins dans les symptômes physiques et les réponses (verbales) aux interrogatoires qu'il faut trouver le secret de la prise en charge

de la douleur. C'est beaucoup plus dans les champs perceptifs qui structurent l'extériorisation ou non des symptômes ou qui déterminent la nature et le contenu des réponses qu'il faut retrouver le secret des conduites à tenir face à la douleur. La notion de « mal joli » est révélatrice, à ce titre, de la complexité de l'imaginaire social. A ce sujet, dans le cadre de ses recherches portant sur la relation entre l'accouchement et la douleur, Marilène (1998) ouvre de précieuses pistes pour le socio-anthropologue quand elle en arrive à la conclusion selon laquelle les douleurs relatives à l'accouchement bénéficient encore d'une forte acceptabilité sociale.

La douleur n'est donc pas seulement un fait physiologique, mais d'abord un fait d'existence. Elle ne renvoie pas systématiquement (ou exclusivement) à un corps qui souffre. Mais elle s'ouvre aussi, chez une femme, à une appartenance sociale et culturelle, une psychologie particulière, une histoire propre. Pour soulager efficacement les patientes, la médecine doit utiliser toutes les ressources pharmacologiques mais aussi prendre en compte la singularité de la patiente : Si « accoucher, est un acte biologique d'abord, mais elle est aussi un acte social et culturel qui s'insère dans des rituels et des modes de prise en charge qui évoluent au rythme des sociétés (Saillant et O'Neill 1987), il est aussi vrai que « la perception de la douleur ne dépend pas que de l'état biologique de l'individu » (Descôteau 1996).

De nouvelles pistes de réflexion s'offrent, de par la présente recherche aux praticiens de la biomédecine. Le protocole d'intervention en soins obstétricaux, la mortalité maternelle et néonatale, la gestion des complications de grossesse trouvent de nouveaux horizons à partir d'une lecture holistique portée sur la douleur. Ainsi, l'agent de santé pourra satisfaire non seulement l'inquiétude qui est de savoir comment comprendre cette parturiente qui reste silencieuse malgré une douleur intense mais aussi et surtout déceler les enjeux et pratiques (socio identitaires par exemple) qui en découlent pour une meilleure prise en charge de la douleur. C'est à ce travail que s'est consacrée la présente Thèse.

Les données produites et analysées sont présentées en trois parties composées chacune de deux chapitres. La première partie met en relief les considérations théoriques et

méthodologiques. La deuxième partie projette un regard analytique et critique sur la biomédecine pour ce qui concerne la prise en charge de la douleur chez la parturiente. Les données traitées dans cette partie ont permis d'établir une série d'observations relatives à la (im) pertinence des savoirs biomédicaux et de la santé publique en matière de prise en charge de la douleur de l'accouchement dans les maternités étudiées. La troisième partie quant-à elle, met en relief les caractéristiques et les fondements de l'obstétrique traditionnelle.

# PREMIERE PARTIE
# LA DOULEUR DE LA PARTURIENTE COMME CHAMP D'ETUDE DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE

## CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE ET CHAMP THEORIQUE DE LA RECHERCHE

### 1-1 : Du problème social au problème scientifique

Quand le socio-anthropologue interroge l'expérience de la douleur chez les parturientes, il est important qu'il s'affranchisse des évidences jusque-là soutenues par les praticiens de la biomédecine. La biomédecine a longtemps prôné le principe d'un corps-machine dont la défection peut être réparée par l'usage d'instruments divers (Davis – Floyd 2001). Une telle conception suppose donc que les hommes sont à l'image des objets physiques. De ce fait, le corps humain, comme d'une machine, serait systématiquement sous l'effet de stimulants qui détermineraient les réactions qu'il produit. Admettre le fonctionnement du corps humain en ces termes, c'est donner une carte "blanche[3]" aux laboratoires de la biomédecine dans la formulation des réponses à tout problème de santé chez le patient.

En effet, l'hypothèse d'un individu exempt de toute perturbation de l' « équilibre » de son système biologique, ou encore, le "rêve" d'un individu sain qui anime les réflexions en biomédecine et en santé publique peut nourrir des préjudices pour l'individu. Cet état de chose a déjà retenu l'attention de plusieurs chercheurs et de nombreux acteurs de la société civile qui s'inquiètent des excès qu'implique un projet de "santé parfaite" pour l'individu. Saillant et Genest (2005) mettent en relief la fidélité aux réalités locales et l'engagement à relever des défis à l'échelle globale. Partant de la situation au

[3] "Carte blanche" : locution nominale qui renvoie à l'idée de donner une liberté d'agir à quelqu'un. Ici, la formule fait référence à cette propension des agents de santé (de la biomédecine) à vouloir inévitablement trouver une solution (l'injection d'un produit dans l'organisme par exemple) à un état qu'ils jugent défectueux.

Québec, ils rapportent que « les anthropologues ont montré que la biomédecine est coincée entre les discours triomphalistes des grands laboratoires et de quelques chercheurs vedettes et une société civile avide d'entendre la science répondre à tous les défis médicaux ».

Or, plus la médecine cherche à créer une réponse à des états de santé qu'elle juge non conformes à ses attentes, plus elle tend à universaliser sa démarche envers les usagers des services de soins. Il est important de prendre de sérieuses réserves face à une option d'universalisation de l'intervention médicale. Cette réserve vis-à-vis des compétences de la biomédecine, je la trouve, résolument, pertinente. Et une manière d'interroger cette pertinence est de poser la question qui consiste à se demander si les pronostics de la biomédecine arrivent-ils à expliquer tous les états (de santé) chez les individus. En d'autres termes, la biologie a – t – elle réellement et exclusivement le monopole de l'explication et de la réponse aux ressentiments et manifestations du corps humain ? Depuis plus d'une décennie maintenant, Denis et al. (1995) lançaient une alternative sociologique dans l'analyse des phénomènes relatifs à l'homme. Ils remarquent que le regard sociologique a le mérite de poser que la réalité sociale est une conséquence des relations entre les individus et de l'influence qu'exerce la société sur ces derniers. A y voir de près, la remarque ne fait que souligner les insuffisances d'une approche qui écarte la part des consciences collectives, des normes sociales, des valeurs, des expériences individuelles et collectives dans l'analyse de toute situation relative à l'homme.

L'expérience de la grossesse me paraît alors comme un champ assez "fertile" pour la mise en évidence des problèmes que pose, ce qu'il est convenu d'appeler une " tendance à l'hégémonie" chez les "techniciens de santé" dans la formulation de l'offre des soins de santé.

Le slogan « *ne pas mourir en donnant la vie* » de l'OMS, prend l'allure de précepte et interpelle la conscience des laboratoires de médecine en général et ceux spécialisés dans le domaine des soins obstétricaux en particulier. Avec une "hyper médicalisation" (Michel 2005) de l'accouchement, des dispositions se créent et se mettent en œuvre pour éviter que les femmes enceintes n'échappent au suivi médical. La Zone sanitaire de *Ouidah-Kpomassè-Tɔri*

présente déjà en 2009 un taux de couverture en consultations prénatales de 102,1 % (MS 2009). Les accouchements à domicile sont donc de moins en moins récurrents. La couverture géographique des formations sanitaires au sein du département de l'Atlantique est parvenue à inverser les indicateurs qui présageaient d'un avenir sombre pour l'utilisation des offres sanitaires. Sur les 29.959 accouchements enregistrés dans le département de l'Atlantique, la zone sanitaire "OKT" affiche, à elle seule, un effectif estimé à 7.658 en 2009.

Mais une telle propension à la médicalisation de l'accouchement n'échappe pas aux critiques des chercheurs. En lieu et place de l'"hyper médicalisation", Michel (2005) suggère l'idée d'humaniser l'accouchement. Cet appel n'est que l'expression d'une responsabilité que doit prendre la communauté scientifique, notamment les chercheurs en sciences humaines et sociales dans le cadre de la prise en charge sanitaire des usagers des services de soins.

### 1-1.1. A chaque obstétricien, son cimetière : un problème de recherche d'ordre social

Lors de l'étude préliminaire à cette recherche, certains propos d'agents de santé et de patientes m'ont particulièrement interpellé. Ces propos, du fait de leur contenu et du sérieux avec lequel mes interlocuteurs s'exprimaient, ont failli faire du chercheur que je suis, un « ami » affecté par le discours qu'il entend. Le souvenir des cours de méthodologie[4] m'était donc d'un secours important pour une meilleure mise en valeur de ce qu'il convient d'appeler les considérations d'ordre éthique. J'évoquerai, ici, deux cas.

Le premier, est celui d'une obstétricienne de plus de quinze années d'expérience. Elle racontait une relation médicale avec une patiente qu'elle nomma "*patiente particulière*" : « *elle est vraiment particulière. Je lui ai fait l'injection. Elle n'a fait aucun mouvement, aucune agitation. Je n'ai pas eu la*

[4] Le Professeur Dodji AMOUZOUVI, enseignant à l'Université d'Abomey-Calavi avait l'habitude d'insister sur l'état d'âme du chercheur face à l'usage de la technique "histoire de vie". Il disait : « vous devriez éviter d'éprouver de la tristesse face à un informateur qui vous raconte les pages sombres de son histoire, sauf si cela rentre dans une stratégie de collecte consciemment retenue ».

*réaction attendue. Plus tard, j'ai repris, même observation. Mais avec mes expériences, j'ai commencé par me poser des questions. J'ai dû recourir à l'urgence et on a pris la route pour l'hôpital de Mennotin*[5]**.** *Une fois à l'hôpital, j'ai compris que si j'avais attendu encore cinq minutes, je l'aurais perdue. Un mort de plus, ce n'est pas facile à comprendre.* » Quand je lui ai demandé comment est-ce qu'elle explique cette situation, la réponse est toute simple : « *c'est la douleur, elle la sentait mais ne réagissait pas comme convenu* ». De pareils cas, il en existe dans l'histoire de presque tous les agents de santé notamment.

Le deuxième cas est raconté par une enseignante de l'Université d'Abomey-Calavi. Son niveau d'étude et sa connaissance de la relation médicale sont d'autant si importants que son expérience paraît riche d'enseignements. Lors d'un entretien d'une très courte durée, elle me révéla la pertinence sociale de l'objet de ma recherche. Pour se rassurer que j'ai bien compris ceci et ses attentes, elle me raconte une partie d'une de ses expériences en matière de soins obstétricaux. Parlant de l'obstétricien, elle dit : «… *Il m'a plusieurs fois demandé si j'ai mal. Mais j'ai répondu non ce qui ne veut pas dire que je n'ai pas mal"* ».

Les deux expériences rapportées convergent vers une autre manière de justifier les pertes en vies humaines enregistrées dans le cadre des interventions obstétricales. Sur un taux de couverture estimé à 71,5 % en ce qui concerne les consultations prénatales au Bénin, le pourcentage de dystocies est de 19,2 % (MS 2009). L'hyper médicalisation de l'accouchement n'a donc pas pour autant éliminé les complications de grossesse et les décès maternels. Au Bénin, lors des débats qui se mènent au sujet de l'activité sanitaire des agents de santé en général et des obstétriciens en particulier, la formule « *à chaque obstétricien, son cimetière* » est récurrente. Ce que les spécialistes de la déontologie en milieu médical appellent « *erreur médicale* » est compris comme la manifestation des « *incompétences* » de l'agent de santé chez les uns et « *le propre »* de tout agent de santé chez d'autres. C'est dire que dans

[5] Il s'agit d'une Formation sanitaire située dans le département de l'Atlantique et disposant d'un service d'urgence pour les références obstétricales.

l'entendement des usagers des services de santé (en général), il n'est pas possible de rencontrer un spécialiste de l'activité obstétricale (plus particulièrement l'accouchement) qui n'a pas, par ignorance ou négligence, écourter la vie à une patiente. La situation n'est d'ailleurs pas spécifique au Bénin. Sur cent (100) femmes africaines, une (01) meurt de sa grossesse ou de ses suites (Campbell & Graham 2006). Au nombre des facteurs et circonstances qui entretiennent ces décès maternels, figurent les hémorragies, les infections, les maladies hypertensives, les dystocies et l'anémie (Fourn 2006). Il s'agit donc généralement de complications qui s'annoncent, entre autres, par des signes de douleur chez la femme enceinte. Le retard dans le traitement de ces complications est (parfois) intimement lié à l'accès à l'information réelle sur la douleur et le recours aux services de maternité (ou de gynécologie) en cas de douleur. L'absence de cette spontanéité et le conflit d'interprétation de l'information sur la douleur sont donc susceptibles de renforcer les risques de décès maternels chez les femmes. Or, la mortalité maternelle et celle néonatale constituent de réelles préoccupations sociales et de développement dans la société béninoise où les femmes font plus de 52 % de la population (RGPH 2006)[6].

A priori, cette part du problème relève du domaine des "sciences appliquées" car elle invite le chercheur à la formulation d'une réponse pratique à des difficultés relevant du quotidien des populations. Une chose est de prendre conscience de la dimension sociale du problème de recherche, mais autre chose est d'en préciser le statut scientifique.

### 1-1.2 : Le prolongement social de l'expérience de la douleur chez la parturiente: un problème de recherche d'ordre scientifique

Ce qui caractérise le discours et l'intervention scientifique, c'est d'une part la connaissance des lois qui organisent le phénomène étudié et d'autre part la possibilité de théoriser sur ce dernier. A cet effet, plusieurs interrogations sont

[6] Le Bénin est actuellement à l'étape de réalisation d'un rapport définitif du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 4). Les chiffres officiels et définitifs disponibles dans le domaine restent encore ceux du troisième recensement déroulé en 2006.

mises en relief : la douleur relative à la grossesse présente-t-elle d'une expérience voulue ou rejetée ? Une expérience individuelle ou collective ? Une réalité objective ou subjective ?

Les principales phases de l'évolution de la connaissance ont connu diverses réponses au statut de la douleur. Il faut remonter à l'antiquité gréco-romaine, au moyen âge, à la renaissance, à l'âge classique (XVII$^{ème}$ siècle), au siècle des lumières et au XIX$^{ème}$ siècle qui consacra les grandes découvertes anatomiques et anesthésiques. Le XX$^{ème}$ puis le XXI $^{ème}$ siècle ont plus tard consacré le règne de la prise en charge de la douleur et sa prévention marquera la qualité des soins. Le triomphe des produits pharmaceutiques notamment les antalgiques prend une dimension assez importante dans la prise en charge de la douleur. L'idée même de prévenir la douleur prend corps sans pour autant donner un véritable succès. Dans le domaine de l'obstétrique, les méthodes d'entraînement prénatal n'ont pas éradiqué les symptômes de douleur chez les gestantes et parturientes. Il faut y relever deux niveaux d'explication. Le premier modèle explicatif rejoint une perspective (structuro) fonctionnaliste (Chapouthier 2008). Les individus n'optent pas toujours pour la "non douleur" en situation d'accouchement. Un personnel non soignant, abordé lors d'un entretien affirmait ce qui suit : « *Tout le monde s'attend à de la douleur pendant l'accouchement. C'est d'ailleurs important de connaître cette douleur* ». Juste après cet entretien, dans la même formation sanitaire, une parturiente qui s'apprête à faire l'expérience du travail d'accouchement se confiait à la sage-femme en ces termes : « *j'ai peur de souffrir* ». Et pourtant, j'ai échangé avec elle trois mois plus tôt et les propos étaient tout autre : « *la douleur pendant le travail d'accouchement est normale. Je n'ai pas peur, c'est d'ailleurs ce qui fait que je suis une mère* ». L'écart entre les propos ne surprend guère le chercheur que je suis. Il ne s'agit guère d'un dilemme dans l'avis à porter sur la valeur de la douleur : c'est tout simplement ce qu'elle est. Elle est "désirée" et "rejetée". J'ai abordé dans la troisième partie du travail, les discours et faits qui sous-tendent cette double position. Dans tous les cas, à la suite des thèses structuro fonctionnalistes, je dirai qu'il existe une double face (plaisir et souffrance) qui anime la parturiente face à la douleur.

Le problème scientifique qui en découle me semble important dans toute relation médicale. Toutes les patientes ne souhaitent pas nécessairement être épargnées de la douleur. A quoi sert alors toute cette entreprise de fabrication de produits destinés à préserver (toutes) les patientes d'une douleur quelconque ? C'est bien en réponse à tout ce qui précède que Fassin (1992) atteste qu'en tant que « discipline positiviste, la médecine se constitue comme une science clinique qui prend l'être de l'homme comme objet de savoir positif ». Ce positivisme introduit la logique d'une relation de cause à effet qui limite l'interprétation du rapport à la douleur chez les parturientes. Les femmes peuvent présenter une même fragilité ou perturbation de l'état de santé sans pour autant avoir le même point de vue quant à la nécessité de faire l'expérience de la douleur. Dans ce sens, Vuille (1998) s'intéresse à l'acception de la douleur à l'heure où la société exige de la médecine de lui éviter toute souffrance. L'angle sous lequel se pose le problème est tout simple : l'activité médicale ou encore la recherche (en biomédecine notamment) qui la soutient, se doit d'être au service des consciences individuelles et collectives et non des postulats qui lui sont propres. Or, dans le cas d'espèce, la biomédecine s'inscrit dans des postulats qu'elle élève au rang de l'universel ce qui me semble loin de la réalité.

Après avoir abordé cet aspect du problème de recherche, il reste à savoir s'il faut loger la douleur de l'accouchement dans la sphère de l'individuel ou celle du collectif. En d'autres termes, le rapport à la douleur relève t – il des considérations spécifiques à l'individu ou prend t – il corps avec les valeurs et représentations sociales. De toute évidence, c'est l'individu qui « *ressent* » ce qu'il convient de nommer « *une douleur* ». C'est lui, dans toute son individualité qui en fait cas et ou l'exprime. Mais on ne saurait s'en tenir là et sous-estimer l'abondante littérature en la matière. Fassin et Jaffré (1990) introduisent le principe de la relativité du rapport à la douleur sur la base des appartenances culturelles, religieuses et la spécificité des politiques sanitaires. En effet, les femmes ne réagissent pas de la même manière à la douleur même face à un même excitant. L'observation directe du travail d'accouchement dans les formations sanitaires a permis d'établir un corpus théorique sur ce que j'ai

dû appeler (à un moment donné de la recherche), les "incompréhensions" de la douleur. L'une des scènes illustratives de ces "incompréhensions" met en évidence un conflit entre patiente et sage-femme. Dans le cadre du travail d'accouchement, la Sage-femme a injecté un produit dont les compositions chimiques augmentent l'ampleur de la douleur de l'accouchement chez deux parturientes. L'une d'entre elles pleurait et criait pendant que la seconde présentait un air serein avec un silence inquiétant. La patiente qui pleure reproche à la sage-femme un dosage excessif du produit. Sa réaction n'est rien d'autre que le fruit de son étonnement face à la quiétude que présente la patiente voisine. L'agent de santé s'en plaint auprès du supérieur hiérarchique du fait des injures que proférait la patiente. L'explication apportée par le supérieur hiérarchique est courte mais relativement édifiante «*les gens ne réagissent souvent pas de la même manière ; Vous êtes différentes*». Sewane (2003) est parvenue à la même conclusion en admettant qu'il existe une divergence dans les réactions des femmes du Nord Bénin au sujet des faits douloureux.

Ainsi, le principe de la variabilité des symptômes somatiques en fonction de la culture du patient traduit un réel pont entre le physiologique et le sociologique ou encore entre l'individuel et le collectif. Grandsard (2000) consacre une bonne partie de ses travaux à ce sujet. Il rappelle par exemple les résultats des recherches de Zborowski sur les sociétés américaines. Ce dernier a comparé selon leur appartenance ethnique une cohorte de patients fréquentant un hôpital aux Etats-Unis. Quatre groupes ont été étudiés : les Italiens, les Juifs, les Irlandais et les Old Yankees (américains de longue date, généralement protestants). Confrontés à la douleur, les Italiens et les Juifs se plaignaient volontiers et exigeaient la présence de leurs proches pendant l'épreuve. La disparition immédiate de la douleur soulageait les premiers alors que les seconds se préoccupaient davantage des causes de celle-ci et de ses conséquences futures. Quant aux Old Yankees et aux Irlandais, ils avaient tendance à dissimuler leur souffrance le plus longtemps possible, à ne pas s'en plaindre et à s'isoler de leurs proches. Toutefois, les Old Yankees conservaient leur optimisme alors que les irlandais tendaient à sombrer dans la tristesse et

l'inquiétude. Malgré l'aspect caricatural de ses conclusions, la recherche de Zborowski a le mérite d'avoir attiré l'attention sur la variabilité culturelle des modèles de conduite quant aux vécus douloureux.

On peut établir un rapprochement entre cette réflexion et la réalité de l'accouchement au Bénin. En effet, les Batonou du nord du Bénin et du Nigeria doivent leur renommée locale à l'absence de réaction manifeste à tout stimulus douloureux, quelque soit le contexte (accouchements, blessures graves, épreuves d'initiation, etc.). Chez les Batonou, manifester une souffrance est un signe de lâcheté et suscite la honte. Selon un proverbe "Batonou, " entre la mort et la honte, la mort est bien plus belle ", et plutôt que vivre de honte, l'on attend d'un " vrai " Batonouqu'il se tue. En cas d'accident ou de blessures de guerre, le comportement idéal est l'indifférence, l'absence de réaction manifeste. Tout au long de l'accouchement, les femmes "Batonou, " ne doivent manifester aucun signe d'inconfort. L'expression de douleur chez une parturiente étant très mal vue et constituant une honte pour sa famille.

Les travaux menés sur des porteurs de types spécifiques de maladie à l'image de la lèpre, reflètent également, une identité de groupe dans la sensibilité des acteurs sociaux à la douleur (Cousins 1980).

De ce qui précède, je pourrai reconnaître la double dimension (individuelle et collective) de l'expérience de la douleur. Si tous les individus (chacun dans sa singularité) sont confrontés à celle-ci, son élaboration ou sa construction s'ouvre à des catégories sociales. Si non, comment imaginer que les individus, sous l'effet d'un même excitant, bien que présentant les mêmes signes cliniques, ne ressentent pas la douleur de la même manière et développent des usages différents. Les significations et les modèles de conduite se distinguent d'une patiente à une autre. Sambiéni (2008), apporte de précieuses conclusions dans ce sens. Des travaux qu'il a réalisés (dans une perspective comparative) sur les *pɸl*et les*Diitamari* de la région de *Tànguiéta* au Bénin, il admet l'existence de principes, de règles et de pratiques sociales d'ordre identitaire dans la gestion de la souffrance, de la douleur, du corps. Il en ressort une expérience à la fois individuelle et collective, c'est-à-dire un "vécu culturel" du corps.

Admettre une dimension collective de la douleur et y voir du relativisme culturel, c'est aussi s'inquiéter de la pertinence du protocole d'intervention des obstétriciens face à la douleur de l'accouchement. Ainsi, l'état actuel du protocole médical en matière de prise en charge sanitaire de la douleur présente des "insatisfactions". Le prolongement social de la douleur (par ses dimensions culturelles et cultuelles par exemple) est "incompatible" à une démarche exclusivement tournée vers l'anatomie, la physiologie ou encore vers l'individu (dans sa personne singulière). Un tel problème trouve sa réponse dans l'élargissement de la discussion scientifique à partir de faits empiriques tirés du quotidien des acteurs sociaux.

### 1-1.3 : Synthèse du problème de recherche

A l'étape de formulation du problème de recherche, la difficulté à dissocier la part sociale de la part scientifique d'un même et unique problème de recherche s'est posée. C'est précisément pour lever toute équivoque que l'option de présenter une synthèse du problème de recherche est faite. En ce qui concerne la présente recherche, c'est bien de l'écart entre l'effet ou la réaction attendue (par l'agent de santé face aux pronostics en soins obstétricaux) et le comportement enregistré chez les usagers des services de soins obstétricaux face à la douleur qu'il s'agit. Cet écart se pose en termes de différence dans les ressentiments et l'expression de la douleur d'une patiente à une autre face à un même protocole médical. Il ne s'agit, véritablement, pas d'aborder le protocole d'intervention des obstétriciens face à la douleur. C'est plutôt le rapport à la douleur, comment il se construit (ce rapport) et se gère chez les obstétriciens, les patientes et leurs entourages qui intéressent. Et c'est bien à ce niveau que les questions qui structurent la recherche apparaissent.

## 1-2 : La question de recherche : répondre à une préoccupation sociale ou scientifique ?

A travers la question de recherche, c'est l'esprit ou même la vision plus ou moins complète de la recherche qui est mise en exergue. En ce qui concerne la présente étude, au même titre que le problème de recherche, il est important de

dissocier la dimension sociale de la dimension scientifique de la question. Tout d'abord, retenons que la question qui structure la recherche est de savoir comment se construit le rapport à la douleur de l'accouchement chez les usagers des interventions obstétricales dans la Zone Sanitaire *Wida-Kpomassè-Tɔri*.

### 1-2.1 : Une recherche au service de la santé de la mère et de l'enfant : dimension sociale de la question de recherche

La présente recherche n'est pas menée exclusivement pour l'établissement (ou le rapprochement avec) de nouvelles "positions" dans le paysage scientifique national et international. A l'instar de toute production scientifique, elle choisit de satisfaire d'une part, une demande sociale au service des populations[7] et donc des politiques en matière de santé de la mère et de l'enfant. La question est de savoir en quoi la prise en compte des considérations culturelles et cultuelles et des interactions sociales autour de la femme enceinte permet-elle de mieux comprendre le rapport à la douleur relative à la grossesse chez les usagers des services de maternité ? Nul doute, la réponse à une telle question contribuera à réduire les taux de mortalité maternelle et néonatale de même que les incompréhensions dans les relations entre soignants et soignées. Mais la recherche reste avant tout une production au service de la science.

### 1-2.2 : Une recherche au service de la science : dimension scientifique de la question de recherche

Une recherche sociale envisage en général, l'objectivation de la connaissance. Selon Demeulenaere (2007), l'analyse sociologique se charge de décrire les phénomènes sociaux et de les expliquer ». Il s'agit alors de savoir comment les usagers des services de maternité et les obstétriciens conçoivent et prennent en charge, l'expérience de la douleur portant sur la grossesse. Ceci

[7] Cette posture rappelle un des premiers enseignements du Professeur Albert NOUHOUAYI, mon Directeur de Thèse, sur une recommandation qui s'apparente à celle du Feu Dr ASSABA Claude : le chercheur doit être à l'écoute du peuple. Et, à travers ses projets de recherche, il doit s'évertuer à répondre aux problèmes de la société dans le respect de son statut de chercheur.

permet d'engager une lecture critique portant sur la pertinence sociale des savoirs biomédicaux. Et pour en arriver là, la question, fil conducteur de la recherche, a besoin de réponses provisoires gages de pistes d'investigation.

## 1-3 : Hypothèses et objectifs de recherche

### 1-3.1 : Formulation des hypothèses de recherche

- **Le rapport à la douleur relève d'une construction sociale.**

Mettre un pont entre douleur relative à la grossesse et les construits sociaux, c'est déjà envisager une perspective à la fois culturelle, cultuelle et dynamique de la manière dont les acteurs sociaux abordent l'expérience de la douleur chez une femme enceinte. En d'autres termes, la recherche postule que les usagers des services de maternité, dans le processus de prise en charge de la grossesse, tiennent compte des discours populaires, des us et coutumes, des normes, des valeurs, des symboles, des préceptes religieux spécifiques à leurs groupes d'appartenance. Ainsi, les femmes enceintes mettent –elles en valeur les expériences individuelles (et collectives) respectives de même que des rationalités individuelles face à l'expérience de la grossesse

.

- **Le rapport à la douleur met en relief des savoirs endogénéïsés au service de la prise en charge de la grossesse.**

Les savoirs endogénéïsés[8] offrent des réponses aux interrogations des populations face à la problématique de la prise en charge de la grossesse en général. Ces savoirs ne sont pas à détacher de la manière dont ces populations entretiennent les différentes phases et évènements dont fait l'objet la femme dans le cadre de sa grossesse et de l'accouchement. Ces savoirs (qui s'écartent parfois des savoirs de la bioscience) renseignent sur les conduites au sujet de la douleur. Le rapport à la douleur devient donc tributaire de ces savoirs.

[8]Sehoueto (1996) utilise le concept pour mettre en valeur l'ingéniosité des populations des milieux ruraux face aux problèmes qui se posent à eux. Je reprends le concept dans le même esprit mais cette fois en ce qui concerne le domaine de l'accouchement.

### 1-3.2 : Définition des objectifs de recherche

- **Décrire les référents sociaux structurant le rapport à la douleur relative à la grossesse chez les usagers des services de soins obstétricaux dans la zone sanitaire *Wida-Kpomassè-Tɔri*.**

  Il s'agit de montrer comment un phénomène (a priori) biologique comme la douleur, est aussi socialement construit et relève donc de la culture, de la religion et du contenu des interactions sociales de même que des enjeux spécifiques.

- **Présenter les savoirs endogénéïsés mis en valeur dans la prise en charge de la douleur relative à la grossesse chez les usagers des services de soins obstétricaux dans la zone sanitaire *Wida-Kpomassè-Tɔri*.**

  A travers cet objectif, il est question d'identifier les connaissances et pratiques sociales que les acteurs qui offrent des services de soins parallèles (religieux, chefs de collectivités…) mettent en valeur pour prévenir, expliquer et traiter une douleur portant sur la grossesse. Ceci permet d'apprécier les implications de la prise en charge parallèle de la douleur de l'accouchement dans le rapport à cette douleur chez les femmes enceintes au cours du travail d'accouchement.

## 1-4 : L'univers conceptuel de l'étude

L'ensemble des concepts employés dans un document reflète en réalité, l' « esprit » du concepteur. Le milieu sanitaire est fortement influencé par la rhétorique des politiques, est constamment à l'épreuve d'un vocabulaire parfois inapproprié au champ médical. Parfois, les concepts utilisés rendent compte des idéologies, c'est-à-dire des conceptions faites de la réalité. La démarche choisie a été donc de partir des observations de terrain et des perspectives socio-anthropologiques pour donner un sens aux concepts du présent travail.

Au centre du réseau conceptuel, figure le concept de santé. Théoriquement, l'OMS (1946) la définit comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Le concept d'infirmité met déjà en relief un état complet englobant la dimension

mentale (psychologique et spirituelle) et sociale, et non seulement biologique. Dans ce sens, la "bonne santé" ne saurait rendre compte d'indicateurs arbitrairement définis. Elle doit tenir compte des cadres sociaux donc des univers culturels et religieux d'appartenance des individus par exemple. Dire alors que toute parturiente va mal et qu'une femme enceinte qui sent des douleurs n'a pas en bonne santé c'est nécessairement se refuser de confronter ces concepts aux vécus et manières de penser des patientes et d'agir suivant le registre biomédical. La figure n°1, proposée par Lacourse (2002) est d'une utilité certaine à ce titre.

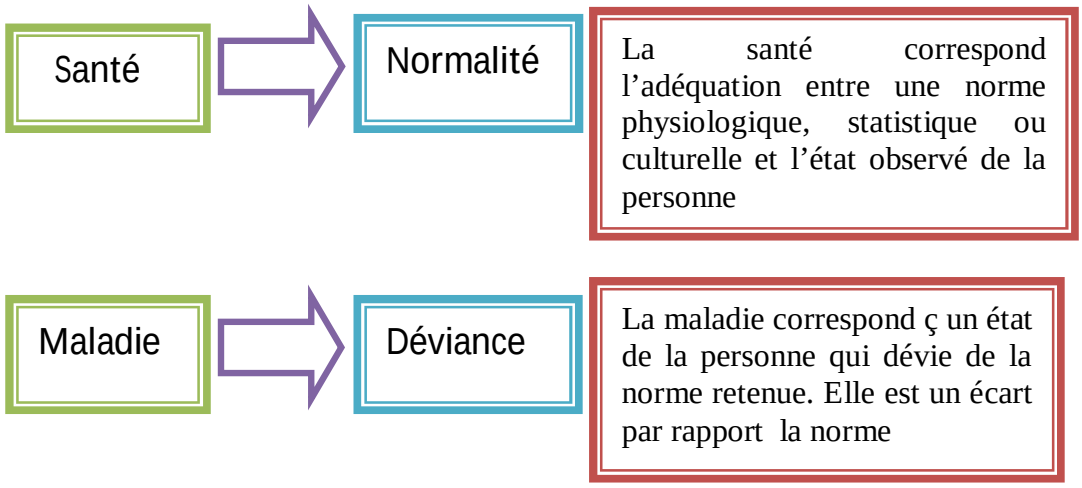



**Figure 1: Normalité et déviance, santé et maladie**

Source : Lacourse 2002

Selon Durand (1996), Lacourse, reconnaît lui-même que c'est la « définition la plus critiquée, ce qui la rend toute fois utile». Ce cadre conceptuel permet déjà de retenir une dimension relative des concepts de santé et de maladie. L'obstétricien n'a pas le monopôle absolu dans la définition de la valeur de la douleur et de la place qu'elle occupe dans l'état sanitaire de la femme enceinte. Il va falloir tenir compte d'un « milieu physique et social donné » (Dubois 1981). A l'instar du concept de santé tel que commenté, il faut retenir que la douleur de la femme enceinte se doit d'être abordée

à partir des valeurs, normes, symboles, connaissances communes[9]…propres aux acteurs sociaux respectifs. Le cadre conceptuel, comme indiqué dans la figure n°2, est réalisé à cet effet.

[9] La formule est empruntée à Cazeneuve (1976) pour désigner les savoirs partagés par un groupe humain spécifique et qui les distinguent des autres. Ces savoirs tirent leur légitimité des cadres sociaux spécifiques, c'est-à-dire l'ensemble formé par les mythes, les rites, les normes, les valeurs…

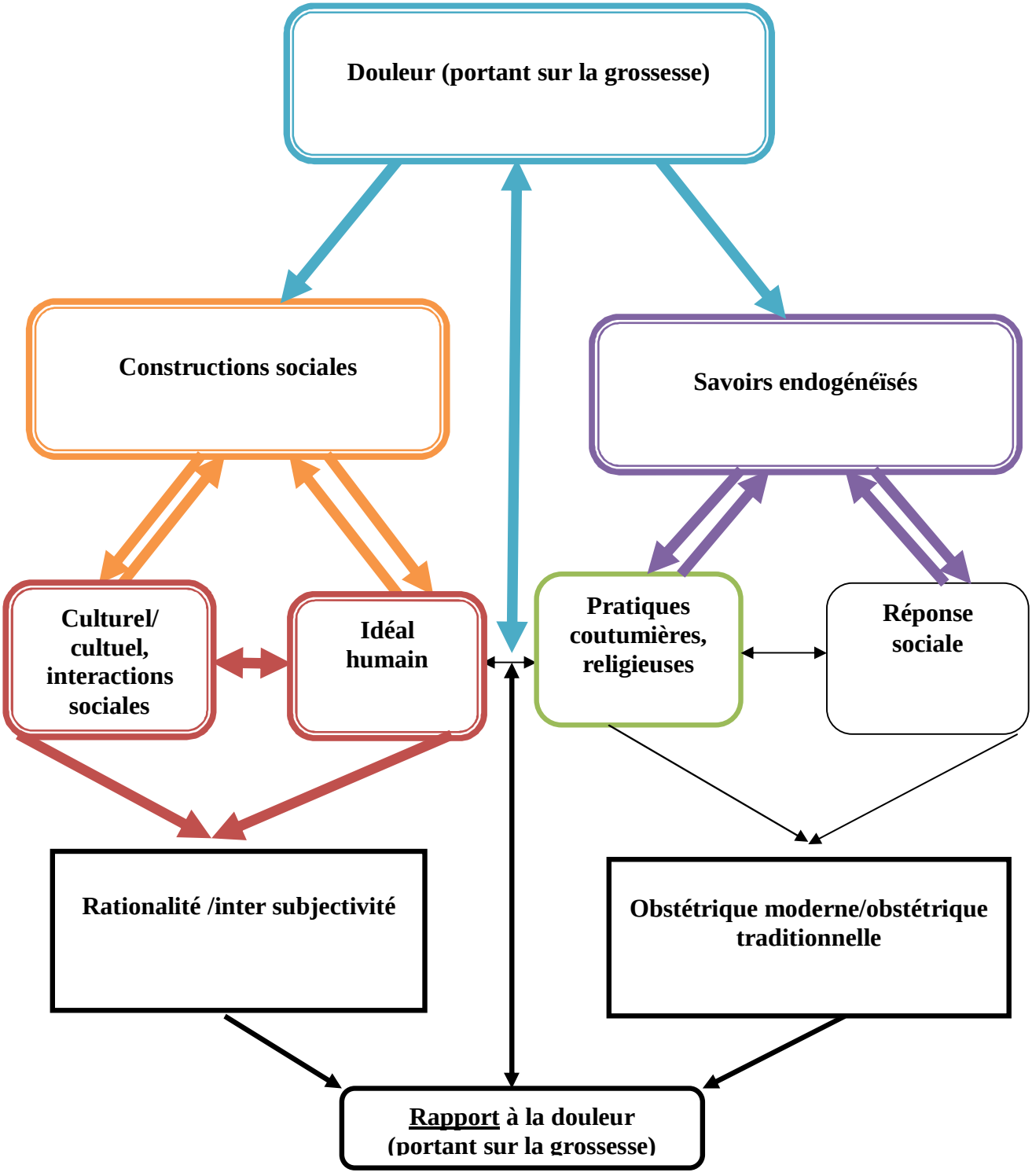



**Figure 3: Cadre conceptuel**

Source : A partir des données de terrain

Le cadre conceptuel proposé, tente de synthétiser l'ensemble des conclusions relatives à la recherche. En mettant en exergue les relations qui lient les concepts, il renseigne sur celles qui lient les faits, c'est-à-dire les pensées et comportements des informateurs. Le premier enseignement à tirer porte sur la nécessité de dissocier la douleur (elle-même) du rapport à la douleur (chez la parturiente par exemple). La douleur relative à la grossesse présentant une dimension biologique, est le domaine de prédilection des sciences exactes alors que le rapport à la douleur est exclusivement d'ordre socio-anthropologique. Il existe une combinaison de modèles de pensées et de pratiques qui structure le passage d'une douleur à son ressentiment et à son expression chez la femme enceinte.

Le premier est nécessairement celui d'une douleur au sens physiologique. Selon Miller (2006 @), elle « *résulte, d'une part, d'une augmentation de quantité : toutes les excitations sensorielles (même celles qui atteignent les organes sensoriels les plus élevés) tendent à se transformer en douleur quand les stimuli s'intensifient. De toute évidence, il s'agit incontestablement dans ce cas d'un échec. D'autre part, une douleur peut survenir là même où les stimuli extérieurs sont faibles. S'il en est ainsi, c'est parce qu'elle se trouve régulièrement associée à une solution de continuité* ». Ainsi, l'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion. ». Du point de vue ontologique, on dira que la douleur est la manifestation éprouvée par le malade, que quelque chose ne va pas. Dans ces circonstances, la coïncidence entre douleur et souffrance est évidente.

En effet, à travers la formule "rapport à la douleur", il faut comprendre, la manière dont les individus « conçoivent », « vivent » et « traduisent » la douleur qu'ils éprouvent. C'est pourquoi je pose une relation entre la douleur et les construits sociaux d'une part et d'autre part, la douleur et les savoirs endogénéïsés.

Les construits sociaux renvoient à des conceptions que l'on a d'une réalité donnée suivant les spécificités culturelles, les expériences individuelles et

collectives et le contexte spécifique. Bourdieu (1980) évoque à ce sujet l'idée de structures structurantes. Les structures renvoient à ces référents notamment les systèmes normatifs internalisés par la femme en réponse à l'idéal humain porté par l'éducation reçue et les expériences (individuelles et collectives) faites. Ce n'est donc pas (véritablement) de la sensation douloureuse qu'elle tient ce qu'elle ressent mais beaucoup plus des prédispositions sociales et des repères subjectivement projetés sur l'expérience de la douleur. Ces référents deviennent donc, selon Bourdieu (op cit), des structures structurantes dans la mesure où elles sont destinées à "conduire" les comportements des acteurs sociaux.

Sous un autre angle, les savoirs endogénéïsés renvoient à des connaissances détenues par des acteurs locaux. Ces connaissances portent des germes à la fois endogènes et exogènes mais dont les usages s'inscrivent dans les contextes et réalités propres à un environnement spécifique donné. Le recours à ce concept n'est guère un effet de hasard. Il permet de comprendre qu'en dehors de l'offre médicale des formations sanitaires (obstétrique moderne), les populations, elles – mêmes détiennent des pratiques héritées des coutumes, des religions (obstétrique traditionnelle) au service de la grossesse. C'est une forme de réponse que les populations développent face à une offre médicale qui tarde à connaître une acceptation sociale et une efficacité absolues (et) ou en vertu de la fidélité aux coutumes et religions d'appartenance. En sommes, c'est un ensemble de rationalités et d'intersubjectivités qui accompagnent l'obstétrique (moderne et traditionnelle) dans l'appréciation du rapport à la douleur chez la femme enceinte.

Le rapport à la douleur est étudié en relation avec la grossesse notamment l''accouchement. La grossesse est le processus physiologique qui part de la fécondation de l'ovocyte par le spermatozoïde (conception) jusqu'à la naissance du fœtus (accouchement) ou à son interruption (Claude 2007 ; Sophie 2006 ; Lysane 2004 & Chantal 2003).

Dans l'univers obstétrical, l'accouchement est :

*« l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence, la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales*

*maternelles, après six mois au moins de grossesse » (Rotsart & Courlejoie 1998 : 102).*

L'accouchement est donc l'aboutissement de la grossesse et est sanctionné par l'expulsion du placenta par l'utérus (Barbara 2005 ; Isabelle 2003 & Fernand 2002).

Le cadre conceptuel montre alors que la problématique de la douleur n'est pas une l'apanage d'une discipline exclusive. Elle s'inscrit plutôt dans un champ interdisciplinaire. Les positionnements, les perspectives varient alors d'une discipline à une autre. Les écarts dans les niveaux d'analyse s'établissent autour de divers axes de discussion.

## 1-5 : Quelques axes actuels de la discussion

Le focus est particulièrement fait sur les réflexions portant sur la contribution des sciences humaines et sociales. Il existe une certaine convergence des points de vue sur le fait qu'il faut admettre une dimension sociale dans le rapport à la douleur. Comment l'expliquer, quels sont les indicateurs du prolongement social de la douleur et quelles implications peut-on associer à tout ceci dans le vécu de la douleur par la femme enceinte ? Les réponses à ces questions articulent les réflexions et font l'objet de divergence de points de vue chez les chercheurs.

### 1-5-1 : Quand l'étude de l'accouchement offre des arguments anthropologiques pour l'étude des cultures !

Un tout premier axe de réflexion qui me paraît déterminant pour analyser les aspects sociologiques et anthropologiques de la douleur chez les femmes enceintes est celui de la grossesse et plus particulièrement de l'accouchement lui-même. Jordan (1993) pose un regard anthropologique sur les systèmes d'accouchement dans une approche comparative. Il invite à une lecture anthropologique des pratiques liées à l'accouchement et la manière dont les peuples prennent en charge la grossesse chez les femmes. Aborder l'accouchement, c'est donc interroger les contenus des systèmes culturels, les représentations sociales et l'ordre symbolique. Cette contribution est d'une

portée capitale pour l'analyse de la situation dans la zone sanitaire *Kpomassè-Ouidah-Tɔri*. En marge de l'étude de la douleur, il a fallu étudier l'accouchement comme fait socio-anthropologique. L'ensemble des discours et pratiques sociales qui s'y invitent témoignent déjà de l'écart entre la prise en charge médicale et celle communautaire de la grossesse.

C'est donc deux registres avec des savoirs et perceptions relativement divergents qui sont en place. Ceci justifie le fait que parfois des contradictions et même des conflits émergent dans la relation médicale notamment dans la commune de *Kpomassè*. Floid et Sargent (1997) sont parvenus aux mêmes conclusions lorsqu'ils soutiennent que dans un contexte particulier, les pratiques d'accouchement peuvent être légitimées ou contestées. La légitimité sociale du protocole qu'utilisent les obstétriciens n'est donc pas toujours de mise. Le personnel médical tend parfois à justifier ceci par l'ignorance ou le faible pouvoir d'achat chez les populations. Et pourtant, le débat serait plus productif s'il est abordé sous l'angle de rencontre des rationalités. Cet écart entre les rationalités donc les manières d'expliquer et d'aborder les différentes phases de la grossesse est aussi souligné par les auteurs mais cette fois au sujet de la douleur.

### 1-5-2 : La douleur, un mal nécessaire !

La littérature scientifique offre l'occasion d'apprécier la douleur à partir de réalités autres que l'accouchement. Nixon (1996) et beaucoup d'autres chercheurs se consacrent aux pratiques sportives pour relever les aspects sociaux qu'incarne le rapport à la douleur. Pour l'auteur, les blessures sportives se rapportent à ce qu'il nomme « la culture du risque ». En réalité, il n'existe pas une "grande distance" entre la prise du risque et la question de la douleur chez les sportifs. Plus un sportif prend des risques, plus il s'expose à la douleur. Si la douleur constitue donc une réalité qui désole l'esprit humain, l'on devrait remarquer une faible tendance au risque, ce qui n'est pas le cas. Comment expliquer alors cette volonté à entretenir le risque pour récolter la douleur ? Hughes et Coakley (1991) apportent une réponse à cette question. Ils avancent une théorie de la déviance pour expliquer la fréquence des blessures

sportives. Suivant leurs expressions, on est en situation d'une « hyper conformité à « l'éthique sportive ». Dans cette même perspective, sur des recherches apparues quelques années plus tard, Walk (1997) et Safai (2001) explorent les contributions de l'industrie médicale à l'analyse du phénomène de la douleur. Les résultats rejoignent ceux de Curry (1993). En effet, ce dernier admettait déjà que la qualité et l'audience d'un sportif sont à la mesure de ses performances. Or (remarque-t-il), les athlètes qui évitent les douleurs et les blessures n'obtiennent souvent pas de grands résultats et ne sont pas toujours admis comme des « vrais athlètes ». Cette manière d'étudier le rapport à la douleur chez les athlètes pose de réelles bases et même de profondes contributions pour la sociologie de la douleur. Young et al (1994), Theberge (1997), Pike (2000), et Charlesworth (2004) ont joué un rôle important dans ce sens. En tant que sociologues, ils privilégient alors les variables et indicateurs sociologiques dans leurs travaux sur la douleur. Les aspects mis en relief sont les suivants : les dimensions sociales, culturelles et économiques, les variétés des stratégies masculines et économiques du risque face à la blessure…

L'analyse de la douleur à travers l'activité sportive présente un intérêt assez important pour celle portant la grossesse. A l'étape exploratoire de la recherche, j'ai déjà enregistré des propos qui devraient intéresser les sociologues de la douleur sportive. Plusieurs Sages-femmes ont marqué un étonnement face à la fréquence et surtout le rapprochement des naissances chez des femmes qui pourtant présentent des signes de profondes douleurs sur la table d'accouchement. A côté d'une telle inquiétude, je veux poser celle d'une patiente qui s'exprimait en ces termes : « *que vaut la femme sans des enfants et que vaut un accouchement sans une douleur* ». A la fin de cet entretien, j'ai systématiquement pensé qu'il était important de noter qu'il existe une "éthique" dans le phénomène d'accouchement qui encourage la femme à entretenir l'épreuve de la douleur. Cette conclusion, même si elle m'a paru hâtive, rejoint les thèses défendues et rapportées un peu plus haut dans le présent développement et qui portent sur le lien entre douleur, blessure et le rang occupé par un athlète au sein de sa corporation. Par analogie, je puis dire

que, la douleur relative à la grossesse en général et de l'accouchement en particulier est pour une femme ce que représente la douleur d'une blessure pour l'athlète.

### I-5-3 : l'expérience de la douleur, la preuve d'un "moi social"

L'individu social (Hirschorn 2007) développe un ensemble de rationalités qui se rapportent à la douleur. C'est dans une certaine mesure l'équivalent de ce qui est nommé dans le présent travail le "rapport à la douleur". Seulement, je n'en fais pas un concept théorique mais fondamentalement empirique[10]. Il ne se pense pas seulement, il se vit et se matérialise dans la relation médicale. Roseline (2000) replace ce champ de réflexion dans les travaux du philosophe Montaigne. A la question du philosophe de savoir « ce que peut la nature pour « ménager » la douleur », il rapproche l'idée d'une influence de l'opinion que nous avons de la douleur sur la réalité que nous éprouvons. A priori, on peut être tenté de dire que l'avis de Roseline se distingue de celui des sociologues de la douleur dont les réflexions sont déjà rapportées un peu plus haut. Mais, l'analyse peut aller un peu plus en profondeur.

En effet, ce qui est nommé « opinion que nous avions de la douleur » n'est pas à l'abri d'un système de valeurs dans lequel l'homme s'identifie. Ou tout au moins, l'individu fait face à un système de référents qui participe du comportement à tenir face à ce qui est «*éprouvé* ». La question de l'idéal-type chez Weber (cité par Dantier 2004) peut être évoquée à juste titre donc. La femme enceinte peut avoir une réaction rationnelle en valeur (par conviction comme exprimer l'intensité réelle de ce qui est ressenti à l'agent de santé par exemple) ou une action rationnelle par finalité (par confrontation rationnelle des moyens et des buts comme rejeter l'évidence de la douleur pour rendre impossible l'accouchement).

[10] Cette option ne doit pas être comprise comme un parti pris contre les réflexions théoriques. Elle se justifie par son imposition à moi en raison des exigences de cette étude et de la qualité des données obtenues. Il est clair pour moi qu'une théorisation sera l'aboutissement d'un long processus de recherche au cours duquel l'empilement des résultats autoriserait des conceptualisations. Les données ici présentées pourraient être considérées comme une première étape de ce processus.

A la lecture de tout ce qui précède, il serait peu évident de réussir un "pronostic" sur la manière dont une gestante ou une parturiente réagirait à la douleur ou encore la réponse qu'elle accordera à la question qui consiste à savoir si elle a mal ou pas. Popper (2008) soutient un utilitarisme négatif qui donne « la priorité à la réduction de la souffrance sur l'accroissement du bonheur ». L'approche utilitariste mise en relief est aussi productive pour analyser la tendance au risque donc le fait de répéter un acte sensé produire la douleur. J'ai constaté la fécondité de cette approche lors des entretiens avec les primigestes. Une fois la délivrance obtenue, ces femmes formulent les vœux pour une nouvelle expérience.

Et pourtant, dans presque toutes les localités parcourues lors des enquêtes, c'est pratiquement le consensus qui est obtenu quant au "genre" de la peur et du risque. En effet, les populations estiment que, généralement, les femmes n'aiment pas les expériences douloureuses. Mais quand il s'agit de l'accouchement, le résultat est tout autre. Ceci prouve que les dispositions physiologiques, organiques ne sont pas assez "fortes" pour prendre le pas sur les rationalités face à la douleur. Charlesworth (2004) est parvenu à la même conclusion quand il s'est intéressé à la douleur de la blessure suivant le sexe des athlètes. Il se rend compte du fait que les athlètes femmes « acceptent également cette culture du risque » même si c'est à un degré faible.

Les différentes problématiques soulevées permettent d'envisager un coût, une valeur ou encore une signification associés à la douleur. Ces facteurs relèvent des considérations d'ordre structurel, culturel et des contingences que mobilise le contexte de la douleur. Dans l'un ou dans l'autre des cas, la douleur peut inspirer le plaisir comme le déplaisir, l'attirance comme le rejet, le "désordre" comme l'"ordre". Dijkhuizen & Enenkel (2009), admettent, dans ce sens, le principe utilitaire de la douleur au plan religieux. L'environnement religieux véhicule des enseignements qui déterminent ou tout au moins servent de référence aux comportements de la plupart des fidèles. Or, les individus n'appartiennent pas tous à une même religion. La sociologie marxiste a déjà réglé le débat de l'assujettissement des fidèles à l'enseignement religieux. Il est même parvenu à démontrer que les chrétiens catholiques manifestent une

assimilation et une adhésion aux préceptes sans pour autant mettre en valeur leur propre libre arbitre ce qui n'est souvent pas le cas chez les chrétiens protestants. Il devient donc évident que la manière dont un individu réagit à la douleur, la sienne et pas celle des autres, soit largement tributaire de son potentiel culturel (Helman 1990).

### 1-5-4 : le rapport à la douleur, une question de socialisation

Bartoli (1998) interroge les écarts à l'intérieur des familles et des sociétés humaines. Il remarque que le point commun aux femmes enceintes de tous les pays considérés par son étude est la maîtrise de soi. Cette constante se retrouve sur tous les continents, mais à des degrés différents. Par exemple, la femme mexicaine pourra se plaindre un peu, mais on se moquera d'elle plutôt que de compatir. On lui a maintes fois répété que la douleur est normale pendant l'accouchement et même que c'est plutôt un bon signe puisque selon un dicton populaire « l'enfant naît au centre de la douleur ». Dans les maternités parisiennes, où plusieurs ethnies se côtoient, le personnel constate que certaines femmes pour la plupart non européennes ne bronchent pas et ne manifestent aucun signe de souffrance. Ce n'est pas que ces femmes soient moins sensibles que d'autres à la douleur ou que leur accouchement soit plus doux que celui des européennes. L'auteur tire la conclusion selon laquelle la raison est plutôt culturelle. Ces femmes ont appris qu'elles doivent enfanter « sans mot dire », sous peine de déshonorer la communauté d'appartenance.

Les résultats précédents et la conclusion qui en découle ne sont qu'une reprise des observations issues des diverses recherches menées par Le Breton (1995 ; 2010 ; 2011). Cet auteur a réalisé de nombreuses recherches sur la souffrance, la douleur, le mal…Ses travaux sont aujourd'hui incontournables dans l'étude socio-anthropologique de la douleur. De ces travaux, il ressort un relativisme dans la prise en compte de la douleur suivant les cultures ou les religions. L'analyse sociologique de la douleur offre l'occasion de relancer l'idée selon laquelle la rencontre entre l'agent de santé et la patiente est celle entre deux registres de soin ou encore le contact entre deux cultures. Le

diagnostic, la surveillance du travail d'accouchement et même l'opération de délivrance sont à l'épreuve de la rencontre des logiques de deux catégories sociales. D'une part, figure l'obstétricien (détenteur d'un savoir essentiellement biomédical) et d'autre part, la patiente (détentrice d'un savoir de type communautaire). De telles positions tendent de soulever plusieurs inquiétudes : En quels termes pourrait-on envisager une convergence des points de vue ? Jusqu'à quels points la femme enceinte et l'agent de santé peuvent-ils détenir des points de vue convergents sur l'ampleur de la douleur ? Jacquemin (2005) évoque, à cet effet, des contraintes relatives au milieu hospitalier qui selon lui, modèle la personne de la patiente. En effet, la plupart des usagers des services des maternités rencontrés dans le cadre de la présente recherche ont une perception assez inquiétante du milieu médical au sujet de la douleur. Surtout, en cas de référencement, les patientes et leurs entourages ont l'impression de prendre le chemin de la douleur et de la souffrance. Quand une patiente est référée, la peur et la tristesse s'emparent de ses parents et proches. Le milieu médical, dans son histoire avec les usagers des services de soin, est parvenu à se faire l'opinion d'un lieu de souffrance. L'avis de Jacquemin (op cit) donne donc l'occasion d'apprécier l'impact de cette étiquette sur le rapport à la douleur chez les parturientes.

C'est nécessairement le même constat qui inspire l'appel de Lavelle (2005@) en ces termes : «si nous n'avons de regard que pour la douleur qui remplit le monde et dont nous ne pouvons espérer qu'elle ne disparaîtra jamais, et si nous commençons à identifier cette douleur avec le mal, alors tout est perdu, la conscience est bloquée, et notre vie toujours exposée et menacée ne peut être qu'un objet de malédiction ». La gravité avec laquelle certaines parturientes expriment et déplorent la douleur n'est donc pas à l'abri de l'impression qu'elles se sont fait de la formation sanitaire, ceux qui y travaillent et de l'acte de l'accouchement. Foucart (2004) propose, à cet effet, une « rupture transactionnelle ». Cette rupture pourrait inverser l'image que l'on a de la douleur pour en faire une expérience productive.

### 1-5-5. La synthèse de la littérature puis de nouvelles orientations de recherche

La douleur, en général et celle relative à la grossesse offre une opportunité pour analyser le fait cultuel, le fait culturel, les interactions sociales, la relation patiente (femme enceinte) et agent de santé et les enjeux sociaux autour des soins. De nouvelles pistes de recherche ou encore de nouveaux champs se dégagent des axes de discussion présentés. C'est précisément dans ces nouvelles orientations que la présente étude trouve ses particularités en matière de contribution scientifique.

En effet, dans un premier palier, il me paraît important de creuser la dialectique entre la douleur et l'objet de la douleur. Il s'agit d'opérer deux niveaux d'analyse. Le premier niveau consiste à interroger la valeur et le sens de la douleur chez les acteurs sociaux et beaucoup plus précisément chez la femme enceinte d'une part et d'autre part d'en faire de même pour la grossesse. Si ce premier niveau intègre une analyse séparée donc une autonomie dans l'analyse de deux réalités, le deuxième niveau "exclue" toute différentiation. L'inter influence ou l'interdépendance entre la douleur (comme réalité sociale à part entière) et la grossesse (comme réalité sociale à part entière) est alors engagée. L'intérêt est de lier la valeur de la grossesse et de l'accouchement à la douleur qu'elle entretient et vice versa. Ainsi, les considérations relatives à la grossesse, à l'accouchement, au bébé que porte la femme, au contexte de l'accouchement et d'autres paramètres sociaux peuvent faire varier chez la même femme (ou d'une femme à une autre) le rapport à la douleur. Une telle dialectique introduit une perspective dynamique et constructive dans l'analyse du rapport à la douleur.

Le second palier de la contribution réside dans le rapprochement entre la manière dont les acteurs conçoivent et entretiennent la douleur relative à la grossesse et la prise en charge médicale de la femme enceinte. Ainsi, la problématique générale de l' (im) pertinence du protocole obstétrical et des savoirs biomédicaux de même que leur (in) efficacité dans la prise en charge médicale de la femme enceinte sont approchées à l'aune des différences dans le

rapport à la douleur. Ceci permet l'analyse de la part des savoirs parallèles dans le processus de prise en charge de la douleur chez les femmes enceintes.

## 1-6 : Délimitation des champs disciplinaires : la socio-anthropologie en appoint aux soins obstétricaux

L'une des préoccupantes questions qui se posaient à moi en début de recherche est bien de savoir dans quels champs disciplinaires s'inscrivent les orientations possibles de la présente recherche. Mais, cette inquiétude s'est dissipée au fil des lectures, des analyses des premières données empiriques. J'ai fini par comprendre « l'attitude qu'il ne pas fallait adopter ». En effet il fallait aller au-delà des aspects médicaux et techniques pour mettre en relief d'autres niveaux d'interrelations qui participent de l'analyse des offres de service en santé (Donabedian 2005). Je finis par comprendre que même dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, Olivier de Sardan (1995) dans, ses œuvres d'ordre épistémologique, avait droit de cité. J'ai donc compris qu'il ne fallait pas chercher « dans quelle cage mettre l'oiseau[11] ». Il fallait plutôt être suffisamment embarqué dans l'empirie. Et c'est à ce moment que je retrouve les propos tenus par mon Directeur de Thèse, au premier contact. En effet, tout comme pour m'"éclairer", me revenaient les notions d'"hyper empirie", "dialectique" et la perspective de Gurvitch (1950). Je prends alors la décision que je considère comme la bonne : éviter d'être prisonnier d'une discipline ou sous discipline et s'éviter d'être la victime de la "guerre" des sciences. Tout compte fait, je devrais rester sociologue-anthropologue dans ma démarche pour rester fidèle à ma position au sujet de l'objet d'étude. Cet exercice, quoique banal, était très important.

### I-6-1 : Re écrire les notes de l'obstétrique ou lui servir d'appoint ?

Au bout de ce que je peux appeler tunnel, je me rends compte qu'il s'agissait plutôt (à la suite d'autres auteurs), dans le contexte spécifique du

[11] Formule populaire au Bénin pour exprimer l'idée de s'approprier d'une réalité, d'un objet et le mettre en lieu sûr pour mieux s'en servir et mieux la contrôler.

Bénin, d' « aller au secours des soins obstétricaux » aussi bien dans leurs démarches, leurs positionnements que dans les orientations. Les perspectives théoriques, les réseaux conceptuels, les contenus méthodologiques concrets qui caractérisent la sociologie d'une part et d'autre part l'anthropologie étaient toutes importantes. Ceci, beaucoup d'auteurs l'ont compris et ont pavé le chemin. Fassin (1992) présentait les limites de la biomédecine. Il affirme dans ce sens qu'en tant que « *discipline positiviste, la médecine se constitue comme une science clinique qui prend l'être de l'homme comme objet de savoir positif* ».

Or, la médecine a longtemps servi de support et de référence pour la santé publique. Ceci explique cette tendance à proposer des modèles d'intervention à caractère universel dans le domaine de la prévention, de la thérapie et même au plan étiologique. Elle propose des présupposés parfois loin de la réalité. A titre illustratif, les défendeurs de la santé publique admettent la santé comme « une qualité supérieure de la vie, une plénitude heureuse d'être, de relation et d'activité. Le bien-être qu'elle connote est d'abord celui du corps, indemne de souffrance et généralement en état de force» (Memel-fotê, 1998). Et c'est bien là que se trouve le "piège". Emportée par le populisme idéologique chez les développeurs[12], elle s'emploie à réfléchir (parfois) dans les contraintes et incertitudes propres à l'environnement des politiques et institutions en charge du développement. Il est évident que les politiques et décideurs ont besoin de la science pour des décisions idoines dans un monde en bute à de profondes transformations sociales, politiques, économiques…

Mais elle devra composer avec les autres disciplines au risque de sombrer. Depuis 1965, et précisément sur la question de la douleur, Sarano (1965) avait pris une distance vis-à-vis d'*une étude exclusivement biologique ou philosophique ou encore sociologique de la douleur et de la souffrance au profit d'une approche transdisciplinaire.* La socio-anthropologie s'invite donc à l'analyse de la douleur.

[12] Olivier de Sardan (1995) emploie ce concept pour désigner ceux qui se sont donnés comme mission de mener des interventions en faveur du développement des autres.

## 1-6-2 : La part de la socio-anthropologie dans l'étude de la douleur

L'essentiel des contributions à apporter me semble loger dans une socio-anthropologie de la douleur. Elle est donc au cœur de l'ensemble des centres d'intérêt, des orientations et postulats de base de la présente recherche. Fortement inspirée par Olivier de Sardan, j'évite une dichotomie entre la sociologie et l'anthropologie. La combinaison des centres d'intérêt, des orientations et outils méthodologiques est d'une utilité de grande portée. Déjà, Dozen & Fassin (2001) admettent que les questions de santé obéissent à des déterminants parfois non "systématisés" d'où la nécessité de recourir à une perspective anthropologique. Il propose donc de

« *traiter la santé publique selon la culture, autrement dit confronter culture politique et politique culturelle de la santé publique* » (Dozen & Fassin 2001 : 19).

De même, Laura (2008) s'interrogeant sur la pertinence d'une étude anthropologique sur la douleur et la souffrance répond à l'affirmative en se basant sur l'écart qui existe entre les douleurs pensées et les douleurs vécues. L'auteur y trouve un "terrain fertile" avec le regard historique que l'anthropologie pourra porter sur les valeurs, les pratiques, le vécu et l'usage de la douleur. L'analyse de l'offre de service en soins de santé en général et la prise en charge de la douleur chez la parturiente en particulier, met en évidence un système normatif et des principes propres aux acteurs en présence. Ces valeurs et principes influent sur l'organisation et l'accessibilité de l'offre de service (dans les formations sanitaires) et la formulation de la demande (chez les usagers des services de santé). La prise en compte des structures sociales et des relations interpersonnelles dans l'analyse des systèmes de santé (Freedman 2005) permet de situer l'ancrage socio-anthropologique de l'expérience de la douleur et sa prise en charge.

### 1-6-3 : Une socio-anthropologie de la souffrance et de la douleur

Foucart (2004) a déjà posé les bases d'une approche sociologique de la souffrance. Cette recherche en prend acte pour l'étude de la douleur chez la parturiente. La souffrance n'apparaît pas comme une réalité qui échappe à la conscience collective ou à l'inter subjectivité. Les femmes enceintes ne souffrent pas toujours du fait des injections, des efforts physiques qu'elles sont amenées à faire dans le cadre du travail d'accouchement. Une tentative médicale (par le biais des produits pharmaceutiques) aux fins d'"éliminer" la douleur ne parvient pas systématiquement à "éliminer" la souffrance. Les individus puisent dans leurs expériences individuelles et collectives, l'héritage culturel et l'héritage des rapports sociaux autour de la grossesse (les malentendus avec le conjoint ou la malédiction proférée contre l'enfant par exemple) les ressources qui nourrissent leurs souffrances.

Aussi, les travaux de Le Breton (2006) permettent d'emprunter la piste d'une anthropologie de la douleur. Parlant de l'appréhension de la douleur, il admet qu'elle varie en fonction de l'époque, du pays, de la culture et de l'éducation de l'individu. Toute la sociologie de la douleur se résume en ces termes. La douleur de l'accouchement est le lieu d'une convergence entre plusieurs dynamiques. Je dirai donc qu'il s'agit d'un "fait "historique ou suivant les expressions de Mauss d'un "fait social total".

### 1-6-4 : Une socio-anthropologie de l'accouchement et de la naissance

Avec Delassus (2002), la maternité n'apparaît plus comme une réalité de nature physiologique qu'il faut séparer de l'état psychologique et de l'environnement social et culturel qui accompagnent la femme enceinte. La maternité ne relève plus, selon l'auteur seulement de « l'obstétrique ». Il faut aller au-delà du biologique pour trouver les éléments qui conditionnent le dénouement d'une grossesse. Mieux, la relation mère-enfant et celle qui lie la femme enceinte à l'agent de santé, sont des espaces qui présentent des enjeux sociaux et qui participent de l'évolution de la grossesse. Ainsi, les femmes

enceintes sont approchées, non comme des sujets mais comme des acteurs à part entière de l'activité obstétricale au même titre que les proches, les parents et l'ordre symbolique (les divinités par exemple ont leur part de responsabilité dans l'évolution du travail d'accouchement et même la prise en charge de la grossesse).

Cette diversité de champs disciplinaires a, dans une large mesure, influencé le choix des sites de la recherche, des cibles, des centres d'intérêt, des réseaux conceptuels et modèles d'analyse et donc toute l'orientation méthodologique de la recherche. Le pari était de garantir, autant que possible, une complétude, dans la production de l'information, l'analyse des résultats et la déduction des apports de la recherche dans un contexte où les défis sont nombreux pour le système sanitaire dans les pays africains, en général, et au Bénin en particulier.

# CHAPITRE II : LES ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE

## 2-1 : La zone sanitaire Kpomassè-Ouidah -Tɔri : un champ privilégié pour une sociologie de la douleur chez les femmes enceintes

D'entrée je veux bien rappeler que cette étude aurait pu être réalisée dans le nord du Bénin. C'est du moins les conseils des premières personnes informées de la préoccupation de recherche. Les argumentaires qui accompagnent les différentes intentions enregistrées, loin de me dissuader, ont plutôt renforcé, en moi l'idée de produire la recherche dans le Sud Bénin. Les argumentaires avaient tendance à soutenir l'une des conceptions que récuse l'étude.

### 2-1-1 : Vivre de façon particulière le rapport à la douleur n'est pas spécifique à une culture mais aux cultures !

Les premières heures de la présente recherche sont consacrées à des entretiens exploratoires. A cette étape de la recherche, le cadre d'étude a très tôt été remis en cause par nombre d'informateurs notamment les agents de santé. Voici quelques extraits des discours qui rendent compte de cela : « *la douleur chez les femmes enceintes, c'est avec les femmes du nord que cela a un sens* » ; «*les problèmes liés à la douleur, c'est avec les femmes du nord* » ; « *les cultures des populations du nord sont favorables à ce genre de recherche*». Ces propos me semblent assez sensibles et surtout à "gros risque". D'abord, ils tendent à faire croire qu'il existe un peuple qui se particularise par un potentiel culturel présentant des "résistances" à la douleur ce qui ne serait pas le cas chez les autres peuples. Ceci me paraissait être plutôt un piège. Car, je conçois que tous les peuples ont une manière spécifique de gérer leur rapport à la douleur.

Mieux, le rapport à la douleur ne se noie pas systématiquement dans des convenances sociales englobantes. Il est aussi à l'épreuve des rationalités individuelles, des interactions symboliques. Et c'est bien ce que je tiens à reprocher à certains partisans de la santé publique et certains hommes

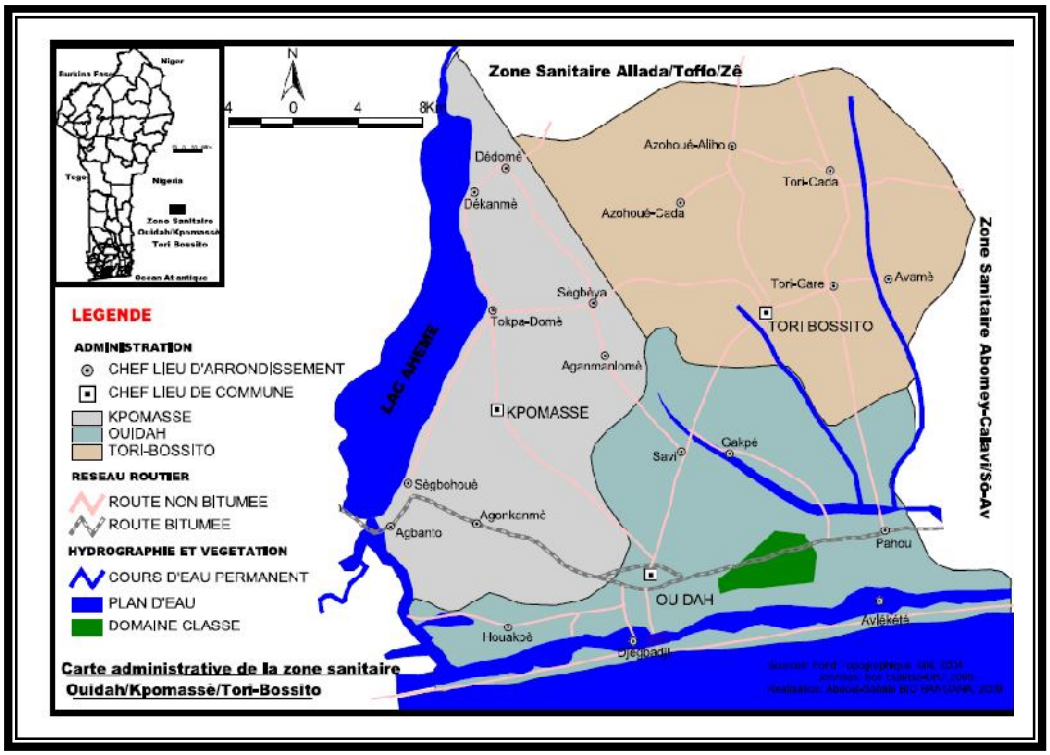
politiques qui fondent leurs interventions sur des présupposés et des stéréotypes portés sur l'"autre"[13]. C'est en ces termes que j'ai compris qu'il reste encore du travail à faire sur l'ensemble des communautés pour déconstruire un certain nombre de propos qui ne sont basés sur aucune recherche comparative mais qui tendent à prendre la valeur d'une certitude dans l'esprit humain. Une sage-femme se confessait à moi à l'étape exploratoire en ces termes : « *Je ne souhaite pas travailler dans le Nord du Bénin. C'est difficile de comprendre le comportement des femmes de là-bas car parfois elles ne manifestent pas la douleur même quand elles ont mal* ». Je lui ai donc demandé si elle ne vit pas la même situation mais d'une autre manière avec les patientes originaires du Sud Bénin. La réponse ne sait pas fait attendre : « *non* ». Mais les premiers résultats lui ont permis de comprendre qu'elle se faisait d'illusions sur le comportement des parturientes qui fréquentaient la formation sanitaire où elle exerce.

Je me résous donc à l'idée que d'un peuple à un autre, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement laisse place à la rencontre d'une culture ou des manifestations de l'intersubjectivité, toute chose qui donne une lecture spécifique et différentielle du rapport à la douleur. Si les travaux de Sambieni (op cit) et de Sewane (op cit) ont largement convaincu sur la situation dans le nord du Bénin, la présente recherche menée dans le Sud du Bénin donne l'occasion de comprendre qu'il s'agit d'une théorie globale qu'il faut élaborer sur les sociétés humaines.

### 2-1-2 : Les chiffres qui "parlent"!

La recherche s'est particulièrement focalisée sur la zone sanitaire *Ouidah Kpomassè Tɔri* représentée par la carte ci-après.

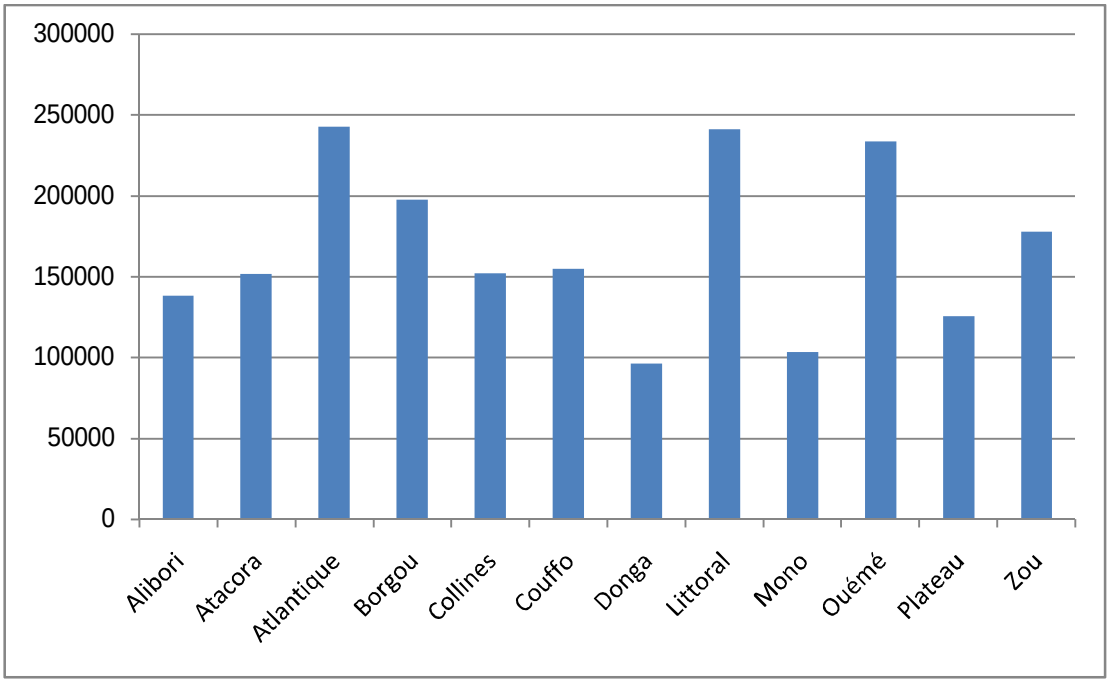
[13] C'est un concept fort de l'anthropologie sociale et culturelle. Il évoque la question de l'altérité. L'autre, c'est celui-là qui est différent de moi. En général, l'"autre" fait l'objet de préjugés, de stigmatisation.




**Source : Fonds topographique IGN, 2004**

**Carte géographique de la zone sanitaire Ouidah-KpomassèTori**

La zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tɔri a servi de cadre au déroulement de la présente étude. Elle est identifiée au regard d'un certain nombre de caractéristiques. Il faut remarquer la présence de communautés WLA, FON, KOTAFON, SAHOUE et de PEDA encore attachées aux pratiques coutumières et religieuses. Le choix du site est aussi véritablement entretenu pas des considérations d'ordre statistique. Le graphe 1 présente la situation comparative des femmes en âge de procréer.




**Graphique 1: Tendances relatives aux Femmes en Âge de Procréer (FAP) suivant les départements du Bénin en 2009**

Source : Réalisé à partir des résultats du SNIG/DPP/MS, 2009

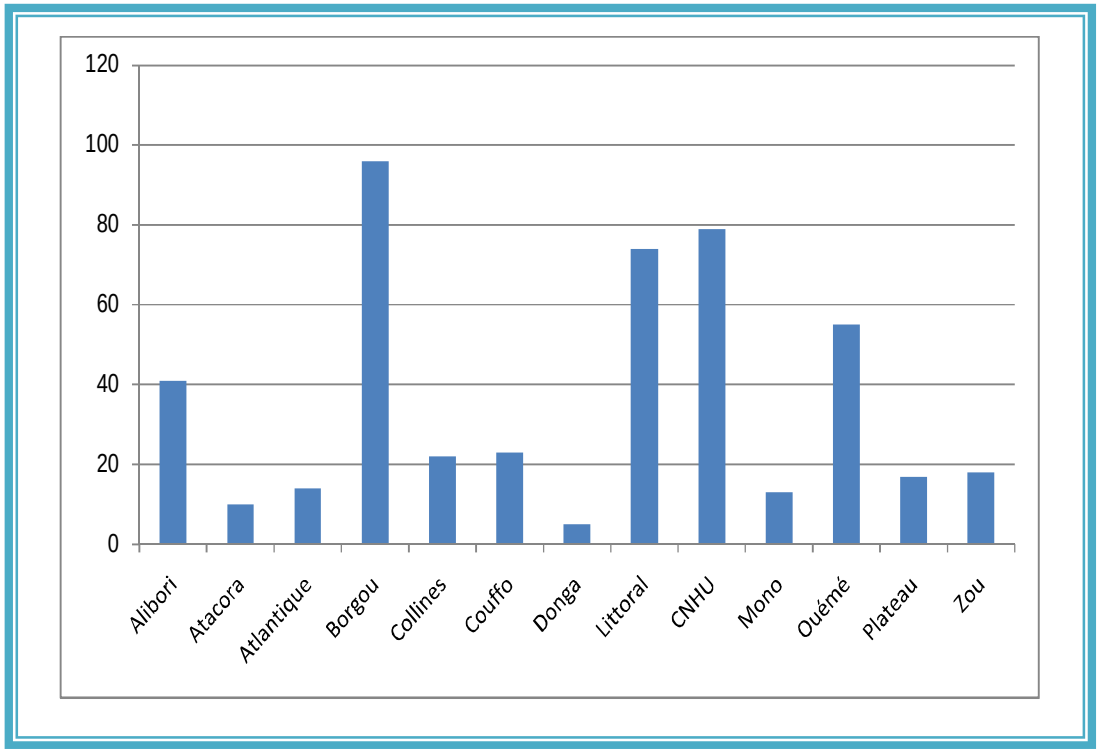
L'étude porte prioritairement sur les femmes en âge de procréer. Les femmes enceintes ou les mères n'ayant pas l'âge de procréation avant leur premier geste ont été systématiquement exclues de l'échantillon de recherche. Fondamentalement, il s'agit d'éviter des biais se rapportant à la situation de grossesse précoce. Les grossesses chez les adolescentes, entretiennent, à priori, des risques notamment des dystocies (OMS 1989). La figure n°3 présente respectivement les départements de l'Atlantique, du Littoral et celui de l'Ouémé comme ceux disposant des effectifs les plus élevés en matière de femmes en âge de procréer. La recherche gagnerait donc assez en s'occupant d'une aire sanitaire qui bénéficie de la demande la plus importante. Le département de l'Atlantique présente 242.418 cas de femmes en âge de procréer contre respectivement 241.024 et 233.359 cas pour les départements du Littoral et de l'Ouémé. L'âge de la procréation (a priori) peut influer sur

l'évolution normale de la grossesse et l'ampleur de la douleur. Une fois ces trois départements identifiés, la situation au niveau du nombre de décès maternels permet d'opérer le choix de la zone sanitaire, objet de l'étude.

*Tableau I : Décès maternels (ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes) au Bénin en 2009.*

| Département | Naissances vivantes | décès maternels **Ratio pour 100 000** |
|---|---|---|
| Alibori | **19402** | **211,3** |
| Atacora | **16739** | **59,7** |
| Atlantique | **29042** | **48,2** |
| Borgou | **27634** | **347,4** |
| Collines | **15207** | **144,7** |
| Couffo | **16838** | **136,6** |
| Donga | **7810** | **64,0** |
| Littoral | **22899** | **323,2** |
| CNHU | **3342** | **2363,9** |
| Mono | **14931** | **87,1** |
| Ouémé | **29255** | **188,0** |
| Plateau | **14637** | **116,1** |
| Zou | **21790** | **82,6** |
| **Bénin** | **239526** | **196,0** |

Source :SNIG/DPP/MS,2009




**Graphique 2: Tendances relatives à la mortalité maternelle chez les Femmes en Âge de Procréer (FAP) suivant les départements du Bénin en 2009**

Source : A partir des chiffres du SNIG/DPP/MS, 2009

Le taux de mortalité est un indicateur important dans l'analyse de l'offre médicale en soins obstétricaux. Il permet d'apprécier l'ampleur du phénomène de mortalité maternelle donc la qualité et les dynamiques autour de l'intervention obstétricale. Il permet aussi d'apprécier l'accès aux soins en obstétrique dans une région donnée. En croisant ces différentes situations, il ressort que le département de l'Atlantique présente un intérêt important pour la recherche. Sur les trois départements retenus avec le précédent critère, le département du Littoral vient en tête en matière de décès maternel suivi de l'Ouémé et de l'Atlantique. Pour 100 000 femmes en âge de procréer, le taux de décès maternel est de 5,8 dans l'Atlantique, 23,6 dans l'Ouémé et de 30,7 dans le Littoral. Ces chiffres ne remettent nullement en cause ceux rapportés dans le tableau I. Parmi les trois départements, l'Atlantique présente le taux de décès maternels (pour 100.000 naissances vivantes) le plus faible soit 48,2

contre 323,2 dans le littoral et 188,0 dans l'Ouémé. Ainsi l'Atlantique présente le taux le plus faible en matière de mortalité maternelle. Un tel indicateur nourrit, en général, le principe de "bon élève" chez les responsables et partenaires de la politique sanitaire et certains chercheurs notamment en santé publique. Deux considérations deviennent importantes dans le cadre de la recherche menée. À supposer que l'idée d'une performance des politiques sanitaires est évidente, dans une certaine mesure, l'Atlantique est un terrain "fertile" pour analyser les politiques sanitaires en matière de soins obstétricaux. Mais face au paradigme du champ médical (Kpatchavi 2011), j'ai pris une distance relative quant à l'idée selon laquelle les statistiques sanitaires obtenues en soins obstétricaux dans le département de l'Atlantique sont exclusivement le résultat des prestations offertes par les formations sanitaires. Il est aussi important de considérer l'évidence d'une réponse sociale ou encore les contributions des savoirs et pratiques que développent les populations parallèlement à l'offre de service des formations sanitaires.

### 2-1-3 : Quand l'accès aux soins obstétricaux justifie le cadre d'étude !

La recherche menée s'intéresse particulièrement aux communautés et aux usagers des services de soins obstétricaux. Les indicateurs en matière de consultations prénatales renseignent sur une "bonne pratique" des CPN chez les populations. Le taux de couverture en consultations prénatales dans la zone sanitaire est de 102,1 (MS 2009). Cet accès à l'offre médicale en matière de soins obstétricaux traduit l'idée que ces populations sont "capables" de réagir et de porter leurs avis sur les pratiques médicales dans ce domaine de la santé. De même, la question des complications est très déterminante pour la recherche. En effet, la douleur apparaît comme l'une des manifestations fondamentales des complications.

En général, les agents de santé recommandent aux patientes de ne pas hésiter à informer en cas de douleur au bas ventre par exemple. Aussi, il est fréquent d'entendre les sages-femmes demander aux parturientes si elles ont mal ou pas. Une réponse affirmative à cette question renseigne sur la nature de

l'évolution de la grossesse (ou encore le travail d'accouchement). Ainsi, l'effectivité des complications est une donnée centrale pour le choix du cadre de l'étude. Elle soulève des questions relatives aussi bien à des causes biologiques et médicales que celles portant sur des causes sociologiques et culturelles. Le pourcentage de dystocies est de 19,2 dans la zone sanitaire, objet de l'étude (MS 2009). L'analyse désagrégée des chiffres du Ministère de la santé montre que la zone sanitaire *Ouidah-Kpomassè- Tɔri-Bosito* présente 50 % des décès maternels enregistrés dans le département de l'Atlantique qui compte pourtant trois zones sanitaires. Ainsi, le Ratio pour 100 000 accouchements est de 91, 4 dans cette zone sanitaire contre 46,7 pour l'ensemble du département de l'atlantique. Elle présente alors, un tableau beaucoup plus préoccupant que l'ensemble des deux autres zones sanitaires et même que celui du département.

Il faut ajouter à tout ceci, les acteurs de soins parallèles dans le milieu d'étude sans oublier que les pratiques culturelles restent encore d'actualité.

## 2-2 : Orientations méthodologiques

La méthodologie porte en elle, l'esprit et, dans une certaine mesure, le "cœur" même de la recherche. Elle fixe les modalités de production et de traitement de l'information. La recherche présente une dimension transversale à visée descriptive et analytique. La transversalité s'inscrit particulièrement dans l'exploration de plusieurs paramètres pour le croisement des variables. A cet effet, l'histoire sociale, la relation médicale, les convictions religieuses, les convenances sociales et les enjeux ont autant de variables croisées. C'est pourquoi des données aussi bien quantitatives que qualitatives sont mises à profit. La recherche est aussi de nature longitudinale. Une telle perspective permet de noter et de reconstruire l'expérience de la douleur au fil des jours et des évènements qui interviennent dans la vie sociale et dans la relation médicale chez les parturientes. Ainsi, en dehors de la période spécifique au travail d'accouchement, les antécédents (notamment sociaux) et les vécus

antérieurs ont été investigué pour circonscrire le rapport à la douleur chez les acteurs sociaux.

## 2-2.1 : Le double choix de la recherche "in situ" et de la dialectique : une épreuve pour le chercheur !

Les orientations méthodologiques se sont construites au fil de la recherche. Il ne s'agissait pas de définir les contours de la méthodologie, les itinéraires de la production des données avec rigidité. La flexibilité aux réalités de terrain et le principe de recadrage étaient comme des "lois" auxquelles il fallait obéir. La recherche "in situ" a imprimé son mode de fonctionnement. Les informateurs sont apparus comme des "partenaires". Ils avaient une part entière de responsabilité même dans la définition des indicateurs d'analyse. L'avantage fut de garantir la "sincérité" de l'information chez l'informateur. C'est aussi vrai qu'il était alors difficile d'obtenir une synergie des intentions pour l'orientation de la recherche. Deux défis majeurs étaient à relever. Le premier était de concilier les points de vue des agents de santé, des chercheurs et cadres de l'environnement de la santé avec ceux du chercheur que je suis. Le brainstorming, la patience et le sens de discernement chez les uns et les autres ont permis de prendre le dessus sur les enjeux et difficultés. Le deuxième défi est relatif à la collaboration des femmes enceintes, principales cibles de la recherche. Les occupations des femmes et les convenances sociales étaient pratiquement en défaveur d'une collaboration avec elles dans le cadre de la recherche. Et pourtant, pour garantir les succès de la recherche, il fallait les impliquer, être avec elles et mieux leur donner la parole dans l'élaboration et la définition des pistes de recherche. La familiarité avec l'environnement de recherche et la prise en compte des cibles dans l'élaboration du calendrier de travail étaient les "clés" qui ont permis de s'en sortir avec succès.

La recherche "in situ" et son corolaire "actor oriented" (Oliver de Sardan 1995) ont non seulement édifié le socle de la production des données mais elles ont aussi édifié le statut de "chercheur" et de "collaborateurs de recherche" chez l'ensemble de l'équipe ayant participé aux opérations de terrain.

Pour ce qui relève de la dialectique, elle s'est matérialisée suivant deux principes. D'une part, l'attachement aux données empiriques au détriment des conceptions théoriques et d'autre part le « va et vient » entre les phases théoriques et phases pratiques, entre les informateurs et l'équipe de collecte…C'était d'abord une attitude d'esprit avant d'être une pratique sur le terrain. La flexibilité, l'engagement et le soutien de l'équipe d'encadrement étaient les secrets des performances rapportées.

### 2-2.2 : Les localités approchées

Les critères ayant milité en faveur du choix de la Zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tɔri ont déjà été développé un peu plus haut dans ce document. Il reste à préciser celui des différents arrondissements retenus. Le tableau 2 met en relief les localités qui ont fait objet d'enquête de terrain dans le cadre de la recherche et les principaux critères.

*Tableau II: Localités cibles et principaux critères de choix*

| **Localités** | **Autochtone** | **Rural** | **Péri urbain** | **Urbain** | **Distance avec CS/CSCOM/HZ/ CHD** | **Proximité avec l'offre de service parallèle** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Mairie de Kpomassè** | | | |
| **Sègbohouè** | X | | X | | X | X |
| **kpomassè centre** | | | | X | X | X |
| **Dékammè** | X | X | | | X | X |
| **agonkammè,** | | | | X | X | X |
| **Agammalomè** | | X | X | | X | X |
| | | | **Mairie de Ouidah** | | | |
| **Ouidah1** | X | | X | X | X | X |
| **Ouidah 3** | | | X | X | X | X |
| **Savi 1** | | X | | | | X |
| **Kpahou** | | | X | | | X |
| | | | **Mairie de Tɔri** | | | |
| **tɔri gare** | | | X | | X | X |
| **tɔri bosito** | X | | | X | | X |
| **Tɔri kɑɖɑ** | | X | | | X | X |

Source : Réalisé à partir des données de terrain

Le tableau 2 présente les six critères les plus déterminants dans le choix des localités investiguées. La localité propre aux autochtones a l'avantage de donner accès à l'information sur les construits sociaux, les héritages culturels et l'histoire sociale aussi bien des usagers des services de maternité que de la formation sanitaire. C'est aussi le cas des zones urbaines, péri urbaines et rurales. Les spécificités rendent compte aussi des types de rapport que les populations entretiennent avec les formations sanitaires et les enjeux sociaux de même que les types d'interactions qui se développent entre elles au sujet de la prise en charge de la grossesse.

Il est aussi retenu le critère de distance avec les CS, les CSCOM, le "HZ" et le CHD. La proximité avec une formation sanitaire offre l'occasion d'interroger les trajectoires qu'empruntent les femmes enceintes dans le cadre de la prise en charge de la douleur. L'un des critères les plus importants est la distance (proche ou éloignée) avec des offres de services parallèles. Il s'agit des acteurs qui détiennent des savoirs dans le domaine de l'accouchement et la prise en charge de la douleur. Il s'est avéré important de documenter les offres de services parallèles et les demandes qu'elles mobilisent de même que leur place dans l'activité obstétricale au sein des formations sanitaires. A l'intérieur de ces sites, des opérations de collecte d'informations se sont déroulées sur la base d'autres critères ayant permis de retenir des informateurs.

### 2-2.3 : Population cible et échantillon de recherche

La population cible, à l'image des autres aspects relatifs à la méthodologie, s'est constituée à partir d'une série de critères dont la définition a connu la participation des populations. L'essentiel des critères concernent la part d'implication (directe ou indirecte) de l'individu dans l'expérience de l'accouchement, de la douleur chez au moins une femme enceinte et plus spécifiquement dans le cas d'une personne proche de soi. Le tableau 3 renseigne sur les acteurs sociaux retenus et les critères associés à leur choix.

*Tableau III: Critères de choix des informateurs*

| **Catégories de cible** | **Effectifs** | **Critères d'inclusion** | **Critères d'exclusion** |
|---|---|---|---|
| **Femme enceinte** | 83 | Etre reçue en salle de travail | Etre opérée pour rupture utérine |
| | | Etre évacuée ou venue directement de domicile | Avoir accouché en dehors d'une formation sanitaire |
| | | Etre hospitalisée en vue d'une césarienne | Avoir au moins 17 et au plus 40 ans |
| | | Avoir vécu et se préparant à nouveau pour un accouchement vaginal et non par césarienne | Etre venue de soi-même ou évacuée des centres sanitaires pour des complications des suites de couches ou de la complication post-césarienne |
| | | Avoir accès à une prise en charge médicale de la grossesse notamment les CPN | |
| | | Avoir connu ou non des complications dans le cadre de la grossesse | |
| **Personnel non soignant** | 12 | Intervenir dans l'offre de service en direction des femmes enceintes | Avoir une ancienneté de moins de trois mois continu dans la Zone Sanitaire |
| **Accompagna-teurs /gardes patientes** | 35 | Etre déjà associé à au moins trois situations des gestantes | Venir directement d'une localité non concernée par l'étude. |
| | | Etre en séjour dans une formation sanitaire cible aux côtés d'une femme enceinte | Etre un visiteur occasionnel |
| | | | Avoir moins de 18 ans |
| **Agent de santé** | 31 | Etre intervenant dans le service maternité | Avoir une ancienneté de moins de trois mois continu dans la Zone Sanitaire |
| | | Etre intervenant dans le service de la césarienne | N'intervenant pas dans les formations sanitaires retenues |

| **Catégories de cible** | **Effectifs** | **Critères d'inclusion** | **Critères d'exclusion** |
|---|---|---|---|
| | | | pour la recherche |
| **Spécialistes en santé publique** | 6 | Disposer de compétence dans les domaines de la douleur et de la santé publique | N'avoir jamais mené une intervention en direction des communautés cibles de l'étude |
| | | Etre sur un Programme relatif aux femmes enceintes | |
| **Matrones** | 9 | Etre intervenant (dans le passé et/ou) dans le domaine de la maternité | Avoir une ancienneté de moins de trois mois continu dans la Zone Sanitaire<br>N'intervenant pas sur l'aire géographique restreinte et spécifique à la recherche |
| **Guérisseurs** | 24 | | |
| **Devin** | 13 | | |
| **Acteurs de la pharmacie parallèle** | 12 | | |
| **Leader religieux** | 23 | | |
| **Sage/garant de la tradition** | 25 | Etre originaire du milieu d'étude | |
| | | Être détenteur de connaissance et lien avec la maternité | |
| | | Etre sollicité dans le cadre des expériences de maternité | |
| **Total** | 251 | - | - |

Source : Données de terrain

Au titre des techniques d'échantillonnage, sont utilisées celles de l'échantillonnage par grappe pour la définition des aires sanitaires, l'échantillonnage par boule de neige associé à l'échantillonnage par choix raisonné. Au total, deux cent cinquante-un individus ont été approchés. Il s'agit d'autochtones ou étrangers, de personnes mariées, instruites et celles non

instruites. Faudrait-il ajouter l'influence du phénomène de "saturation de l'information" intervenu à un intervalle situé entre 65 et 72 % de ce qui était prévu au niveau des catégories d'informateurs.

### 2-2.4 : Les techniques utilisées

La production des données empiriques s'est fortement inspirée de l''ethnométhodologie. Selon Mattelart (2004), l'ethnométhodologie « s'inspire largement de l'œuvre du philosophe et sociologue autrichien Schütz qui, exilé dans les années quarante à New York, s'est consacré à l'étude des fondements de la connaissance dans la vie quotidienne. En désignant le quotidien comme un domaine privilégié d'étude pour le sociologue, il invite la sociologie à s'insérer dans le "monde de la vie" (*Lebenswelt*), un monde concret, historique et socioculturel, où prévalent les représentations de la pensée du sens commun. L'ethnométhodologie empruntera à Schütz son concept de "stocks de connaissance" : le monde social est interprété en fonction de catégories et de constructions de sens commun, qui constituent les ressources à l'aide desquelles les acteurs sociaux parviennent à une compréhension intersubjective et arrivent à s'orienter les uns par rapport aux autres. » La proximité avec les cibles suivant un calendrier défini est donc admise comme un principe de jeu. Cette proximité a permis de gagner la confiance des populations et de produire les informations à partir de techniques et d'outils spécifiques.

Les sources écrites utilisées sont particulièrement les dossiers de patientes, les rapports de monitoring, les fiches de suivi des patientes, les carnets de soins et les rapports produits sur les formations sanitaires ciblées. A travers une grille de lecture produite sur la base des données accessibles et les objectifs de recherche, les informations issues de ces sources sont traitées.

Les sources orales quant à elles concernent spécifiquement l'entretien. Des guides d'entretien semi-directifs sont réalisés au profit des agents de santé et des acteurs de l'offre parallèle de soins. Les récits biographiques et les "histoires de vie" ont permis de documenter le passé des cibles, des sites et parfois l'histoire sociale de la pratique d'accouchement au sein des communautés. Quant au questionnaire réalisé dans le cadre des données

statistiques, il est administré de façon directe au profit des femmes enceintes et du personnel non soignant.

Les entretiens ont permis de se familiariser avec les préoccupations des cibles (parfois à travers des causeries de courtes durées), la description d'évènements reliés à l'expérience de la douleur et la définition de nouvelles pistes de recherche. En réalité, comme l'atteste Dubet (1995), « les hypothèses des sociologues ne sont que des formalisations des raisonnements sociaux banals ». Il appartient seulement au sociologue d'appréhender ces derniers en cherchant des interlocuteurs pertinents et en écoutant, puis en incluant ces raisonnements dans des élaborations particulières soumises à des contraintes de logiques internes et à des exigences de falsifications. En retour, ses interlocuteurs finissent par s'approprier son langage. C'est dans cet esprit que les entretiens sont conduits avec des vas-et-viens entre entretiens individuels et focus group discussion. Sont donc organisés, des Focus group avec les femmes enceintes d'une part et d'autre part avec des obstétriciens. Les focus group discussion sont donc organisés avec des « groupes présentant une certaine homogénéité (culturelle, sociale, géographique et/ou autre). » (Le Grignou 2003). Ces entretiens ont permis de répondre aux limites des données quantitatives au sujet des détails expliquant les déclarations des informateurs.

### 2-2.4-1 : Le recours aux procédés d'observation : le "risque du métier de chercheur-observateur!

Selon Bourdieu (2000@), « *l'observation participante désigne la conduite d'un ethnologue qui s'immerge dans un univers social étranger pour y observer une activité, un rituel, une cérémonie, et, dans l'idéal, tout en y participant.* » Peretz (1995), distingue "le participant comme observateur" ; "l'observateur participant" et l'"observateur complet". Le chercheur dont j'assurais le statut, devrait parfois jouer le rôle de garde malade, de confident…C'était, dans une certaine mesure, une épreuve. En effet, la proximité physique entre un "étranger" et une femme enceinte était presqu'un

interdit. Il fallait donc « négocier » la familiarité et la confiance des membres de la communauté et celle des patientes.

**2-2.4-1-1 : Au départ, était l'observation flottante**

L'observation flottante est une méthode prônée par Pétonnet (1982). Selon lui, « elle consiste à rester en toute circonstance vacant et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser "flotter" afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans à priori, jusqu'à ce que des points de repères, des convergences, apparaissent et que l'on parvienne alors à découvrir des règles sous-jacentes ». Il s'agissait donc d'une présence relativement passive aux côtés des cibles. Elle a permis de faire une "moisson" importante en termes de centres d'intérêt et orientations pour la recherche.

**2-2.4-1-2 : Puis, s'imposa l'observation analytique…**

En fait, la proximité introduit aussi bien la confiance que la réticence. Comme ce fut le cas avec la multipare, (femme d'un informateur) de 29 ans.

*[Au premier contact, G. I. me considère comme un "spécialiste" des questions de maternité. Et pourtant, je n'avais pas encore échangé avec elle. Mais comme dans d'autres circonstances, je devais d'abord me familiariser avec son mari et les habitants du ménage. Pendant que je participais aux opérations de pêche (il le fallait aux premières heures de la recherche), elle a trouvé l'occasion de m'apostropher. Elle n'a pas hésité à raconter ses expériences de jeune fille notamment celles qui l'inquiètent. En réalité, elle a déjà fait l'objet de deux avortements. Mais elle a pris le soin de raconter qu'il s'agit d'un secret que seuls son époux et elle sont (jusque-là) détenteurs. Son mari a surpris la conversation et demanda à en savoir sur l'objet de la discussion. Elle ne m'a pas laissé l'occasion de répondre. Elle répond donc à l'époux en langue locale. J'ai puis comprendre qu'elle lui disait qu'il ne s'agissait de rien. L'époux a insisté sans succès à en savoir sur le contenu de l'échange. Mais elle finit par manifester une colère de par l'humeur et la tristesse dans le visage. Le temps de penser à comment réagir face à cette situation, j'apprends que, sur initiative de l'époux, elle a rejoint la maison avant même la fin des activités de la journée. Il a fallu rassurer l'époux sur ma*

*bonne foi, les jours qui ont suivi, pour que cette situation ne porte atteinte à mon séjour de chercheur».]*

Les expériences d'observation dans les domiciles, les salles d'attente des maternités, les salles d'accouchement, avaient chacune leurs risques respectifs. Conformément aux prescriptions de Melhuus (2002), il n'était pas question de faire « une immersion totale » mais je me retire souvent du lieu pour « réduire l'impact du séjour sur les enquêtés » (Hastrup 1995).L'observation analytique est aussi mise en valeur. Elle correspond à un travail de repérage focalisé sur un ou des aspects particuliers des phénomènes étudiés en un temps et dans un lieu déterminés. Elle suppose la définition par le chercheur de catégories d'observation spécifiquement destinées à sa recherche. L'observateur cherche ainsi à appréhender systématiquement certaines caractéristiques des phénomènes auxquels il s'intéresse et à mettre à l'épreuve le bien-fondé des interprétations qu'il construit au fur et à mesure du déroulement du travail de terrain. (Chapoulie, 2000). Les variables de recherche, les préoccupations sorties des entretiens de recherche ou des lectures sont donc devenues les substrats des grilles d'observation. Il fallait aussi, pour la complétude, s'inspirer des travaux du même auteur en matière d'observation diffuse.

Penser à la douleur relative à la grossesse, telle que vécue chez les populations, comme un évènement social sans m'inscrire dans un "vagabondage de l'imagination", il a fallu associer plusieurs modèles d'analyse.

## 2-3 : Les modèles d'analyse : le modèle écologique comme modèle dominant

Suivant les niveaux de traitement et d'analyse, chaque modèle présentait ses avantages.

### 2-3-1 : Du modèle "biopsychosociologie"

L'angle de la biopsychosociologie permet une lecture transversale et holistique de la douleur chez la femme enceinte. Développé par Zaatout, ce modèle permet d'opérer une lecture croisée des différentes composantes à l'œuvre dans l'expérience de la douleur chez la femme enceinte. Il s'agit de quatre composantes à savoir : la composante sensorio-discriminative, celle affectivo-émotionnelle, celle cognitive et celle comportementale. La composante sensorio-discriminative concerne le mécanisme neurophysiologique de la douleur des contractions. A l'instar d'autres processus physiologiques, les contractions de l'utérus font intervenir une sensation douloureuse chez toutes les femmes enceintes. La composante affectivo-émotionnelle met en relief les implications de la douleur sur l'affect. Et c'est bien évidemment à cette étape que l'expression de la douleur tient compte des expériences passées de la douleur et de la valeur accordée à cette douleur. La dépression et l'anxiété dans le visage de la patiente deviennent des facteurs déterminants dans la prise en charge de la douleur. La douleur s'apprécie donc à l'aune de l'émotion affective développée par la patiente. Quant à la composante cognitive, elle renforce l'ancrage social (s'écartant du biologique) du rapport à la douleur de l'accouchement. Il s'agit de partir des représentations faites de la douleur, les sens et les cognitions associées pour rendre compte des réactions et comportements qu'adoptent les femmes enceintes en situation de douleur. En ce qui concerne la dernière composante notamment celle comportementale, l'accent est mis sur l'expression comportementale de la douleur. Partant du postulat selon laquelle la communication n'est pas que verbale, les plaintes, les mimiques, les postures antalgiques, les comportements et réactions anormales, l'agressivité renseignent sur la douleur chez la patiente. Mais ces différentes formes expressives de la douleur

s'inscrivent dans les convenances sociales, l'âge (biologique) et le contexte familial (soutien ou non de l'entourage).

Le modèle biopsychosociologique permet donc d'articuler les aspects biologiques, psychologiques et sociologiques dans l'étude du rapport à la douleur chez la cible.

## 2-3-2 : Du constructivisme au modèle systémique : le modèle écologique comme modèle dominant

Entre le déterminisme absolu ou encore le structuralisme et l'individualisme méthodologique, le constructivisme apparaît comme une alternative productive dans l'analyse de la douleur. En ralliant « contraintes » et « libertés » (Delcroix 2004), le constructivisme a permis d'apprécier l'influence des us et coutumes d'une part et d'autre part l'importance des "calculs utilitaristes" dans la manifestation du rapport à la douleur. Le rapprochement entre deux niveaux d'analyse a nécessité une approche globale et systémique de la réalité sociale que devient donc le rapport à la douleur. Les composantes de l'analyse (interdits, valeurs éducatives, savoirs…) sont prises dans la relation d'interdépendance qui les lie et les rapproche de la compréhension des comportements des femmes enceintes. Aussi, dans l'étude des foyers de production de ces composantes ou référents (famille, religion par exemple), il n'était pas possible d'envisager l'une sans tenir compte de l'autre.

L'ensemble de ces modèles mettent en valeur le modèle écologique (Lacourse 2002). L'auteur a inspiré les pistes d'analyse en mettant en exergue la nécessité de tenir compte de « l'interaction entre les différents facteurs », l' «intégration des facteurs culturels, sociaux, politiques et économiques aux paramètres biologiques ». Il insiste alors sur une « vision systémique » de l'analyse.

## 2-4 : Durée et calendrier de la recherche

La recherche couvre une durée de trois ans. Le tableau suivant rend compte des principales articulations du déroulement de la recherche suivant les périodes de leur qui leur est impartie.

*Tableau IV: Durée et calendrier de recherche*

| Etapes de la recherche | Durée |
|---|---|
| Phase exploratoire et définition du sujet | 3 semaines |
| Prise de contacts et familiarisation avec les sites de recherche | 4 semaines |
| Réalisation et validation du protocole de recherche | 6 semaines |
| Production de l'information auprès des informateurs | 71 semaines activités discontinues |
| Traitement des données et rédaction de la Thèse | 26 semaines |
| Points de Thèse et échange avec le comité de thèse et divers autres discussions avec le milieu scientifique | 12 semaines |
| Présentation et discussion des résultats avec les informateurs | 4 semaines |
| Lecture et correction des versions et dépôt | 12 semaines |
| Total | 137 semaines |

Source : Réalisé à partir de l'organisation pratique de la recherche

Les différentes considérations théoriques et méthodologiques développées dans cette partie ont permis la mise en relief de la médicalisation de l'accouchement et les contraintes afférentes.

# DEUXIEME PARTIE : LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT : LES ILLUSIONS DE LA PRISE EN CHARGE BIOMEDICALE DE LA DOULEUR

## CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE BIOMEDICALE DE LA DOULEUR DE LA PARTURIENTE

### 3-1 : Les soins obstétricaux au Bénin: regards croisés sur la pyramide sanitaire

#### 3-1.1 : La santé de la mère et de l'enfant

L'étude de la douleur ne saurait se départir d'une perspective structurelle et fonctionnelle du système mis en place par les politiques pour faire face à la santé de la mère et de l'enfant. Le vocable "santé maternelle néonatale et infantile" fait de plus en plus le quotidien des décideurs (dirigeants politiques et responsables de la politique sanitaire) et des partenaires du système sanitaire béninois. Le Bénin, à l'instar de plusieurs pays africains s'engage donc dans un ensemble d'idéologies (soutenues par plusieurs formules dont celle de la santé parfaite) qui vont gouverner l'activité médicale au sein des formations sanitaires. Il me paraît important de soulever tout ceci dans la mesure où la prise en charge sanitaire d'une femme enceinte est organisée et appréciée au regard des politiques et orientations stratégiques associées aux pratiques obstétricales à l'échelle nationale. Ce qui importe (véritablement) pour les décideurs, c'est la conformité avec les conventions, les politiques et protocoles auxquels le Bénin a souscrit. A ce titre, plusieurs sages-femmes approchées dans le cadre de la présente recherche admettent que le plus important est de respecter le protocole « *prescrit par le Ministère de la Santé* ». Dans la commune de *Tɔri*, une Sage-femme en service au niveau

périphérique insistait sur cette tendance en ces termes « *S'il y a un décès à la maternité, tout le monde descend. L'équipe du Ministère et de la Zone Sanitaire aussi. Je dois donc produire un rapport sur la situation. Je dois donc m'expliquer. Vous imaginez si je n'ai pas respecté strictement le protocole…* ». Ces propos témoignent d'une faible marge de manœuvre chez le personnel sanitaire dans les interventions médicales.

Or, ce qu'il convient ici d'appeler protocole d'intervention n'est que la conséquence d'une manière de concevoir les questions relatives à la santé en général et à l'accouchement en particulier.

Il existe donc des cadres stratégiques et des postulats qui influencent non seulement la formation des obstétriciens mais aussi la pratique du métier. Ce qui retient particulièrement l'attention, est l'universalisme qui caractérise (dans une large mesure) ces cadres stratégiques et principes de fonctionnement des activités obstétricales dans les formations sanitaires. Il faut loger cet universalisme dans les défis que décide de relever l'Etat béninois en réponse aux engagements à l'échelle régionale et internationale. En septembre 2000 déjà, les responsables politiques du monde entier ont signé la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Ils se sont engagés à en réaliser les objectifs 4 et 5pour le développement, qui sont relatifs à la mortalité juvéno-infantile et à la santé maternelle. Les objectifs initialement fixés consistaient à réduire des deux tiers la mortalité des moins de cinq ans et des trois quarts le taux de mortalité maternelle au cours de la période 1990–2015.

Ainsi, conformément aux directives relatives aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Bénin s'engage à i) réduire le ratio de MM de 498 /100000 NV en 1996 à 125 en 2015, ii) réduire le taux de MIJ de 166,5 pour mille en 1996 à 62 pour mille en 2015, iii) réduire le taux de MN de 38 pour mille en 1996 à 20 pour mille en 2015 iv) amener 50% des adolescents et jeunes à adopter un comportement sexuel responsable (grossesse, VIH). Diverses stratégies ont donc été initiées et mises en œuvre au Bénin comme dans la plupart des pays de l'Afrique au Sud du Sahara. Au nombre des stratégies, figurent : la formation et le recrutement de Sages-femmes, la décentralisation des soins et services, la réduction des coûts de

prestation, l'"Information, l'Education et la Communication (IEC)" la "Communication pour un Changement de Comportement (CCC), la conduite des stratégies avancées, le rapprochement entre médecine traditionnelle, médecine moderne et la suppression progressive de certains métiers comme celui des matrones. La mesure de la "gratuité de la césarienne" déclarée par le gouvernement béninois, la gratuité des soins de santé primaire et l'accès aux médicaments génériques, constituent, selon les acteurs de la politique sanitaire, d'autres mesures qui témoignent de l'engagement de l'Etat en matière de santé maternelle. Si les populations sont favorables à cette prise de responsabilité au niveau de l'Etat, elles ne partagent pas toujours ce que certains tradi thérapeutes ont désigné par la notion d' "exclusion" dans la conception et la mise en œuvre des politiques. 70 % des responsables des structures d'interface approchées n'ont pas une connaissance réelle du contenu des politiques sanitaires en matière de santé maternelle. Et pourtant, le Bénin dispose de plusieurs documents stratégiques à cet effet.

Déjà, la dénomination du Ministère est évocatrice à plus d'un titre. En le dénommant "Ministère de la Santé Publique", l'Etat béninois témoigne de son engagement face à la situation sanitaire des individus. La Constitution de la République du Bénin du 11 décembre 1990, en son article 26 relatif aux droits et devoirs stipule que « … l'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les handicapés et les personnes âgées ». Ceci traduit les diverses options et dispositions prises pour répondre aux défis portant sur la santé de la mère et de l'enfant (Quenum 2006).

Le Ministère de la Santé a élaboré et mis en œuvre deux politiques de la santé en 1996 et 2006. Ces politiques sont inspirées par la conférence de Caire. Ainsi, le Bénin dispose d'un plan quinquennal couvrant la période 2006-2010 dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La direction départementale de la Santé Publique est responsable de la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation au niveau départemental. Le plan quinquennal mène des interventions maternelles et néonatales directes (kits obstétricales, ressources humaines qualifiées et compétentes). L'objectif n°4 de ce plan consiste à « améliorer le taux d'utilisation des services

obstétricaux » ; l'objectif n°5 renvoie à « améliorer le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié » et l'objectif n°6 est de « renforcer les capacités des individus, des familles et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né ». A travers ces objectifs, il apparaît clair que l'Etat béninois opte pour l'utilisation systématique de l'offre de service des formations sanitaires en matière de prise en charge de la grossesse. C'est bien évidemment ce qui entretient la critique portant sur l' "hyper médicalisation" de l'accouchement (Michel 2005). Les avancés au niveau des indicateurs de couverture sanitaire et la mise en place de diverses structures organisationnelles ne sont que les preuves d'une "obsession" à garantir la santé parfaite.

Déjà, à deux mois de la conférence internationale sur la population et le développement, le Bénin a créé la Direction de la Santé Familiale (DSF) par décret N° 94 – 145 du 26 Mai 1994. Sur les quatre volets inscrits à la politique de santé familiale, deux sont directement liés aux questions de maternité. Il s'agit spécifiquement de la « prise en charge gynécologique » et la « maternité à moindre risque ». A cet effet, les politiques sanitaires s'inscrivent dans la prévention et la prise en charge des complications du post-abortum, la prise en charge de la grossesse à risque et son dépistage. Les professionnels de la santé soutiennent aussi l'idée d'une prévention des complications. Les complications et les risques inhérents au processus d'accouchement sont, dans une certaine mesure, conçus comme des "ennemis" à affronter. Tout ceci, me semble-t-il relève d'une propension idéologique qui va au-delà de la réalité elle-même. Le risque ou encore les complications relèvent-ils réellement (surtout pour les femmes enceintes et leurs parents) du "mal". Et plus encore, sont-ils réellement et exclusivement de l'ordre du biologique? Si l'hyper médicalisation de l'accouchement accompagne des défis nobles, il n'en demeure pas moins qu'elle rend compte d'une obsession qui explique certaines mesures parfois peu pertinentes pour les objectifs visés.

## 3-1.2 : La hiérarchisation de l'offre de service en soins obstétricaux

En 2007, une nouvelle disposition a été ajoutée à l'objectif n°5 des OMD. Il s'agit d'assurer d'ici 2015, l'accès universel aux soins de santé générique : les services de santé destinés à la mère, au nouveau-né, à l'enfant ou tout simplement la fonction de reproduction chez la femme et ceci sans discontinuité. Les conclusions issues de diverses assises, à l'échelle internationale constituent, à cet effet des références. Il s'agit notamment des assises de Nairobi au Kenya (1987) sur la maternité sans risque, celles de New York 1990) et celle du Caire en Egypte (1994) sur la population et le développement. Aussi, doit-on citer la quatrième conférence internationale sur les femmes tenue à Pékin en Chine (1995), celle tenue au Sri Lanka (1997). En 2007, le vingtième anniversaire du lancement de l'initiative pour une maternité sans risque a été marqué par une série d'engagements. Les participants à ces différentes assises conviennent qu'il faut mettre à la disposition de toutes les femmes, des soins obstétricaux d'urgences de bonne qualité. Ils adhèrent à l'idée que toutes les femmes doivent pouvoir donner naissance à leur enfant en présence d'un accoucheur ou d'une accoucheuse qualifié. S'engagent-ils donc à garantir une accessibilité aux soins obstétricaux à toutes les femmes enceintes en vue d'apporter une réponse médicale à toutes les interrogations notamment celles qui mettent en relief la douleur chez la femme enceinte ?

De même, la Table Ronde Sectorielle (TRS) pour le secteur de la santé tenue en Janvier 1995 (au Bénin) a consacré l'organisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires. Ainsi 34 zones sanitaires ont été créées sur l'étendue du territoire national. Les zones sanitaires ont été mises en place en 1998 et réorganisées en 2005 par le décret 2005-611 du 28 Septembre 2005.

### 3-1.2-1 : Aperçu général sur l'organisation administrative du système sanitaire

Le Bénin a une population totale de 8,778 millions en 2010 avec 65% de la population âgée de moins de 25 ans. Le taux de fécondité est de 5 ,7 avec un taux d'accroissement annuel de 3,25%. Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements administratifs depuis le 15 janvier 1999, conformément à la loi N° 97-028 portant organisation de la république du Bénin. Ce sont : L'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes (avec entre 50000-200000 habitants) comportant 3743 villages et quartiers de ville[14], le village étant la plus petite unité administrative dans un arrondissement rural au même titre que le quartier de ville en milieu urbain. La loi n°97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin confère à la commune, une personnalité juridique et une autonomie financière. Les communes jouissent d'une autonomie financière sur le budget alloué par l'Etat et les revenus générés localement. Mais il faut mentionner que l'organisation sanitaire n'affiche pas, systématiquement, un même type de découpage. Le système de santé comporte deux types de structures : 1) les structures administratives et 2) les institutions hospitalières et socio-sanitaires. Le tout s'inscrit dans une perspective pyramidale.

Les tableaux suivants présentent respectivement la répartition des aires sanitaires suivant les différents niveaux de la pyramide et l'organisation administrative qui s'en suit.

[14] Ce nombre va augmenter en raison de la détermination de nouveaux villages dont le projet est en cours au parlement béninois.

*Tableau V: Répartition des aires sanitaires au Bénin*

| **Niveau central** | **Niveau Intermédiaire** | **Niveau Périphérique** |
|---|---|---|
| | 6 Directions Départementales de la Santé | 34 Bureaux de Zone sanitaire (34 Zones sanitaires) |
| Ministère de la Santé (Cabinet, Directions techniques et Programmes, organismes sous tutelle) | Alibori/Borgou | Malanville-Karimama<br>Kandi-Gogounou-Ségbana<br>Banikoara<br>Bembèrèkè-Sinendé<br>Nikki-Kalalé-Pèrèrè<br>Parakou-N'Dali<br>Tchaourou |
| | Atacora/Donga | Tanguiéta-Cobly-Matéri<br>Natitingou-Boukoumbé-Toucountouna<br>Kouandé-Ouassa/Péhunco-Kérou<br>Bassila<br>Djougou-Copargo-Ouaké |
| | Atlantique/Littoral | Allada-Toffo-Zê<br>Abomey-Calavi/Sô-Ava<br>Ouidah-Kpomassè-Tɔri-Bosito<br>Cotonou 1 et 4<br>Cotonou 2 et 3<br>Cotonou 5<br>Cotonou 6 |
| | Mono/Couffo | Lokossa-Athiémè<br>Comè-Bopa-Houéyogbé-Grand Popo<br>Aplahoué-Djakotomè-Dogbo<br>Klouékanmè-Toviklin-Lalo |
| | Ouémé/Plateau | Adjohoun-Bonou-Dangbo<br>Avrankou-Adjarra/Akpro-Missrété<br>Porto-Novo-Aguégués/Sèmè-Podji<br>Pobè-Kétou/Adja-Ouèrè<br>Sakété-Ifangni |
| | Zou/Collines | Djidja-Abomey-Agbangnizoun<br>Bohicon-Zakpota-Zogbodomey<br>Covè-Ouinhi-Zangnanado<br>Dassa-Zounmè/Glazoué<br>Savalou-Bantè<br>Savè-Ouèssè |

Source : MSP, 2011

*Tableau VI: Organisation administrative des départements de l'Atlantique et du Littoral et population*

| **Communes/ Zones Sanitaires** | **Superficies (Km2)** | **Arrondissements** | **Nombre de Villages ou Quartiers de ville** |
|---|---|---|---|
| Abomey-Calavi | 539 | 9 | **71** |
| Sô-Ava | 209 | 7 | **42** |
| **ZS Abomey-Calavi/Sô-Ava** | 748 | **16** | **113** |
| Ouidah | 336 | 10 | 60 |
| Kpomassè | 295 | 8 | **68** |
| Tɔri-Bosito | 328 | 6 | **47** |
| **ZS Ouidah/ Kpomassè/ Tɔri-Bosito** | **959** | **24** | **175** |
| Allada | 381 | 12 | **85** |
| Zê | 653 | 11 | **73** |
| Toffo | 492 | 10 | **55** |
| **Allada/Zê/Toffo** | **1526** | **33** | **213** |
| **Atlantique** | **3233** | **73** | **501** |
| **ZS Cotonou 1&4** | 14 | 2 | 34 |
| **ZS Cotonou 2&3** | 26 | 4 | 45 |
| **ZS Cotonou 5** | 19 | 4 | 30 |
| **ZS Cotonou 6** | 20 | 3 | 35 |
| **Littoral** | **79** | **13** | **144** |
| **Atlantique/ Littoral** | **3312** | **86** | **645** |

Source : MSP, 2011

Les tableaux 5 et 6 illustrent aussi bien la répartition géographique des formations sanitaires (publiques) que l'organisation administrative à laquelle répond le système sanitaire béninois. Pour une population estimée à 2 028 957 habitants en 2012, les départements de l'Atlantique et du Littoral couvrent une superficie de 3312 km2. Ils sont découpés en 645 villages et quartiers de villes répartis en 86 arrondissements.

**1) les structures administratives**

- ***Le niveau central ou national :***

Il est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique, il initie

l'action sanitaire, planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programmes de santé. C'est donc le niveau d'orientation, de conception et d'élaboration de la politique et des plans nationaux de développement en matière de santé.

- ***le niveau intermédiaire ou départemental :***

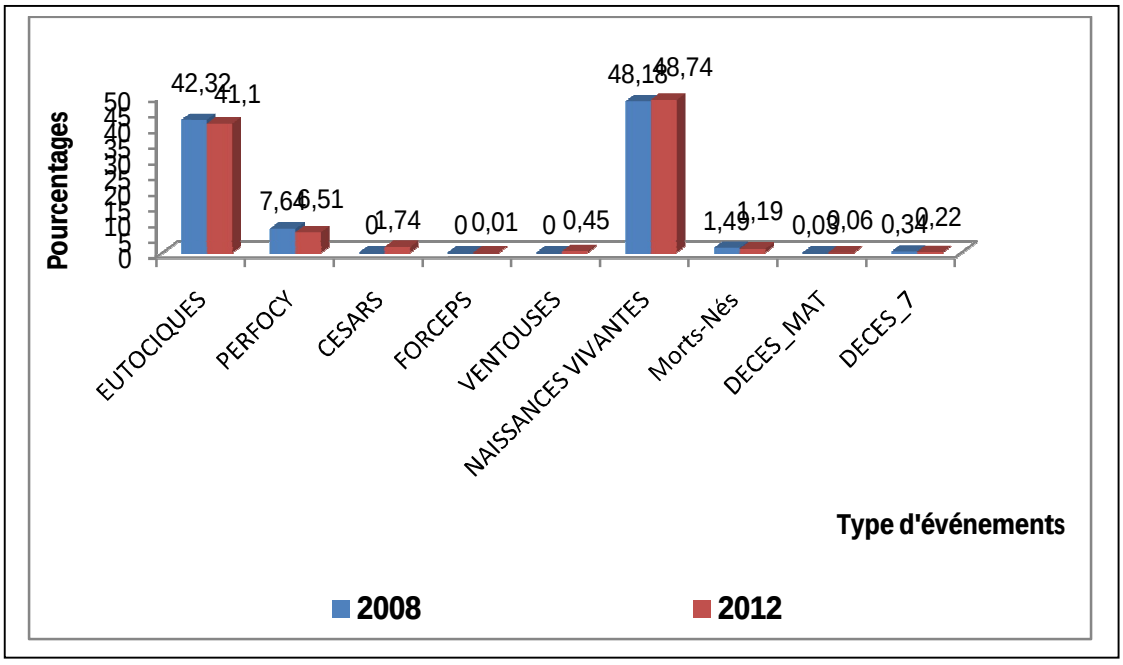
  Il est administré par le Directeur Départemental de la Santé. La direction départementale est chargée de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services en périphérie. Elle organise aussi la surveillance épidémiologique dans le département. C'est le niveau de suivi de la mise en œuvre de la politique et des plans nationaux de développement en matière de santé. Bien que le pays soit sur le plan administratif divisé en 12 départements, au plan sanitaire, le système de santé est structuré en six directions départementales de la santé dirigées chacun par un directeur départemental de la santé.

- ***le niveau périphérique ou opérationnel***:

  Il est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La Zone sanitaire est dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Chaque zone sanitaire est gérée par un bureau de zone ayant à sa tête un médecin coordonnateur de zone. Les organes de gestion sont le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) et l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS). C'est le niveau opérationnel où sont mises en œuvre les plans de développement en matière de santé. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (Unités Villageoise de Santé, maternités et dispensaires isolés, Centre de santé) et de formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

### 3-1.2-3 : La face cachée de l'"iceberg"

En général, les documents officiels en santé publique offrent une face assez prometteuse de l'évolution des indicateurs en matière de soins obstétricaux au Bénin. Dans le discours des agents de santé, les statistiques sanitaires sont citées pour prouver les performances de la politique sanitaire en général et celle relative à la santé de la mère et de l'enfant en particulier. A titre illustratif, le fait que le taux d'accouchement assisté soit de 94,4% sur l'ensemble des formations (MS 2012) sanitaires et celui des Consultations Prénatales (CPN) soit de 97,2% (MS 2012) présente un visage relativement satisfaisant en ce qui concerne les performances du système sanitaire béninois. Dans l'Atlantique, le taux des CPN est 106,0%, et celui d'accouchement est de 91,3 %. Les tendances rapportées dans le graphique 3, tendent, aussi, à refléter un visage de "bonne santé" du système sanitaire en matière de santé maternelle dans la Zone Sanitaire OKP.




Graphique 3: Evolutions des évènements relatifs aux accouchements dans la Zone sanitaire OKT entre 2008 et 2012

Source : MS, DPP, 2013

De 2008 à 2012, les indicateurs quantitatifs ont connu des améliorations significatives. Les accouchements eutociques sont passés de 42,32 % à 41, 1 %. Les naissances vivantes sont passées de 48,18% à 48, 74 % et les morts-nés sont passés de 1,49 % à 1,19%. Les indicateurs de satisfaction chez la patiente comme par exemple « *la prise en compte de l'opinion de la patiente dans le processus de prise en charge médicale* » ne sont souvent pas abordés par les informateurs. Or, le principe d'équité réclame à ce que la patiente ne soit pas exclue du traitement dont il fait l'objet. L'observation des femmes en travail d'accouchement dans les formations sanitaires a révélé la faible marge de manœuvre réservée aux patientes. Dans la plupart des cas, les échanges portent sur des questions standardisées auxquelles certaines femmes sont habituées. Une femme enceinte, à la veille de sa première expérience de Consultation Prénatale racontait l'échange avec sa belle-mère. Elle confie que la belle-mère a déroulé une série de questions que la Sage-femme lui posera une fois au centre de santé. De même, la belle mère l'a rassuré quant au fait qu'elle n'a aucune peur à avoir : « la sage-femme est formée pour cela » a-t-elle ajoutée. Ce qu'il lui revient à elle est « *de faire exactement ce que la sage-femme dira* ». Le lendemain de la consultation prénatale, je suis revenu rencontrer la même femme. Après avoir longtemps hésité, elle raconte les échanges entre elle et la Sage-femme : *« elle a demandé exactement ce que ma belle-mère a dit* ». J'ai alors demandé à mon interlocuteur si elle a posé les questions au sujet des inquiétudes qu'elle portait sur elle la veille de la consultation prénatale. Avec un visage contrasté, elle répond en ces termes : « *ces gens-là, est-ce qu'elles ont le temps* ? *Je n'ai rien dit, je suis rentrée après qu'elle eut fini de noter les choses dans son document* ».

Cette expérience d'échange, comme plusieurs autres m'ont instruit sur de profondes attentes non comblées chez les patientes. Particulièrement chez les femmes qui sont à leur premier geste[15], il existe un désir manifeste non seulement de dialoguer mais aussi et surtout de comprendre le bien fondé de

[15] Premier geste : premier accouchement

chaque diagnostic, de chaque acte et de chaque question que pose l'agent de santé.

En effet, comme soulevé un peu plus haut, les agents de santé sont beaucoup plus dans une logique "positiviste" qui traduit le besoin de poser des questions destinées à remplir les canevas et à répondre au protocole médical en vigueur. J'en conclue qu'ils abordent la patiente non pas suivant ses réalités à elles mais beaucoup plus suivant le protocole d'intervention (qui parfois est extérieur à la réalité que vit la gestante ou la parturiente). L'inquiétude est toute simple : comment les phénomènes comme la douleur qui n'ont pas une manifestation (véritablement) physique comme un saignement par exemple peuvent être appréciés dans une telle démarche ?

Et pourtant, dans les rapports du Ministère de la Santé, les concepteurs et les responsables de la politique sanitaire n'hésitent pas à s'émerveiller sur les chiffres suivants : le taux d'accouchement assisté (à l'échelle nationale) est passé de 59,8% en 1996 à 65,5 % en 2001 puis à 72% en 2006 avant d'atteindre 82% en 2008. Ces chiffres traduisent une croissance dans l'utilisation de l'offre de service en soins obstétricaux au Bénin. Au premier niveau d'analyse, il se dégage une amélioration de la crédibilité accordée au système sanitaire par les populations.

Sous un autre rapport, ces chiffres tendent à justifier une certaine désaffection progressive à l'égard de l'accouchement à domicile et donc à l'égard des recours parallèles en matière d'accouchement au Bénin.

Cependant, l'information empirique, la proximité avec les populations de la zone d'étude et l'analyse du quotidien des acteurs de services parallèles révèlent d'autres observations qui contrastent avec les premières interprétations. En effet, il faut remarquer qu'il y a deux manières (tout au moins) d'inverser la tendance d'une pratique comme celle de la désaffection ou encore la faible utilisation d'une offre de service de soins. La première est de renforcer la crédibilité et l'efficacité de l'offre de service. Ainsi, les acteurs de la demande y adhèrent par "jeu de séduction" ou du fait de la satisfaction obtenue par d'autres usagers. La seconde démarche est d'affaiblir progressivement l'hégémonie des recours parallèles pour rester la "seule"

référence au sein des consciences collectives. Les discours produits par les tradi thérapeutes, les responsables religieux et par les usagers des services de soins convergent beaucoup plus vers la deuxième démarche que la première. A *Tɔri Bosito* et à *Tɔri kaɖa*, certains "*amɑnvɔtɔ*" étaient appelés, pour les besoins de la présente recherche, à raconter l'évolution de leur "profession" au sein de la population. De même certains usagers des services de soins obstétricaux notamment les époux se sont aussi exprimés sur les recours utilisés dans le cadre de la grossesse de leur femme. Le tableau suivant résume les opinions enregistrées.

*Tableau VII: Tableau relatif à l'utilisation des services de maternité dans la Z S OKT*

| Situations relatives à l'offre de service dans les maternités | Actions politiques en direction des acteurs parallèles de soins | Principales implications des actions politiques menées sur les usagers des services de maternité |
|---|---|---|
| Faible utilisation des services des maternités | Dénonciation, rejet, | Accès en premier recours aux services des acteurs parallèles |
| Amélioration sensible du taux d'utilisation des services des maternités | Coopération, dénonciation, usage de stratégies avancées dans l'offre de service | Accès parallèle aux services des maternités et en second recours (urgences obstétricales) |
| Nette amélioration du taux d'utilisation des services des maternités | Co intervention, sensibilisation, sanctions, dénonciation, usage de stratégies | Utilisation progressive des services des maternités en premier recours. |

Source : Synthèse des données de terrain 2012

Le tableau 7 n'apporte nullement des informations complètes sur les variables et interventions qui participent au renforcement de l'audience des formations sanitaires et donc des services de maternité chez les populations. Aussi, ne dément-il pas l'influence des "progrès" en médecine obstétricale dans l'utilisation des services des maternités dans la zone sanitaire couverte par la recherche. Mais ; parallèlement à beaucoup d'autres analyses, le tableau met informe sur une corrélation entre mesures destinées à fragiliser "l'audience" ou l'hégémonie des systèmes parallèles de soins obstétricaux et l'amélioration des

indicateurs de fréquentation des formations sanitaires dans le cadre des soins obstétricaux dans la zone de l'étude.

La "nouvelle santé publique" que constitue la promotion de la santé, est définie comme étant un processus qui confère aux individus et communautés davantage de maîtrise de leur propre santé et plus de moyens pour l'améliorer (charte d'Ottawa, 1986). Adoptée à la première conférence mondiale consacrée à ce thème à Ottawa (Canada) en novembre 1986, elle se matérialise pourtant (entre autres) par la réduction du champ d'intervention des acteurs parallèles au profit de l'utilisation de l'offre sanitaire. Les discours des tradi thérapeutes gardent encore en mémoire, *« la chasse aux sorcières*[16]*»* menée pour empêcher l'expression de leurs savoirs.

Depuis plus de cinq ans, une nouvelle forme de coopération prend jour. Elle s'illustre dans les propos suivants venant de l'un des responsables des tradi thérapeutes de la commune de *Tɔri* : *« même quand on m'apporte une femme qui se plaint de la douleur, la première question est de savoir si elle est déjà partie rencontrée la Sage-femme* ». Les propos d'un autre tradi thérapeute de la même commune peuvent-être associés : « *ils nous ont formé avec les blancs. Désormais, nous travaillons la main dans la main. Quand les gens viennent ici, on les envoie vers eux* ». Ce qui est pourtant capital à retenir dans ces discours, c'est que les porteurs de ces propos ne remettent nullement en cause les savoirs qui leur sont propres. Par contre, ils reconnaissent les limites des savoirs biomédicaux. En réalité, le recours de plus en plus fréquents aux services obstétricaux des formations sanitaires n'occultent (contrairement aux positions enregistrées chez des professionnels de la santé) en rien la crédibilité sociale et l'utilisation des savoirs endogénéisés. C'est une question de principe née des relations "contractuelles" entre acteurs des différents systèmes de soins. La figure suivante illustre les trajectoires des femmes enceintes dans les cas d'urgence.

[16] La période révolutionnaire au Bénin (1972 – 1989) est marquée par une série d'initiatives dont la « chasse aux sorcières ». L'une des implications de cette initiative est la remise en cause de l'existence fonctionnelle des tradi thérapeutes et les autres acteurs qui utilisent le pouvoir des « forces surnaturelles » pour offrir des services parallèles de santé.

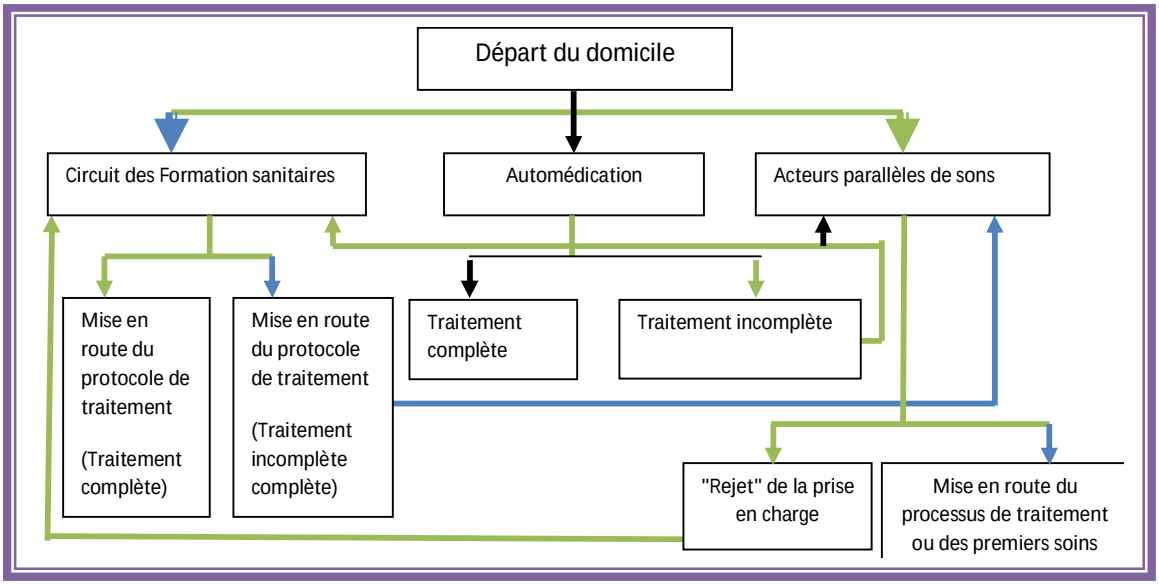



**Figure 4: trajectoires thérapeutiques chez les femmes enceintes**

Source : Réalisée à partir des données de terrain

Itinéraires/pratiques fréquemment constatés

Itinéraires/pratiques faiblement fréquemment constatés

Itinéraires/pratiques rarement fréquemment constatés

Cette figure est réalisée pour expliquer le mirage de l'efficacité absolue des interventions biomédicales dans les formations sanitaires. Le taux de fréquentation des services obstétricaux ne saurait (à lui seul) justifier une certaine efficacité absolue de ses services et l'hypothèse de l'inversion des tendances au détriment des savoirs parallèles. En réalité, les observations de terrain me permettent d'admettre une "générosité" ou une "certaine complicité" des acteurs de soins parallèles au profit des formations sanitaires. Sans pour autant douter de leur capacité à intervenir efficacement sur les cas qui leurs sont soumis, ces acteurs de soins parallèles privilégient la piste de la formation sanitaire en premier recours. En réponse, ils bénéficient d'une certaine audience dans le cadre de l'animation de la politique sanitaire, les activités communautaires…Aussi, sont-ils sollicités en second recours par certains

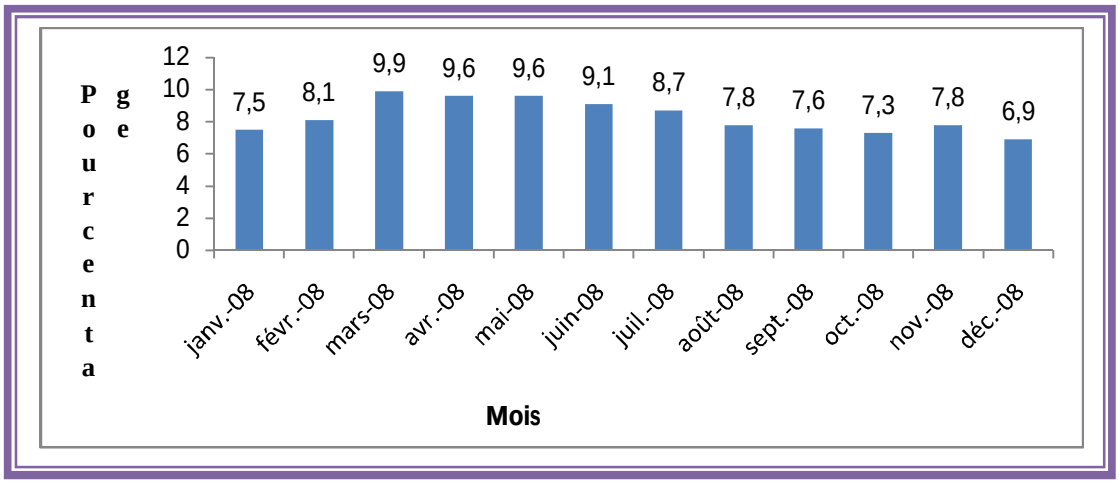
agents de santé en cas de complication dépassant les compétences des obstétriciens. Ce constat rejoint les conclusions d'autres études menées à l'échelle continentale. Selon Jaffré et al (2009), 50 à 70 % des femmes continuent d'accoucher à domicile en Afrique et ceci, même en milieu urbain. Et une majorité de ces femmes accouchent encore auprès des matrones (Hackett 2011). Et comme l'illustre la figure n°5, l'interférence des recours parallèles est encore d'actualité chez les usagers des services de maternité. Sur l'ensemble des communes retenues pour la recherche, la régularité aux CPN est faible. Tout ceci implique un faible suivi médical des grossesses et participent aussi de la fréquence des complications de grossesses. En dehors de cette implication, l'irrégularité dans les CPN concourt aussi à la persistance des accouchements à domicile (Faye et al 2010). L'insuffisance de suivi médical de la grossesse, la fréquence des complications, la persistance de l'accouchement à domicile constituent, dans une certaine mesure, des conditions inappropriées pour une meilleure prise en charge médicale de la douleur de l'accouchement.

Les formations sanitaires ne sont réellement pas parvenues à assurer l'exclusivité de la prise à charge des grossesses. Selon les Sages-femmes approchées, le pouvoir économique est le principal facteur explicatif. Cet avis s'écarte des résultats des analyses effectuées sur les mêmes constats en Mauritanie. L'enquête Assaba II menée en 2005 dans ce pays révèle plutôt que le niveau d'instruction est le facteur explicatif le plus déterminant. C'est aussi à cette même conclusion qu'aboutissent les analyses de Traoré et al (2007). Mais ces différentes analyses sous estiment la place des rationalités individuelles et collectives dans le recours au service des maternités. Le caractère opportun des CPN est surtout défini en cas de douleur, de phénomène anormal (comme le fait que le bébé ne bouge plus par exemple) et dont la solution est considérée comme relevant du domaine de la biomédecine. Parfois, la crainte des remontrances venant des Sages-femmes ou la référence en direction de l'hôpital constituent les principales variables. Par ailleurs, pour diverses raisons, certaines femmes changent de formation sanitaire d'une consultation à une autre.

## 3-2 : La douleur, une nébuleuse pour l'obstétrique

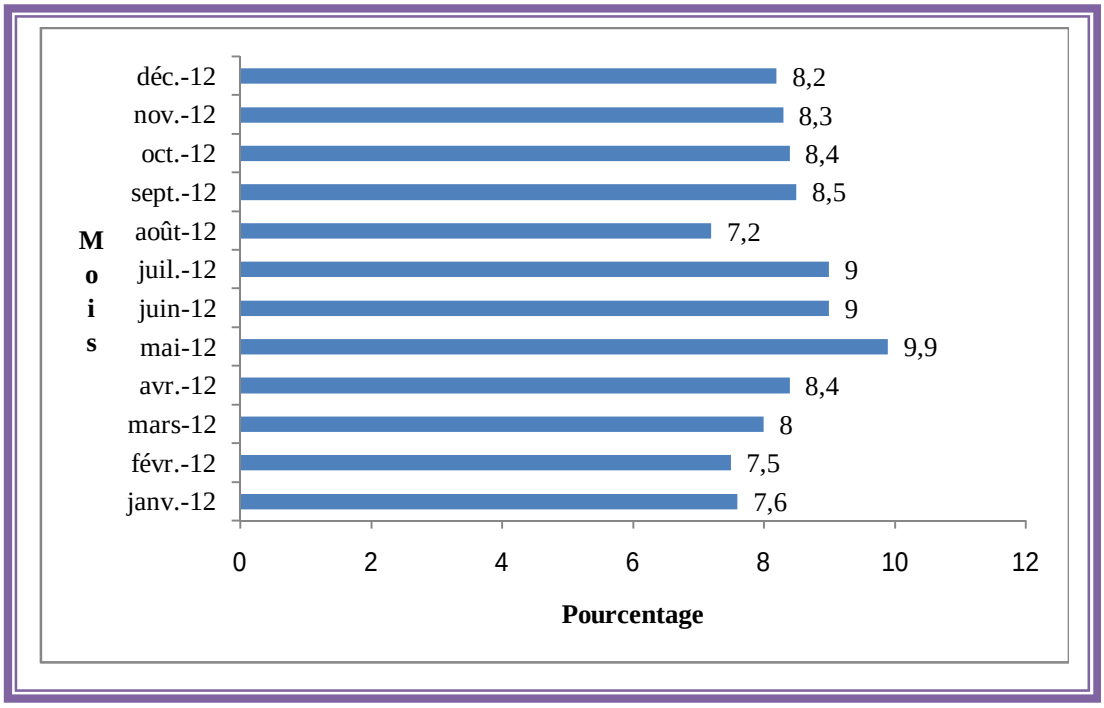
### 3-2-1 : L'obstétricien entre certitude et incertitude

Le protocole de prise en charge de la douleur portant sur la grossesse s'ouvre à un ensemble de pratiques et de pré dispositions permettant d'assurer les soins, les services, les conseils nécessaires aux filles, aux femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Ces soins incluent la prévention, la détection des anomalies susceptibles d'introduire des risques de complication pouvant traduire une exagération quant à la douleur chez la femme enceinte. L'application du protocole obstétricale ne donne pas une garantie totale à la Sage-femme en matière de prévention de complication de l'accouchement. Et comme l'affirme une Sage-femme de la commune de *Ouidah*, « *on sait sur quelle base on commence mais on ne sait pas comment cela prendra fin* ». Les graphiques 4 et 5 présentent les cas d'accouchement avec eutocie enregistrés dans la Zone sanitaire OKT en 2008 d'une part et d'autre part en 2012.




**Graphique 4: Tendances relatives aux accouchements eutociques en 2008**

Source : MS, DPP 2013




**Graphique 5: Tendances relatives aux accouchements eutociques en 2012**

Source : MS, DPP 2013

Les graphiques 4 et 5 témoignent de l'inexistence de constance dans les pronostics (grossesses normales ou compliquées) sur l'ensemble de la Zone Sanitaire. Ces tendances confirment les discours des Sages-femmes (et infirmières) et aides-soignantes approchées. Les complications de grossesse ou encore la "direction[17]" d'un accouchement ne sont pas toujours programmées d'avance et peuvent donc intervenir à tout moment. Les agents de santé se situent donc dans un contexte animé aussi bien de certitude que d'incertitude dans la prise en charge médicale de la grossesse notamment l''accouchement.

Parfois, la femme enceinte ne communique pas l'expérience (réelle) de la douleur dont elle fait l'objet. Certaines femmes résistent à la douleur sans pour autant se rendre compte qu'elles sont entrain de porter atteinte au suivi médical de la grossesse qu'elles portent. Les complications de grossesse naissent donc (parfois) du fait que certaines Sages-femmes sont tardivement informées des

[17] On parle de direction de l'accouchement lorsque pour des raisons relatives à la complication de l'accouchement, l'agent de santé prend des initiatives artificielles pour faire évoluer le travail et parvenir à la délivrance. Cette démarche s'oppose à l'accouchement normal qui donne lieu à un processus normal et régulier du travail d'accouchement et de la délivrance.

douleurs ou signes de complication de grossesse : la douleur étant parfois conçue comme normale.

### 3.2.2 : « *o vǐ, a vi*[18] » : l'expérience de la douleur, une normalité !

On distingue deux types de douleur relative à la grossesse : la douleur de type normal et la douleur de type pathologique. Dans la perspective médicale, une grossesse normale n'entretient pas de douleur si ce n'est celle relative aux contractions de l'utérus (lors du travail d'accouchement). Il me paraît important d'emprunter ces vocables à la sociologie durkheimienne. Ils permettent de mieux rendre compte de l'offre sanitaire en matière de douleur. La douleur dite pathologique fait référence aux "complications et anomalies" relative à l'évolution de la grossesse. Celle dite normale renseigne (particulièrement) sur une convenance sociale ancrée dans l'imaginaire social. Une telle position répond, dans une large mesure, à la conception généralement faite de la douleur de l'accouchement. L'extrait suivant est tiré d'un entretien individuel à l'hôpital de zone de *Ouidah*. Le contenu équivaut à l'avis de la quasi-totalité des agents de santé approchés dans le cadre de la présente recherche.

| **Enquêteur** | **Réponse de l'informateur (agent de santé)** |
|---|---|
| *…quelles sont les premières idées qui vous parviennent à l'esprit quand une parturiente annonce des signes de douleur ?* | *L'accouchement, tout le monde le sait, fait mal.* |
| | *Il n'y a pas à paniquer quand une femme dit qu'elle a mal* |
| *Et pourtant, cette femme qui vient d'accoucher vous appelait au secours* | *C'est normal. Elle a mal mais c'est normal, cette douleur* |
| | *On dit ici, o vǐ, a vi* |
| *Cette formule renvoie à quoi ?* | *L'enfant, les pleurs.* |
| *C'est-à-dire…* | *Accoucher d'un enfant, c'est pleurer* |

[18] Cette expression issue de la langue FON traduit l'idée selon laquelle, le fait de donner naissance à un enfant entretient (inévitablement) l'expérience de la grossesse.

L'agent de santé tout comme la patiente s'accorde sur l'idée selon laquelle la douleur fait partie intégrante du processus de l'accouchement. Mais quand il s'agit d'expliquer cette normalité, les discours varient d'un informateur à un autre et d'un système de savoir à un autre. Les contractions apparaissent comme inévitables et opportunes dans le cadre du travail d'accouchement. Elles accélèrent le processus de délivrance et apportent donc une information médicale sur l'évolution du travail d'accouchement. Dans ce sens, l'obstétricien s'informe régulièrement sur le rythme des contractions chez la parturiente. Or, ces contractions interviennent au niveau des muscles du bas ventre et provoquent une douleur « logique ». L'information médicale y découvre donc la normalité de la douleur dans le processus de l'accouchement.

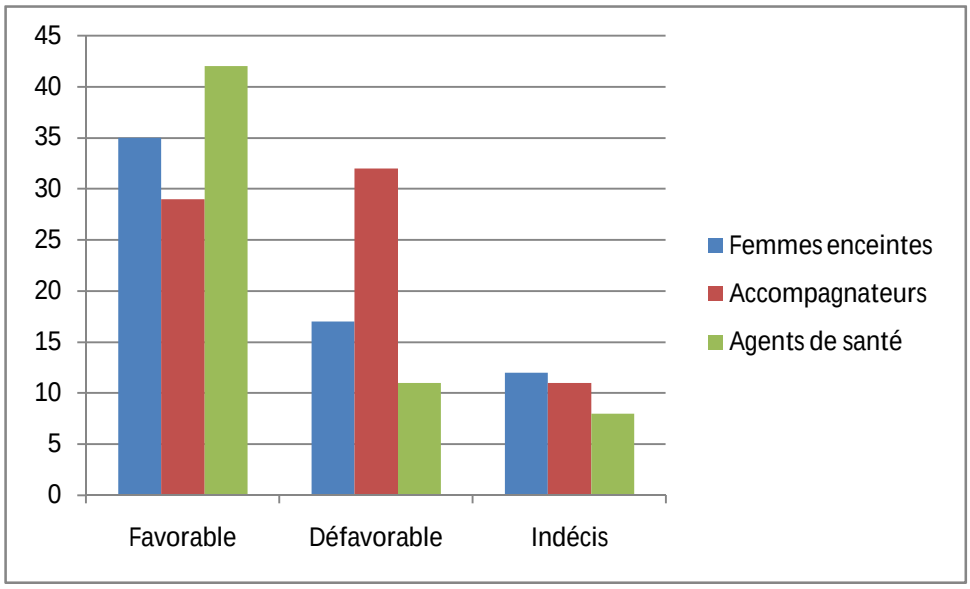
Déjà, les Sages-femmes approchées présentent deux types de discours selon qu'il s'agisse d'une expérience vécue par soi-même ou d'une expérience médicale face à une patiente quelconque. Le premier niveau rejoint le modèle explicatif qui vient d'être présenté. Le deuxième niveau, beaucoup plus présent chez les patientes envisage la normalité dans les convenances sociales. Une patiente approchée à deux jours de l'accouchement s'exprime en ces termes : « *Dieu lui-même a voulu cela. La femme, à cause du péché, enfantera dans la douleur*». La référence religieuse est présente dans la conscience de toutes les patientes approchées. Le premier niveau de certitude s'y trouve : « *Du fait de la parole de Dieu, on ne peut accoucher sans la douleur* » affirme un chef de culte *vodoun* abordé dans la commune de *Tɔri*.

L'acceptation sociale de la douleur, sa place dans le protocole de déroulement de la délivrance de la femme enceinte et sa récurrence font que le discours sur la douleur est pratiquement une attente (médicale ou sociale) que doit satisfaire la femme enceinte.

### 3.2.3 : L'accouchement sans douleur : un idéal ou une dérive ?

L'accouchement sans douleur renvoie à l'usage de divers procédés et la prise de différentes dispositions destinées à éviter à la femme enceinte, la douleur de l'accouchement. L'une des implications de cette perspective est la

forte tendance à la médicalisation de la douleur de l'accouchement qui caractérise la biomédecine. Selon Le Breton (2005), « la médecine veut se situer hors du cadre social et culturel comme parole de vérité, seule « scientifique » et par là même intouchable… ». Et plus particulièrement, la médecine occidentale, à coût d'investissement, développe une ingéniosité destinée à apporter une réponse médicale à tout ce qui présente une dimension anatomique. L'une des preuves de cette propension est la valeur accordée au milieu médical au slogan « accouchement sans douleur ». Ce slogan longtemps débattu en France présente l'idée d'un accouchement en l'absence de la douleur. La figure 6 met en relief les avis des acteurs approchés au sujet de l'accouchement sans douleur.




**Graphique 6: Avis des informateurs sur la mise en place d'un mécanisme pour l'accouchement sans douleur**
Source : Réalisé à partir des données de terrain

A travers le graphique 6, il s'est agi d'apprécier l'adhésion ou non des différentes catégories d'acteurs à la mise en place avec succès d'un ensemble de dispositions et de mesures en faveur de l'accouchement sans douleur. Les résultats obtenus illustrent l'ambivalence des points de vue et la complexité de la problématique de la douleur de l'accouchement. Toutefois, lorsqu'il est proposé aux informateurs de donner leur avis sur la nécessité ou non de priver la femme

enceinte de la douleur, les avis divergent. Les divergences se présentent aussi bien à l'intérieur des groupes d'informateurs (agents de santé, femmes enceintes, accompagnateurs) que d'un groupe à un autre. En effet, comparativement à toutes les autres catégories, les agents de santé sont beaucoup plus favorables au principe de l'accouchement sans douleur. A l'analyse, cette prise de position est généralement liée à l'idée selon laquelle les sciences médicales sont appelées à « *alléger* » ou résoudre les difficultés que rencontrent les patientes dans les formations sanitaires. L'utilité sociale de la douleur ou sa place dans le processus de travail d'accouchement n'empêchent donc pas l'agent de santé de regretter ce que l'un des informateurs (une matrone) appelle « *l'épreuve de la douleur de l'accouchement* ».Au plan sémantique, l'utilisation de la notion de « *délivrance* » dans le jargon des obstétriciens témoigne de l'idée selon laquelle la naissance d'un enfant sauve la femme d'une souffrance qui porte les marques de la douleur. La notion de délivrance présente une métaphore qui permet de comprendre les ambitions des politiques sanitaires propres à la santé de la mère et de l'enfant.

En fait, envisager l'accouchement comme une délivrance, revient à considérer l'activité obstétricale comme une assistance. Les agents de santé considèrent donc la douleur comme l'une des difficultés que rencontre la femme enceinte. Ainsi, 40 % des porteurs d'avis favorables sont identifiés au sein des agents de santé contre 33 % dans la catégorie des femmes enceintes. A l'intérieur de cette catégorie, il faut reconnaître que l'avis favorable est particulièrement prononcé par les primo geste. A la première expérience, les femmes présentent beaucoup plus de réticence à faire l'objet de douleur de l'accouchement. Sous un autre angle, il est remarqué que la proportion des femmes enceintes favorables à l'accouchement sans douleur est plus élevée soit 52 % contre 27 % de femmes présentant un avis défavorable. Ces tendances traduisent une double situation de l'acceptation de la douleur. La première renseigne sur une internalisation de différents référents et systèmes de valeurs favorables à la douleur en situation de femme enceinte. La deuxième quantà elle, présente une aspiration de « négociation sociale ». Il serait improductif d'envisager par-là, une contradiction dans les perceptions et discours des

répondants. Par contre, la volonté d'une maîtrise de la douleur est beaucoup évidente chez toutes les catégories d'informateur.

Au demeurant, un accouchement sans douleur enlève à l'accouchement, un ensemble de considérations qui participent de sa valorisation au sein des populations. Les nourrices sont reconnues comme des héroines qui viennent de « *remporter une victoire*[19] » (propos d'un informateur). L'évidence d'une « *victoire* » suppose celle de l'échec. L'échec est conçu sous plusieurs aspects dans le domaine de la maternité. Et les procès ou encore les discours varient d'une personne à une autre. En général, le décès maternel ou néo natal et la stérilité par suite d'accouchement sont perçus comme les formes expressives d'un échec d'accouchement. En dehors de ces cas, les cas de dystocies sont aussi construits comme la preuve d'un accouchement « *mal négocié* » (formule utilisée par une Sage dans la commune de *Ouidah* à la différence de l'accouchement eutocique). Les termes techniques "dystocie" et "eutocique" introduisent l'opposition entre l'accouchement difficile (dystocie) et l'accouchement normal (eutocie). L'intérêt d'une telle classification dans la présente étude est relatif à l'expérience de la souffrance.

A titre illustratif, dans le cas d'une dystocie cervicale, la dilatation n'évolue plus au rythme normal et on parle de dilatation stationnaire. Dans ce cas, le temps "imparti" à la douleur de l'accouchement s'allonge. En effet, moins vite s'ouvre le col de l'utérus, plus le travail d'accouchement prend du temps. Or, le travail d'accouchement est la période où la douleur de la femme enceinte est beaucoup plus expressive. La maîtrise de cette douleur devient donc un idéal à atteindre pour l'agent de santé.

[19] L'utilisation de l'expression "victoire" traduit l'idée selon laquelle l'expérience d'une grossesse offre l'occasion de confrontation entre des acteurs symbolique ou non. Cette confrontation fait intervenir des "sorciers", des "mauvaises langues" face à la femme enceinte.

## 3.3 : La douleur : l'expression d'un « moi social»

### 3-3.1 : Les paliers de l'expérience de la douleur chez les patientes !

Il faut noter trois niveaux d'articulation de la douleur relative à la grossesse :
i) la douleur connue ii) la douleur ressentie et iii) la douleur exprimée. Il existe un écart entre la douleur connue et celle ressentie. Cette distinction est pertinente aussi bien pour le chercheur que pour les acteurs intervenant dans le champ médical. En ce qui concerne l'activité scientifique notamment les sciences humaines et sociales, cette distinction permet de revendiquer une dimension sociale et socialisante dans le rapport à la douleur. Ce qu'il convient d'appeler la douleur connue est inévitable dans l'expérience de l'accouchement. C'est en réalité la sensation qui parcourt les nerfs à partir d'une information produite depuis le cerveau. C'est la même sensation qui naît chez l'athlète suite à une blessure ou encore chez l'enfant lors de la circoncision. Cette réalité, parce qu'elle est physiologique donc anatomique existe chez toutes les femmes qui font l'objet de la douleur des contractions ou celles des maux de ventre ou encore de douleurs lombaires. Ainsi, dans cette posture théorique, je reconnais une part du biologique dans l'expérience de la douleur chez la femme enceinte. Contrairement à certains postulats qui envisagent l'idée de ressentir la douleur comme une composante de l'activité psychologique chez l'individu, il faut y retrouver beaucoup plus l'influence du social.

> En réalité, chez toutes les femmes qui ont fait l'objet d'observation prolongée, la douleur n'est pas ressentie de la même manière chez la même femme (d'un moment à un autre). C'est à ce niveau qu'il faut retrouver l'ambivalence et les contradictions dans les réponses des patientes. En effet, lors de la surveillance du travail d'accouchement, il arrive que la même femme manifeste le ressenti de la douleur différemment selon qu'elle soit interpellée avant ou après l'arrivée d'un parent ou d'une proche. Dans la plupart des cas, la présence de la belle famille n'entretient pas le même effet que celle des parents de la patiente. Une aide-soignante affirme ce qui suit : « *les femmes d'ici sont spéciales. Elles souffrent beaucoup en l'absence de leur mari et quand l'homme vient, la même*

*femme, bizarrement, souffre peu* ». Il ne faut pas confondre ce discours avec celui de l'information biologique sur la douleur. La douleur n'a en réalité pas (forcément) baissé d'intensité. Le capital symbolique (Bourdieu 1980) a participé à une prédisposition chez la femme. Il est alors remarqué que, suivant le contexte, la femme change l'expression de la douleur. Le registre de la honte et celui de l'intimité sont parfois source de conflit d'interprétation de la douleur. Les femmes n'expriment pas la douleur de la même manière selon qu'elles soient en présence de leur beau père ou belle mère, devant l'époux ou un parent proche et en face de l'autre (l'agent de santé par exemple).

Loin d'être une question (exclusivement) psychologique, les systèmes de valeurs et la nature de l'interaction (le climat des relations avec l'époux par exemple) sont des variables déterminantes qui structurent le ressentiment de la douleur chez la femme. Ceci paraît comme une nébuleuse pour plusieurs Sages-femmes. Ces observations convergent vers les points de vue de Jacques (2007). Suivant les avis de ce dernier, l'homme des sociétés traditionnelles africaines ne souffre pas comme celui des sociétés européennes les plus développées. De même, Sewane (2003) renseigne sur le fait qu'il existe une divergence dans les réactions des femmes du Nord Bénin au sujet des faits douloureux. Mieux, «  chaque peuple a sa propre conception de la douleur, et plus généralement de la souffrance. Cette notion s'applique aussi bien aux bénéficiaires de soins qu'aux soignants. Ce ne sont pas seulement les malades qui intègrent leur douleur dans leur vision du monde, mais également les médecins et les infirmières qui projettent leurs valeurs, et souvent leurs préjugés, sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge. » (Le Breton 1995@).

La forme prise par cette communication entre le soignant et la patiente fait parfois l'objet de procès aussi bien chez la patiente, chez les accompagnateurs de parturiente qu'au niveau des agents de santé. Les deux premières catégories d'acteurs traduisent le comportement de l'agent de santé comme l'expression d'une indifférence ou encore d'une incapacité dans l'exercice du métier. Les conflits interpersonnels et la détérioration des liens entre patients ou accompagnateurs et agents de santé sont donc parfois la conséquence d'une

lecture différentiée du comportement à tenir face aux supplications de la patiente. La scène ci-dessus rapportée a d'ailleurs servi de point de départ à un entretien individuel avec la Sage-femme d'une part et d'autre part, la sœur de la patiente qui se trouve dans le rôle d'accompagnateur. Pour l'agent de santé, l'évidence de la douleur est normale. C'est aussi l'avis de l'accompagnatrice. Mais ces opinions divergent au sujet de la normalité des cris et plaintes. La Sage-femme affirme à cet effet : « *elle n'est pas la seule parturiente en dilatation avancée dans la salle d'accouchement* ». Elle ajoute, « *les autres femmes, n'ont- elles pas besoin de moi* ». De l'avis de l'agent de santé, l'expression de la douleur n'implique systématiquement pas une assistance (même si elle reconnait l'importance du soutien moral en faveur de la parturiente) : « *c'est comme ça, c'est normal qu'elle sente de la douleur* ». Par contre, l'accompagnatrice, abordée sur les mêmes aspects présente un avis relativement différent. Pour cette dernière, les supplications et « l'intensité des cris » traduisent un dysfonctionnement auquel il faut apporter une réponse (entre autres) médicale.

Ce qui reste déterminant dans la relation médicale autour de la douleur de l'accouchement est la proportion dans laquelle les acteurs admettent la valeur de la relation entre douleur « ressentie » et douleur « exprimée » : « *quand une femme se plaint et crie, c'est qu'elle ressent une douleur anormale* » témoigne une femme ménopausée abordée pour compléter des informations apportées par sa fille. Elle ajoute, « *nous savons tous, que la femme connaît la douleur. Mais elle seule sait ce qui se passe et quand c'est plus grave, elle crie* ». Ces discours sont plein de controverses. L'unanimité n'est pratiquement pas évidente à ce sujet. Les mêmes pronostics chez des parturientes ne produisent pas un ressentiment identique de la douleur. Les réponses suivantes font suite à une même question posée dans une salle d'accouchement dans la commune de *kpomassè* à différentes parturientes.

| Question posée par l'aide- soignante | Identifiants des parturientes | Diverses réponses apportées |
|---|---|---|
| Tu sens quoi maintenant ? | A. O. | Silence (accompagnée de sourire) |
| | K. G | la hanche, le pied et tout mon corps me font mal depuis hier (avec un air souffrant) |
| | N.Y | Rien |
| | A. B | Partout, le pied aussi (avec un air aisé) |
| Comment se manifeste la douleur ? | B. O. | Le bas ventre… |
| | K. G | Très mal (presqu'en larmes) |
| | N.Y | C'est comme si je veux accoucher et mon pied… |
| | B. B | Tout comme le matin, mal partout, je ne comprends plus rien Sage |

Source : A partir des données de terrain

L'extrait de cet entretien renseigne sur la complexité du discours sur la douleur de l'accouchement. Le croisement des réponses d'une même patiente témoigne de ce qu'il convient d'appeler "contradiction" dans le discours. Mais, au-delà de cette contradiction, l'information socio-anthropologique se loge particulièrement dans la conscience que fait la patiente de la douleur qu'elle vit et la nécessité ou non de la transmettre. Tous les obstétriciens approchés reconnaissent l' « ambigüité » dans l'expression réelle de la douleur ressentie chez la patiente. L'explication la plus répandue dans l'univers médical des obstétriciens est la suivante : « *chaque femme avec sa manière d'exprimer la douleur* ». Le ressentiment ne devant pas être conçu comme un fait

psychologique "stricto sensu », il en est de même pour l'expression de la douleur de l'accouchement. Ce que les informateurs appellent « *conception »* n'est que la conséquence des référents religieux (Amouzouvi 2012) ou encore sociaux de la douleur de l'accouchement. Selon Amouzouvi (2012), « plus l'accouchement procure de plaisir, moins elle donne l'occasion d'introduire chez la parturiente la souffrance ». Cette position permet de différencier une « douleur connue » de l'évidence d'une souffrance qui se traduit dans le ressentiment de la douleur.

La femme N.Y, a, dans un premier temps, répondu par la négative à la question de l'agent de santé. Et pourtant, elle apporte des détails sur la douleur dont elle fait l'objet. La première question porte sur ce qu'elle ressent pendant que la seconde porte sur la douleur. C'est en réalité deux niveaux de préoccupation se rattachant toute fois à la douleur : la première se rattache au « ressentiment » et la seconde à la douleur « connue ». Dans la réponse à la première question, il faut compter sur l'individu social (Hirschorn 2007). La réponse tient compte de l'éducation à la douleur, l'histoire sociale, la situation médicale, les personnes présentes dans l'environnement proche et suivant la communication et même la valeur accordée à la situation de la grossesse. Pour plus des deux tiers des femmes enceintes approchées, la femme ne doit pas concevoir l'expérience de la douleur comme une souffrance. Il ne faudrait pas rechercher les causes d'un tel avis (exclusivement) à l'intérieur de l'individu mais plutôt dans le corps social. Le concept opératoire "habitus" de Bourdieu (op cit) est à plus d'un titre utile dans ce cas. En réalité, les femmes, depuis la grossesse font l'expérience d'une "socialisation particulière" qui les prépare à "gérer" la douleur de l'accouchement. L'épistémologie de la souffrance permet donc de mieux comprendre la divergence dans l'expression de la douleur. Je puis donc conclure que bien que faisant, toutes, l'objet de douleur, les femmes ne l'expriment toujours pas de la même manière car (dans certains cas), elles n'en souffrent toujours pas.

Il faut donc retenir que la douleur relative à la grossesse échappe à toute systématisation. Il existe une certitude quant-à l'expérience de la douleur de l'accouchement. Mais il existe aussi une certitude au sujet des incertitudes relatives à son ressentiment chez la patiente et sa gravité. C'est dans cette double

face que se développe l'offre obstétricienne en matière de prise en charge de la douleur chez la femme enceinte.

### 3.3.2 : Le "dialogue de sourd" entre sages-femmes et patientes

La problématique de l'intercompréhension est un "couloir" important pour documenter la place de la douleur dans l'exercice du protocole obstétrical. Il s'est agi d'étudier la part des échanges relatifs à la douleur dans la relation médicale et les impacts dans la prise en charge médicale de l'accouchement. Deux questions majeures sont au cœur de cette perspective donnée à la recherche. La première est de savoir si l'information sur la douleur réclamée par l'agent de santé est servie dans le sens perçu par ce dernier ou celui du patient. La deuxième est de savoir si le sens perçu par la patiente se différentie de celui perçu par les agents de santé. Selon Le Breton (1995@) « *ce ne sont pas seulement les malades qui intègrent leur douleur dans leur vision du monde, mais également les médecins et les infirmières qui projettent leurs valeurs, et sous leurs préjugés, sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge* ».

Cette position de l'auteur témoigne de la nécessité de faire une lecture séparée du discours et des perceptions des deux catégories d'acteurs (patientes et agents de santé) sur la même réalité qu'est la douleur.

En effet, les Sages-femmes ont l'habitude de poser aux patientes la question suivante *« as-tu mal?»*. Cette question ne serait être admise comme une "simple" demande d'information sur l'évidence ou non d'une douleur. Elle met en relief ce que l'agent de santé pense du malade et du protocole médical notamment son impact sur l'état d'âme de la patiente. L'agent de santé projette donc sur la femme enceinte des préjugés. Il s'imagine déjà (même si ce n'est pas toujours dans l'absolu), l'effet du traitement qu'elle applique sur la patiente et ce que "normalement » elle devrait ressentir. Une aide- soignante de la commune de *Tɔri* demandait à une femme enceinte admise en travail d'accouchement si elle s'est bien préparée pour la douleur. Face à toute intervention, l'agent de santé s'attend déjà à une probable réaction ou à un certain ressentiment chez la patiente. Ainsi organise t- elle, ses discours, ses questions, ses gestes en

conséquence. Et c'est dans cette même posture que la patiente construit la relation médicale. Chaque patiente donne un sens "subjectif" à l'intervention médicale. De même, la patiente n'est pas dépourvue de prédisposition. En général, les patientes approchées s'informent sur les agents de santé, leurs comportements et la pratique médicale en cours dans la formation sanitaire. Aux connaissances que détient la patiente sur les formations sanitaires (parfois obtenues sur fond de rumeur), il faut associer sa propre éducation et ses ambitions pour comprendre ses réactions en salle d'accouchement.

Pour les besoins de la recherche, certaines femmes étaient conviées à interpréter l'information médicale contenue dans leur dossier médicale. Trois catégories de répondant ont été identifiées à la suite du traitement des informations produites. La première catégorie est constituée de femme n'ayant jamais pris le soin de se renseigner sur le contenu du dossier médical. Elle représente 55 % des femmes enceintes approchées. A l'intérieur de cette catégorie, figurent les femmes qui confient la lecture et l'interprétation des informations à l'agent de santé et celles qui réservent cette responsabilité à l'époux ou à un parent. La variable "niveau d'instruction" n'est pas assez déterminante dans cette catégorie. La deuxième catégorie est composée de femmes qui sollicitent l'interprétation du dossier ou du carnet de santé auprès des agents de santé ou des parents. Elle représente 29 % des femmes enceintes abordées. Le niveau d'instruction est la principale raison évoquée par les patientes. Mais, 80 % des femmes de cette catégorie développent la curiosité de comprendre le dossier en situation d'inquiétude sur l'évolution de la grossesse, en cas de complications. De même, sont dénombrées dans cette catégorie, des femmes qui s'interrogent sur le coût des prestations ou l'effectif des analyses recommandées par la Sage-femme. La dernière catégorie est composée de 16 % des femmes enceintes approchées. Chez les femmes appartenant à cette catégorie, le contenu du dossier médical et du carnet de santé est important pour l'observance et le suivi des interventions médicales. Pour la plus part des cas, il s'agit des fonctionnaires et donc instruites.

En général, le principe de responsabilité collégiale et de partenariat entre agents de santé et patientes (notamment les parents de la patiente) est absent

dans les maternités. C'est dans ce contexte que les douleurs qui font suite à la prise d'un produit prescrit par l'agent de santé font l'objet d'accusation mutuelle. L'agent de santé reproche à la patiente la mauvaise observance et l'utilisation de produits parallèles de soins. Par contre, les patientes et leur entourage entretiennent des rumeurs sur les effets secondaires (Moussa 2002) considérés comme une preuve d'impertinence de l'ordonnance médicale. D'un autre côté, un agent de santé responsabilisé pour dérouler le processus d'accouchement et d'un autre côté, la patiente appelée à subir l'expérience médicale pour être « *délivrée* ». Entre ces deux acteurs, il faut retrouver l'action des accompagnateurs ou proches des patientes. Leur responsabilité s'inscrit dans une intermédiation pour garantir, dans la plus part des cas, un bon dénouement pour l'accouchement. Cette classification n'est pas toujours perceptible. A cet effet, le focus est mis sur les échanges et la circulation de l'information portant sur la douleur de l'accouchement dans les maternités, objets de l'étude.

Le protocole obstétrical prévoit une étape où l'expérience de la douleur chez la femme enceinte est inévitable. Il s'agit particulièrement de l'étape du travail d'accouchement. En effet, l'ouverture du col de l'utérus entretient des contractions des muscles de l'utérus chez la parturiente. A ces contractions, il faut associer la réduction du liquide amniotique qui nourrit le fœtus. Ceci déclenche une douleur qui parcourt le cerveau et le corps de la femme enceinte. En cas de "prise de direction[20]" de l'accouchement, avec l'injection des ocytocines, la femme enceinte est sensée faire l'expérience d'une douleur. Selon des Sages-femmes approchées, les ocytocines permettent de vérifier l'évidence ou non du travail d'accouchement. En effet, à partir du septième mois de grossesse, les douleurs chez la femme enceinte font l'objet de plusieurs interprétations. Ainsi, en cas d'émergence de sensation douloureuse, l'idée d'un début de travail d'accouchement est récurrente. Une scène observée dans le bloc de la maternité d'un arrondissement de *Ouidah*, présente une

[20] Prendre la direction de l'accouchement : dans le milieu obstétrical, cette expression renseigne sur un accouchement déroulé en dehors du processus normal. Face au diagnostic, l'agent de santé décide d'orienter le processus de l'accouchement vers son dénouement en utilisant des mesures exceptionnelles.

femme en larmes aux côtés de ses parents venus la soutenir. En l'espace de dix minutes, les parents ont quatre fois de suite interpellé la Sage-femme. A chaque fois, la raison était la même. Il s'agit de solliciter une entame du processus de délivrance. L'absence d'intervention médicale (une injection par exemple) face à la douleur de la femme est perçue par certaines patientes et certains de leurs accompagnateurs comme une indifférence de la part du personnel médical. Et pourtant, les agents de santé notamment les Sages-femmes et les aides-soignantes ne pensent toujours pas que la douleur de la femme enceinte est le signe du début du travail d'accouchement. Parfois, les ocytocines ou les antispasmodiques sont injectées aux patientes. Dans la perspective de la biomédecine, l'intensification de la douleur de la femme enceinte en cas d'injection d'antispasmodiques renseignent sur l'effectivité du travail d'accouchement et l'arrêt de la douleur traduit ce qu'il est convenu d'appeler un "faux travail".

L'effectivité ou non de la douleur de même que son intensification ou non à la suite de l'injection de l'antispasmodique devient un paramètre important dans la prise en charge médicale de l'accouchement. Or, chez l'ensemble des obstétriciens approchés, il n'existe pas de matériel de travail spécifiquement destiné à renseigner sur la douleur chez les femmes enceintes. La démarche empirique basée sur l'observation de la femme enceinte ou encore les réponses qu'elle apporte aux questions qui lui sont posées sont les principales pistes empruntées pour se convaincre de l'expérience de la douleur chez elle. Ainsi, l'expression des symptômes de douleur par la femme devient une source d'information pour l'agent de santé.

### 3.3.3 : La douleur entre l'individuel et le collectif

La notion de délivrance permet d'étudier la douleur (non somatique) dans l'environnement des femmes enceintes. Trois étapes déterminantes dans le dénouement de la grossesse ont été particulièrement mises à profit : L'examen du bassin dans le cours du troisième trimestre de la grossesse, la surveillance du travail d'accouchement et l'accouchement proprement dit. Elles retiennent une

attention particulière au troisième trimestre de la grossesse. En général, les parents de la femme enceinte, le personnel médical et les acteurs de soins parallèles associés au suivi de la grossesse, renforcent les initiatives de prise en charge globale de l'accouchement à partir du troisième trimestre. A cet âge de la grossesse, la naissance de l'enfant, sa santé et celle de la mère apparaissent comme un enjeu aussi bien pour l'ensemble des acteurs précédemment cités que pour la femme enceinte elle-même. C'est donc une étape où le concept de délivrance est fréquemment utilisé.

Comme soulevé dans les travaux relatifs aux constructions sociales de la maladie (Olivier de Sardan, 1994), c'est toute une perception sociale du rapport à la santé qui se traduit à travers le réseau conceptuel associé à l'état sanitaire des patients. Le tableau suivant renseigne sur la dimension idéologique du concept de délivrance et la pluralité de représentation qui lui est associée.

*Tableau VIII: Divergence des points du vue sur le sens du concept de délivrance*

| **Expressions associées à la délivrance** | **L'objet/sujet de la délivrance** |
|---|---|
| Sauver | La patiente et le bébé |
| Epreuve | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |
| Peur/crainte | La patiente, le bébé et le personnel médical |
| Libérer | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |
| Epargner | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |
| Douleur | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |
| Souffrance | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |
| Soulagement | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |
| Résurrection | La mère et le bébé |
| Lever le suspens | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |
| Apporter la joie | La patiente, le bébé, les parents, les amis, le personnel médical |

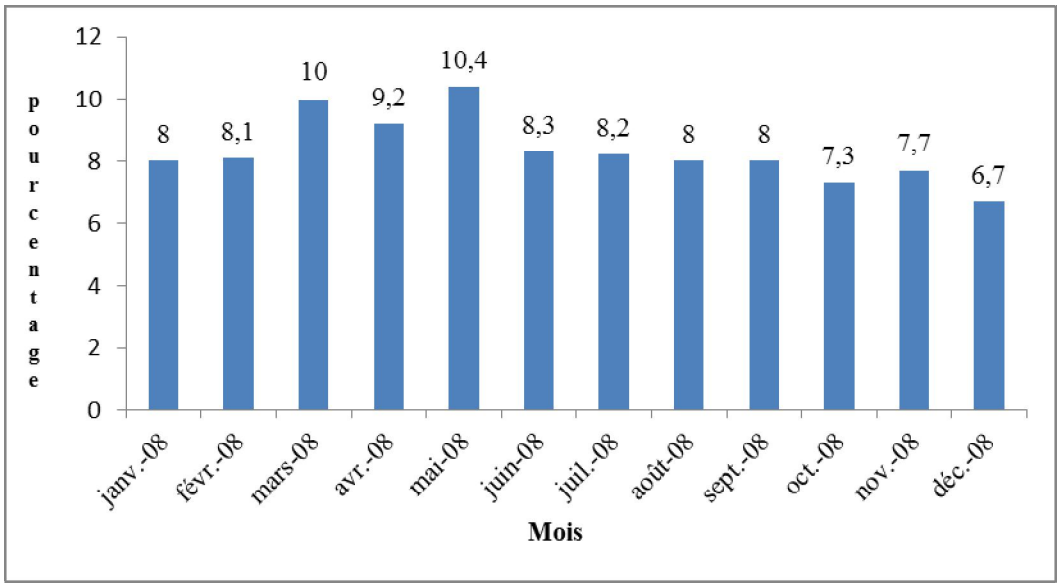
Source : Réalisé à partir des données de terrain

Le réseau d'expression rapporté dans le tableau est obtenu à la suite de la question suivante : *A quoi se rapporte l'utilisation de l'expression "délivrance" dans vos propos ?* Comme c'est le cas dans toute recherche présentant une dimension qualitative, les réponses sont suivies de questions d'éclaircissement. Seulement la question est spécifique aux informateurs ayant utilisés l'expression "*délivrance"* dans leurs propos lors des entretiens de recherche. L'intention est de ne pas proposer soi-même l'usage de l'expression à l'informateur. Mais il s'agissait plutôt de partir du « vocabulaire de l'accouchement » pour ressortir les perceptions sociales qui entretiennent les comportements des acteurs intervenant dans le processus de l'accouchement.

Quoique "technique" (propre aux spécialistes de la santé), l'expression est récurrente aussi bien chez les patientes, leurs proches qu'au niveau des acteurs parallèles. Suivant les acteurs et catégories d'acteurs, les sens varient de même que les dispositions conséquentes. C'est pourquoi, au niveau du sous-titre, je parle de "concept" de délivrance. Ceci permet d'y déceler une ou des idéologies ou encore des construits sociaux. Pour l'ensemble des acteurs sociaux approchés, l'expérience de la grossesse peut déboucher sur « *un dénouement heureux ou malheureux* ». De même, cette expérience est une période de privation. A *Tɔri* comme à *Kpomassè*, chez plus de 75 % des femmes enceintes, les visites, les sorties, l'alimentation, l'habillement et les activités (professionnelles ou non) font l'objet de restriction et d'interdits sociaux. Si certains des interdits renvoient à des prescriptions médicales, d'autres encore sont liés aux us et coutumes. Ainsi, l'expérience de la grossesse apparaît comme une épreuve et l'accouchement comme une délivrance donc un acte de sauvetage. Cette épreuve ne relève pas toujours de l'exclusivité de la femme enceinte. Son entourage et le personnel médical font parfois objet de cette épreuve au même titre que la patiente. En général, même dans l'acceptation individuelle ou sociale de la douleur de l'accouchement, le partage de l'épreuve de la grossesse est un enjeu dans la relation médicale et communautaire. Une croyance très répandue à *Tɔri* admet que la douleur de la femme enceinte peut s'exprimer plutôt chez son époux. La « *compassion* » à l'égard de la femme enceinte et de son époux est donc récurrente. Cette compassion est conçue

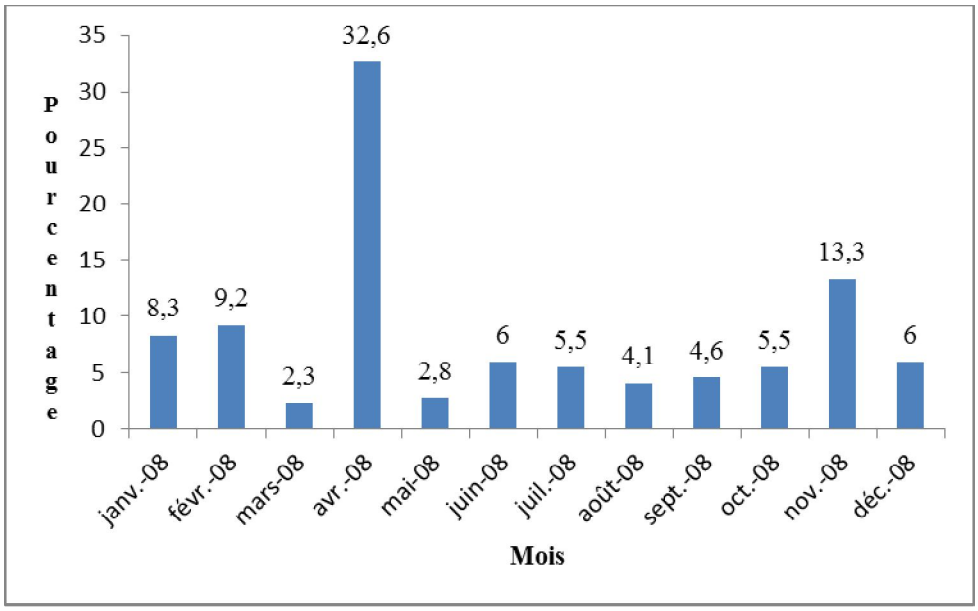
comme une preuve de solidarité à l'égard de l'époux et de la femme enceinte. Tout cet univers humain entretient, dans une certaine mesure, l'expérience de la douleur de l'accouchement sans pour autant être la femme enceinte : ce n'est toujours pas la femme seule qui sent la douleur, mais elle et tout l'entourage qui la soutient.

Mais, en dehors d'une compassion vécue et expérimentée en raison des convenances sociales, le dénouement "normal" de la grossesse constitue un défi aussi bien pour le personnel médical que pour l'environnement communautaire. Un époux racontait une partie de son expérience en ces termes « *j'avais mal en moi-même. Ma maman pleurait tout comme si c'est elle qui était sur la table. Mais quand le cri du bébé est entendu, ah, c'était une délivrance pour tout le monde* ». Ce discours présente tout au moins deux niveaux de contributions essentielles pour la présente recherche. Dans un premier, à l'image d'autres observations, est mis en évidence le prolongement social de la douleur de l'accouchement de la patiente. Le rapport à la douleur met en relief non seulement l'état d'âme de la patiente mais aussi celui de l'environnement social autour d'elle. Dans un deuxième temps, la douleur est perçue comme une circonstance dont le dénouement entretient un suspens assez significatif. A travers ce suspens, les acteurs sociaux (y compris le personnel médical) se sentent interpellés par la situation de la femme enceinte particulièrement de la parturiente. Au début de la recherche, une des sages-femmes de *Tɔri* confiait la crainte qui anime l'agent de santé face à la délivrance de la femme enceinte : « *si elle meurt ou son enfant, c'est grave pour moi-même. Il faut faire des rapports sur des rapports. Des délégations viennent de partout. Donc, nous aussi, notre vie est en jeu. On est soulagé quand elle accouche normalement* ». Or, à chaque accouchement l'éventualité d'une mort ou d'une naissance occupe toujours l'attention des agents de santé et des parents des patientes. Les graphiques 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 13présentent l'évolution des cas de décès et naissances vivantes dans la Zone sanitaire.



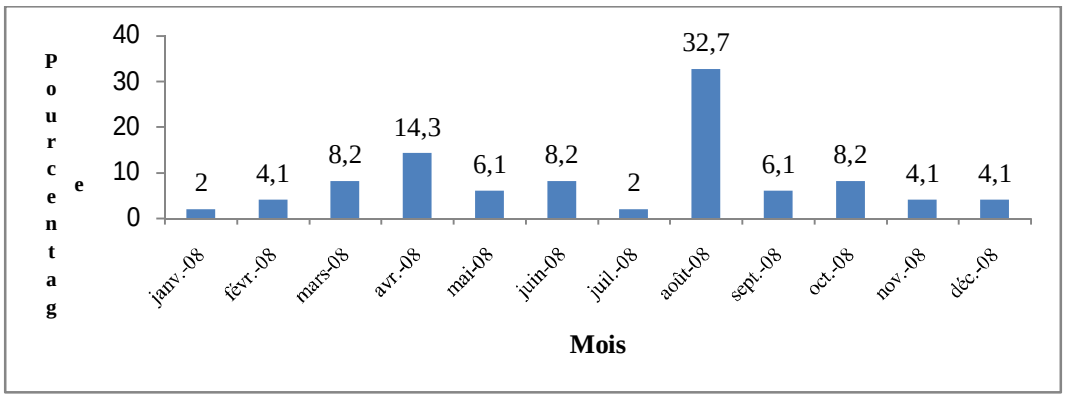

**Graphique 7: Tendances des naissances vivantes en 2008**

Source : MS, DPP 2013



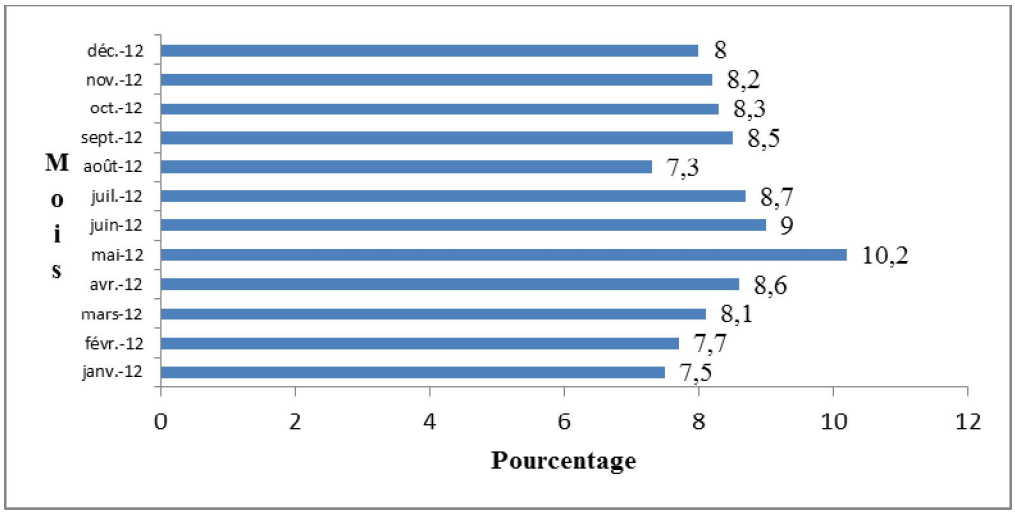

**Graphique 8: Tendances des morts-nés en 2008**

Source : MS, DPP 2013



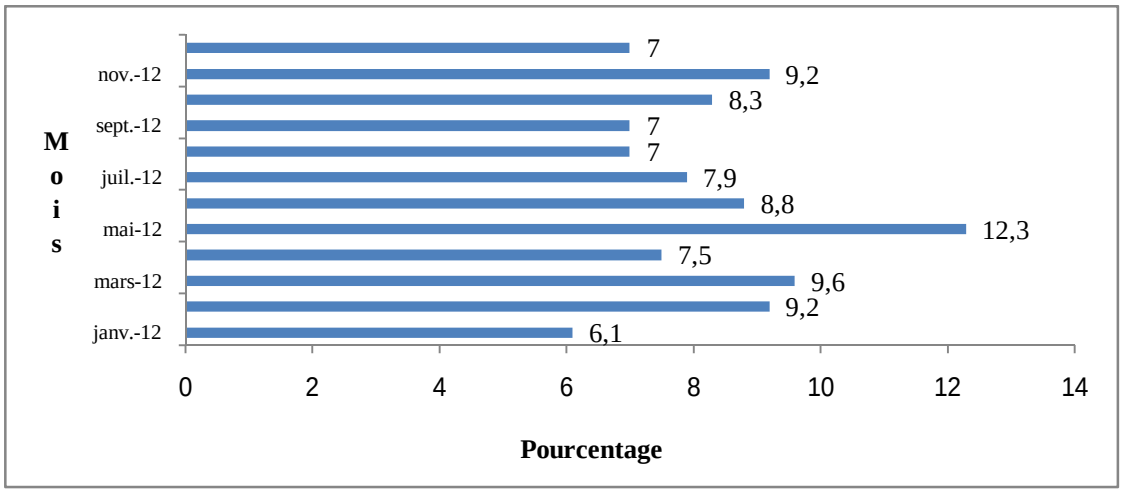

**Graphique 9: tendances des décès maternels en 2008**

Source : MS, DPP, 2013



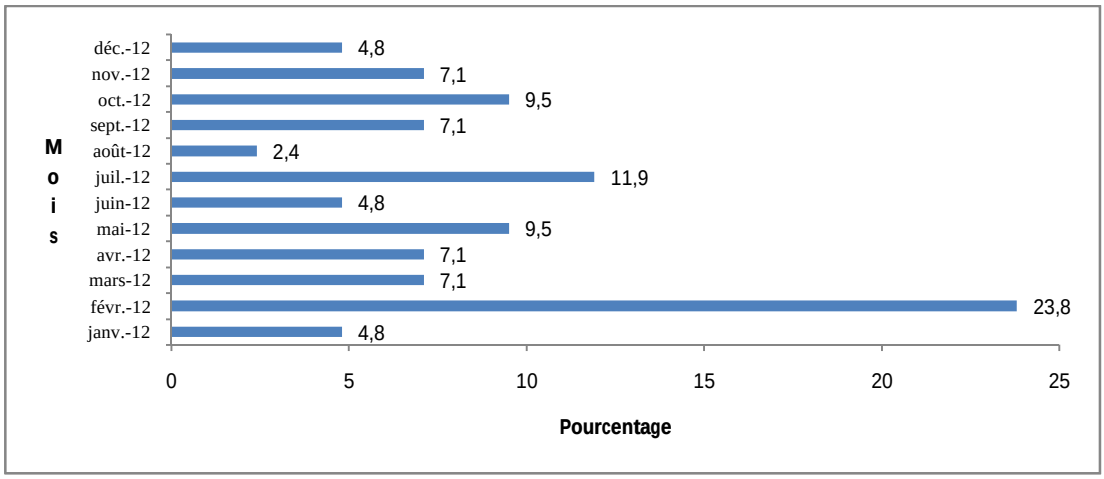

**Graphique 10: Tendances des naissances vivantes en 2012**

Source : MS, DPP, 2013




**Graphique 11: Tendance relative aux morts-nés en 2012**

Source : MS, DPP 2013




**Graphique 12: Tendances relatives aux décès maternels en**

Source : MS, DPP 2013

Les différentes statistiques présentées par les graphiques 7, 8, 9, 10, 11 et 12 font de l'issu de l'accouchement un enjeu. Les décès et naissances vivantes constituent deux faces qui s'"alternent" dans les salles d'accouchement. Dans

l'imaginaire social des usagers des services de maternité et même dans le rang des agents de santé, la crainte est permanente en ce qui concerne l'issu de l'accouchement. Cette crainte entretient une douleur (morale ou mentale) est évidente. Les parturientes intègrent cette double face comme l'expression de l'épreuve douloureuse que constitue l'accouchement. L'annonce d'un mort-né dans l'enceinte de la formation sanitaire accroit la crainte et la douleur aussi bien chez les parents des patientes qu'au niveau des patientes elles-mêmes. Le dénouement heureux (absence de décès maternels & de morts-nés) constitue alors une délivrance. Selon Déborah (1991), le décès d'une femme enceinte impacte aussi bien toute les familles (celles de l'homme et celle de la femme) mais aussi les futures générations. Le concept de délivrance élargit donc le champ des acteurs qui font l'expérience de la douleur de l'accouchement. Aussi, cette expérience collective de la douleur impacte la prise en charge de l'accouchement et de la douleur.

# CHAPITRE IV. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE LA DOULEUR : LES CONTROVERSES AUTOUR DU SAVOIR BIOMEDICAL

## 4.1. La douleur au pluriel

La délimitation des frontières de la douleur relative à la grossesse a révélé la complexité du sujet d'étude. Lorsqu'il s'est agi de documenter la divergence des points de vue et les "controverses" au sujet de l'expérience de la douleur chez la femme enceinte, l'intérêt de différencier une perspective singulière d'une perspective plurielle s'est révélé. La première suppose l'unicité de la douleur au sujet de la grossesse et la seconde renvoie à plusieurs cas de douleur chez la femme enceinte. Les matériaux d'analyse sont : les discours, les pratiques sociales, les pratiques médicales, le contenu du protocole obstétrical, les logiques et représentations sociales et d'autres données sémiologiques. L'option choisie est donc fondamentalement empirique. Il ne s'agit de partir d'une catégorisation absolue (à priori) définie pour rendre compte des faits mais de partir de ces faits pour établir les douleurs types chez les femmes enceintes.

### 4.1.1. Douleur du travail d'accouchement ou douleur des contractions de l'utérus !

Les controverses sur la douleur de l'accouchement sont particulièrement expressives lors du travail d'accouchement. C'est la période la plus attendue dans l'univers médical dans le cas d'un accouchement par voie basse. Pour plus 95 % de sages-femmes, c'est l'occasion où la douleur est appelée à s'intensifier chez la femme enceinte. C'est aussi l'étape la plus attendue chez la femme enceinte et ses proches. Si l'intensité de la douleur présente chez plusieurs femmes des plaintes et craintes, elle annonce aussi les « *derniers jours de la grossesse* ». Le travail d'accouchement est en deux phases : la phase de latence et la phase active. Chaque phase dure (normalement) huit (8) heures au maximum. L'encadré suivant présente le processus biologique, à l'œuvre lors du travail d'accouchement.

**Encadré n°1: Descriptif de quelques combinaisons biologiques lors du travail d'accouchement.**

***1. Les forces expulsives***

- ***Les contradictions utérines***

*C'est la force principale qui provoque l'expulsion de l'enfant. Les contradictions externes sont indépendantes de la volonté (système nerveux autonomes). Durant la grossesse, l'utérus présente de temps à autre des contractions. Ces contractions ne sont pas douloureuses et ne suivent aucun rythme. Au moment où l'utérus entre vraiment en travail, ces contractions deviennent rythmiques et douloureuses. Elles se localisent dans le bas ventre ou dans le bas du dos. Au début du travail, elles sont faibles, de courte durée et espacées, elles durent 20 à 30s et se répètent toutes les 20minutes, puis les intervalles deviennent de plus en plus courts pour se réduire à 2minute à la fin de la dilation. Après la rupture de la poche des eaux, le rythme se ralentit pendant quelques temps, puis elles redeviennent fortes et fréquentes mais toujours régulièrement interrompues.*

- ***La presse abdominale***

*C'est la contraction volontaire des muscles de la paroi abdominale. La femme a la sensation de devoir aider (pousser) une fois que le vagin est détendu ou que l'enfant pousse sur le périnée. La presse abdominale n'est efficace qu'à partir de la dilatation complète du col, son efficacité est la plus grande lorsqu'elle va de pair avec une contraction utérine.*

***Le Travail d'accouchement : Période de dilatation***

*L'utérus en travail se divise du point de vue physiologique en 2 parties :*

*La partie supérieure ou segment actif qui se contracte ; La partie inférieure ou segment passif qui se relâche, se laisse étirer et dilater. Lorsque le segment actif se contracte, la pression dans l'utérus augmente, et le liquide amniotique est sous pression. Les membranes ont une tendance à se détendre et celles qui couvrent le canal utérin à y descendre et à l'ouvrir. Le segment actif tire le segment passif en haut et celui-ci se laisse étirer et devient plus mince. Aussi le bord de l'orifice utérin interne devient de moins en moins épais : de deux centimètre, il acquiert l'épaisseur de deux à trois (3) millimètres : c'est l'effacement du col.*

*L'effacement du col est surtout prononcé chez les primipares, chez les multipares l'effacement se fait également mais le bord reste plus épais. Aussi, chez les primipares, l'effacement se fait avant la dilatation tandis que chez les multipares, ces deux phénomènes vont de pair.L'ouverture du col, où « dilatation », est le relâchement des muscles circulaires du col. Celui-ci se laisse étirer et tirer vers le haut et les côtés, le long des membranes très tendues durant les contractions. Les membranes s'introduisent dans le col, vont finir par atteindre les*

*parois du vagin qui sont alors en continuité avec celles de l'utérus : on dit alors que la dilatation est « complète ». La voie est libre pour l'expulsion de l'enfant.*

*La tête de l'enfant est entrainée par le liquide amniotique, toute sa circonférence est en contact intime avec la surface interne du col. Une petite partie des membranes se trouve en dessous de la tête fœtale : c'est la poche des eaux.La forte pression que subit le liquide amniotique n'est pas transmise directement sur la poche des eaux, mais est arrêtée par la présentation qui, sous cette action, descend de plus en plus dans le canal génital. Dans ce cas, la poche des eaux est beaucoup plus longtemps conservée que lorsqu'il y a communication avec le liquide amniotique de la cavité utérine, par exemple en cas de présentation du siège. Lorsque la dilatation est presque complète, la rupture de la poche des eaux se produit lors d'une douleur, la pression utérine est transmise sur la poche des eaux, celle-ci se dilate et se rompt spontanément, il faut alors contrôler par un examen interne stérile si le cordon ombilical n'est pas descendu devant la tête. Puisque la poche des eaux joue un grand rôle dans le mécanisme de la dilatation régulière du col, il est très avantageux qu'elle se maintienne jusqu'à la fin de la dilatation. Lorsque la poche des eaux se rompt trop tôt, par exemple avant la dilatation ou même avant l'effacement du col, il est à prévoir que l'accouchement sera plus long et plus difficile. En effet, une fois la poche des eaux rompue le liquide amniotique s'écoule particulièrement, ce qui empêche la pression latérale sur le segment inférieur, celui-ci n'a plus de soutien pour se dilater sous la traction du segment.C'est alors la partie inférieure de l'enfant qui sert de point d'appui au segment passif pour se dilater. La position de l'enfant n'a aucune influence sur le mécanisme de la dilatation, cette position peut avoir une influence sur la conservation plus ou moins longue de la poche des eaux et aussi sur la durée de la dilatation.*

**Rotsart, 1998**

Le travail d'accouchement est donc une période de prédilection pour l'expérience de la douleur chez la femme enceinte.

Mais il faut remarquer qu'elle entretient de profondes contradictions dans la relation médicale. Plus de la moitié des sages-femmes ont exprimé leur difficulté à localiser de façon exacte et définitive la douleur exprimée, à cette étape par les femmes enceintes. Et pourtant, elles connaissent d'avance, les manifestations de cette douleur.

En général, les agents de santé focalisent leur attention sur les contractions de l'utérus. Mais les usagers des services de maternité ne mettent souvent pas l'accent sur l'utérus ou encore les processus de contraction. Ici, l'accent est particulièrement mis sur le travail d'accouchement. Dans son analyse des entités

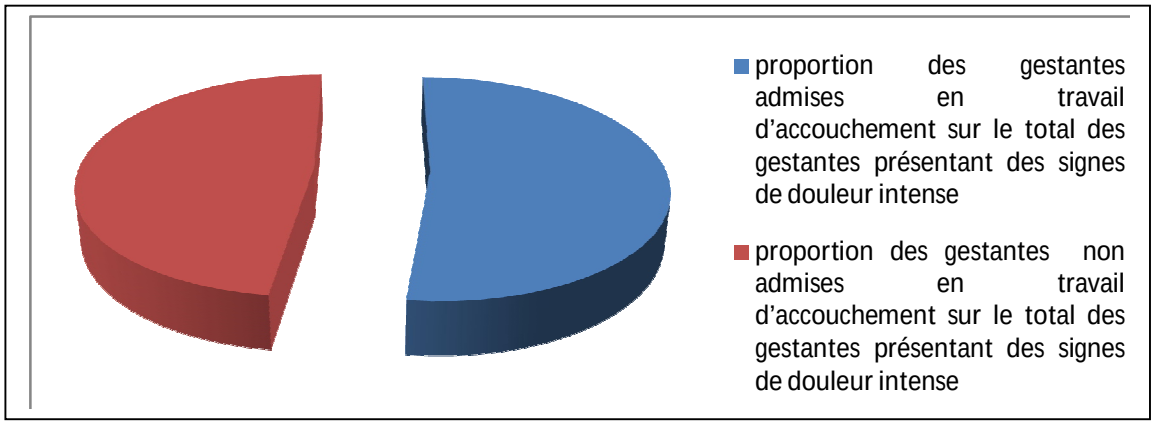
nosologiques de la maladie, Olivier de Sardan (1994), a déjà évoqué l'évidence de divers procédés (basés sur des rationalités différentes) dans la dénomination des maladies. Même, si la grossesse ou encore la douleur n'est pas toujours perçue comme une maladie, les mêmes procédés sont remarqués. Ainsi, les agents de santé utilisent le vocable « douleur des contractions » pour évoquer une douleur produite par les contractions de l'utérus. Elle dure environ une à deux minutes. Elle s'inscrit dans le processus de l'avancement du travail d'accouchement. Entre deux contractions (soit de 1 à 10 minutes selon la personne et le stade d'avancement du travail), la douleur disparaît totalement. Selon les agents de santé, cette douleur met en relief un processus purement physique et physiologique. En effet, lors du travail d'accouchement, on assiste à une dilatation du col de l'utérus. A la dilatation complète, l'accouchement est possible par voie basse. Ainsi, plus le col se dilate, plus les contractions s'amplifient. Et plus les contractions s'amplifient, plus la douleur devient intense. En fait, le liquide amniotique baisse de volume au fur et à mesure que la dilatation avance. A ce processus, il faut associer l'excitation des fibres sympathiques que contient le col. En l'absence de liquide amniotique, les contractions et distensions utérine provoquent une sensation qui traduit une douleur chez la parturiente. A tout ceci, il faut ajouter, une distension de la filière pelvienne ; l'étirement des ligaments sur le péritoine, la vessie, l'urètre et le rectum de même que les ligaments du bassin. Tout ceci est entretenu par la pression liée aux mouvements du bébé.

Ce processus témoigne de " la normalité" de la douleur de l'accouchement suivant les perceptions du personnel médical. C'est aussi l'une des raisons qui traduisent l'"indifférence" de certaines Sages-femmes face aux plaintes des patientes lors du travail d'accouchement. Mais ceci est pratiquement méconnu par les usagers des services de maternité. En lieu et place de l'expression "*douleur liée aux contractions de l'utérus* », ils évoquent le "*travail d'accouchement*". Or, tous les cas de douleur qui interviennent lors du travail d'accouchement ne mettent pas en évidence les contractions de l'utérus. Les conflits d'interprétation sont donc récurrents dans l'appréciation de la douleur lors du travail d'accouchement.

### 4.1.2. Au-delà des contractions des douleurs chez la femme enceinte !

La douleur relative à la grossesse ne s'inscrit pas exclusivement dans le cadre des contractions au niveau des muscles utérins. Différentes observations empiriques ont permis de parvenir à cette conclusion. En effet, dans plusieurs des cas documentés, les femmes présentent des plaintes de douleurs intenses dès le huitième mois de la grossesse. La récurrence des douleurs, à cet âge de la grossesse, interpelle l'idée d'un début du travail d'accouchement. C'est précisément le cas de la patiente I. G. à l'un des centres de santé d'arrondissement de ***Ouidah*** :

*"On était au mercredi 17 Avril 2012. Il sonnait 11 h. Une femme enceinte, à bord d'une moto taxi communément appelée Zémidjan, entre dans l'enceinte du centre de santé. A sa suite, se présentaient deux accompagnateurs portant sur une moto, respectivement un panier contenant de la nourriture et des vêtements pour le nouveau bébé. La femme enceinte présentait (visiblement) des signes d'intenses douleurs. Visiblement, les femmes enceintes, présentent dans la salle d'attente (pour les consultations prénatales), s'apprêtaient à laisser une place à la "délégation". Mais, cette dernière était convaincue de l'objet de leur présence : l'accouchement et non une consultation portant sur l'évolution de la grossesse ou la santé de la mère (et de l'enfant). Ainsi, la femme et ses accompagnateurs ont systématiquement pris le chemin du hall réservé aux femmes en travail d'accouchement. Mais, deux minutes plus tard, une des accoucheuses sort de ce hall avec un air peu discret lançant à la foule (de la salle d'attente), « avec un col hermétiquement fermé, elle vient avec tous ses bagages pour accoucher ». Et, à l'une des "aides- soignantes" d'ajouter « avec ce petit ventre ! Un peu de douleur et toute la famille s'affole. Puis, avec un visage désespéré, une patiente venue pour les CPN riposte en ces termes « ce n'est pas facile, elle croit) que c'est son jour d'accouchement de fait des douleurs… ». A l'image de ce cas, chez nombre de femmes enceintes l'intensité de la "douleur des contractions" ne traduit pas l'entrée en travail d'accouchement.* La figure 13 présente les résultats obtenus à ce sujet.




**Graphique 13: Comparaison des statistiques de gestantes admises ou non en travail d'accouchement suite aux plaintes portant sur la douleur**

Source : Réalisé à partir des données de terrain

Sur vingt-cinq cas investigués, treize sont effectivement déclarés en travail d'accouchement. Pour le reste, l'ampleur de la douleur (au huitième mois de la grossesse) ne correspondait pas à l'effectivité du travail d'accouchement. En général, la Sage-femme injecte à la plaignante un antispasmodique. L'hypothèse médicale envisagée est que la douleur devrait s'arrêter si la femme était en travail d'accouchement. Si la douleur persistait, elle n'est plus conçue comme la conséquence des contractions de l'utérus. Or, le travail de l'accouchement commence avec la contraction de l'utérus. Au nombre des cas approchés, figure celui de I.Z. dans la commune de *Ouidah*. Amenée au centre de santé en voiture, elle se plaignait de « *fortes douleurs* » au niveau de la partie basse de la colonne vertébrale. Mais suite à l'injection de l'antispasmodique, la douleur s'est calmée. Les douleurs peuvent donc s'introduire dans la période supposée être celle du travail d'accouchement. Les sages-femmes, dans la plupart des cas, associent donc un antispasmodique (Hbb) à un anti somnifère (diazépam) pour définir l'évidence ou non d'une douleur directement liée au déclenchement du travail d'accouchement.

Dans ces circonstances, les réactions des sages-femmes diffèrent d'une patiente à une autre. Il peut s'agir d'une douleur liée aux maladies et

complications associées à la grossesse. Les complications de grossesse sont construites comme de potentielles sources de douleur chez la femme enceinte. Encore désignés par le vocable "dystocie", ou « *grossesse à risque* », ces types de grossesse renseignent sur des "irrégularités" ou l'interférence de pathologie dans l'évolution de la grossesse ou plus particulièrement du travail d'accouchement. Selon l'OMS, « 52900 femmes meurent chaque année dans le monde de complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Près de la moitié de ces décès surviennent en Afrique subsaharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population cible et où se produisent 23,5% des naissances globales » (MSP 2006 : 1). Et plus précisément au Bénin, « 1400 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche (MSP 2006 : 1). Ces complications entretiennent des Menaces d'Accouchement Prématuré. Les MAP peuvent aussi être entretenues par d'autres causes. Dans l'univers de la biomédecine, les causes (notamment) portent sur l' « incompétence de la fermeture cervico-isthmique telle qu'on la retrouve dans les béances, soit à une mauvaise adaptabilité de l'utérus à la grossesse comme on peut le voir dans les malformations utérines, soit à une sur distension utérine » (Papiernik et al 1995 : 646).

Selon 72 % des Sages-femmes approchées, les maladies et autres complications sont liées à l'insuffisance d'observance et une présence irrégulière aux consultations prénatales. Les CPN sont donc envisagées (dans l'univers médical) comme une réponse à l'initiative " maternité sans risque" lancée au cours de la conférence internationale à Nairobi (Kenya).Selon le personnel médical, les CPN constituent une partie intégrante de la prise en charge de la grossesse et la garantie d'un accouchement normal. Un accouchement est dit normal lorsqu'il n'est pas dirigé et s'est déroulé sans complication. Dans ce cas, la seule douleur auquel s'attend le personnel médical, est celle liée aux contractions.

Il est évident que l'étude des dossiers médicaux et les entretiens en milieu communautaire révèlent une forte tendance aux consultations prénatales chez les femmes enceintes. Seulement, la fréquence aux CPN ne traduit pas

systématiquement une observance du point de vue de l'ordonnance médicale. Chez nombre des cas documentés, les CPN présentent une fonction informative. Elles renseignent sur l'évolution de la grossesse. Elles apportent donc de l'information sur la santé de l'enfant ou encore celle de la mère. Or, toute complication intervenant dans la santé de l'enfant ou celle de la mère peut entraîner une douleur chez la femme. Pour l'ensemble des ménages pris en compte lors des entretiens individuels, l'efficacité de l'intervention obstétricale réside particulièrement dans le diagnostic et non dans la thérapie. Alors, une chose est de s'informer auprès de la Sage-femme sur l'évolution de la grossesse et la santé de la mère et de l'enfant mais autre chose est de respecter strictement le conseil médical. En effet, il existe au sein des collectivités familiales et les sphères religieuses des réponses parallèles aux ordonnances médicales. Ces recours parallèles sont abordés dans la deuxième partie du travail.

Les douleurs liées aux maladies et complications sont parfois associées à des agents magico-religieux et à des facteurs historiques. Selon Le Breton (2005), l'une des illusions de la médecine est de se donner une ambition (exclusive) d'apporter une explication médicale aux modes de gestion du mal même quand ils sont étrangers. En réalité, c'est ce qu'il convient d'appeler une "culturalisation" du corps. Dans l'univers médical en général et particulièrement dans les centres de santé de proximité, l'interférence du religieux et du culturel dans la prise en charge globale de la femme enceinte est bien connu. Et comme l'évoquait une Sage-femme dans la commune de Ouidah, il y a « *des douleurs naturelles et des douleurs surnaturelles. Parfois c'est bizarre* ». La douleur est dite « *normale* » lorsque son émergence, ses manifestations et son ampleur n'introduisent pas des contradictions dans le champ perceptif des acteurs sociaux. Mais il faut comprendre que le champ perceptif de l'environnement médical n'est pas toujours le même que celui des usagers des services de maternité. Le Breton (2005) présentait déjà l'idée selon laquelle les agents de santé d'une part et d'autre part les patientes projettent leur vision respective sur la relation médicale et la prise en charge de l'accouchement. Le champ perceptif de l'univers médical est dominé par un rationalisme absolu entretenu par les savoirs biomédicaux. La douleur est ici construite comme la conséquence des

contractions des muscles de l'utérus avec une raréfaction du liquide amniotique. Elle est aussi construite (dans certains cas) comme l'expression d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement. Or, ces pathologies et dysfonctionnements ne relèvent pas que du domaine médical. Ces aspects sont abordés dans le chapitre suivant. Dans nombre de cas, les complications et les douleurs de la femme enceinte sont liées à ces convenances sociales.

### 4.1.3. Douleur du corps versus douleur de l'âme : les deux faces d'une même pièce !

L'une des questions spécifiques dominantes dans la recherche est de savoir la nature physique ou non de la douleur chez les femmes enceintes. Il est pertinent, pour les besoins de l'enquête, d'apprécier l'articulation de la douleur physique avec celle de l'âme. Et comme le soulignait une responsable Sage-femme à *Ouidah*, la grossesse « *c'est aussi une question d'état d'âme* ». Ainsi, les soins au corps concernent l'ensemble des dispositions prises pour soulager la douleur sur la base des influx nerveux. Il s'agit beaucoup plus spécifiquement de réduire ou de stopper les combinaisons biologiques et donc physiologiques qui provoquent l'émergence de la sensation douloureuse. C'est la mise en valeur des découvertes de la biomédecine. Mais la douleur ne fait pas intervenir que le biologique. Comme évoqué dans le chapitre précédent, la douleur dont fait l'objet la femme enceinte n'est toujours pas identique à celle qu'elle ressent du fait de l'interférence de convenances sociales et l'influence de la place accordée à cette douleur à un moment spécifique. Les médicaments ne constituent donc pas les seuls recours à la prise en charge de la douleur. Dans plusieurs discours scientifiques, l'expression la plus utilisée est l'âme ou plus spécifiquement la « *douleur de l'âme* ». Même dans le discours des usagers des services de maternité, ce type de douleur est fréquemment évoqué. En effet, chez les informateurs appartenant à la communauté sociolinguistique "*FON*", l'expression «*ayimɛya* **»** ou **«** *awufyɛsa* **»** qui littéralement renvoie à la douleur de l'âme est régulièrement citée. Les Sages-femmes admettent qu'elle se remarque particulièrement avec l'hypertension artérielle chez les femmes

enceintes. Entre deux consultations prénatales, la tension artérielle de certaines femmes monte. Chez la plupart des femmes enceintes, elle s'imbrique dans les conflits conjugaux, les difficultés d'ordre financière et l'insuffisance d'affection. En effet, les disputes et autres formes de discordes dans les ménages fragilisent l'état d'âme de la femme enceinte et détermine ses marges de manœuvre dans la gestion de la douleur.

Quand il s'agit de désigner la douleur physique ou somatique, les patientes n'ont presque jamais pu utiliser une expression exempte de toute équivoque. Chez certaines, l'expression utilisée est « *agbazasinvivɛ* **».** Chez d'autres encore, la douleur physique est désignée par les expressions « vɛ̀», « *dÚ*» « *wiwli* », (pour exprimer la "douleur") précédée du lieu de localisation de la douleur. Ainsi, sont enregistrées les expressions comme «*alinmɛwiwli* » (douleur aux reins) ; « *asawiwli* » (douleur aux cuisses). Mais dans tous ces cas de douleur, la part de physique ne se détache guère de celle de l'esprit.

Les expressions "consacrées" n'ont donc pas permis de distinguer l'écart entre douleur physique et douleur de l'esprit. Et pourtant, les commentaires des informateurs, l'observation des conduites et l'étude des réponses sociales ou dispositions médicales traduisent clairement l'écart entre ces deux types de douleur. Aussi, lorsqu'il s'agit de croiser les réponses apportées à la douleur avec les symptômes de douleur chez la femme enceinte, se dégagent la double face sensorielle (le corps) et affective (l'état d'esprit) de la douleur. Dans la salle d'accouchement d'un des centres de santé d'arrondissement à *Tɔri,* une femme serrait ses mains contre ses hanches avec beaucoup d'effort. Ses gestes traduisaient l'évidence d'une douleur physique au niveau des reins. Mais elle conversait avec d'autres patientes et des parents proches à elle. Visiblement, elle ne présente pas l'humeur d'une personne qui fait l'expérience de la douleur. Ses sourires, les rires et le contenu des propos venant d'elle traduisaient plutôt l'image d'une femme en joie. Et pourtant, à la venue de la Sage-femme, elle a formulé des plaintes relatives à la douleur. Cette expérience vécue sur le terrain de recherche renseigne, entre autres, sur deux aspects fondamentaux. La douleur physique chez la femme enceinte n'entraîne pas systématiquement celle dans l'âme. Si la douleur physique peut échapper au contrôle social, la douleur dans

l'âme met en évidence l'acceptation sociale de la douleur, les usages sociaux de cette douleur, les expériences individuelles et collectives de même que la nature et le climat social des interactions autour de la femme enceinte. Dans d'autres circonstances, cette douleur physique issue des influx nerveux peut entretenir (systématiquement ou progressivement la douleur dans l'âme). Il est remarqué que certaines femmes enceintes font l'objet de profondes anxiétés. Dans ces circonstances, à la douleur physique s'ajoute celle de l'âme. En général, les informateurs conçoivent la douleur de l'âme comme celle qui renvoie au moral, à l'humeur et donc à l'affect.

La douleur de l'âme, n'est pas nécessairement conséquente à une douleur physique chez la femme enceinte. Elle n'est pas toujours associée aux contractions des muscles de l'utérus ou aux maux de ventre. Et pourtant, elle est dominante chez toutes les femmes enceintes. Chez certaines femmes enceintes, elle est associée aux peines et conflits interpersonnels. Chez plus de 75 % des femmes enceintes, la période de grossesse est celle de la dépression, de la mélancolie et de la nervosité. Plus 50 % des époux abordés attestent aussi ces discours et affirment avoir connu de profondes difficultés à garantir un climat social apaisé en direction de la femme enceinte. Ces états d'âme entretiennent parfois, chez la femme enceinte, des sentiments d'adversité vis-vis de l'environnement social. Après avoir raconté son expérience personnelle et celle de sa fille, une des femmes approchées dans un centre de santé communal de Ouidah choisit clôturer l'entretien en ces termes : « *il y a même plus de souffrance dans l'âme que de souffrance dans le corps. Seulement, les gens ne voient pas la douleur de l'âme* ».

Seulement au regard des discours et pratiques sociales relatives à ce que les informateurs nomment « *douleur de l'âme* », il faut relever tout équivoque quant à sa nature. Il me parait improductif de lui donner une nature psychologique. En effet, des récits de vie des femmes enceintes ou des "accouchées", se dégagent en général, des frustrations, des conflits intra personnels liés à des déceptions. Parfois, sont évoqués, des regrets face à une grossesse non planifiée…Mais toutes ces situations ne sont nullement à l'abri de la nature des interactions avec les parents, amis, agents de santé….Le niveau

d'intégration sociale, l'acceptation sociale de la grossesse ou des partenaires et cohésion sociale sont autant de facteurs qui inter agissent dans l'état d'âme de la femme enceinte. Les frustrations chez la femme enceinte sont souvent présentées (par ces femmes elles-mêmes) comme la conséquence du climat socio affectif qui se développe autour d'elles. 70 % des femmes enceintes admettent que la présence régulière et le soutien affectif des parents proches réduiraient la « *douleur de l'âme* ». De même, elles attestent que cette douleur est plus importante et plus déterminante dans le processus de l'accouchement que la douleur physique. Lorsqu'il revient aux Sages-femmes de porter leur avis sur ces opinions, le consensus se dégage : « *la douleur de l'âme influence le processus de gestion de la grossesse* ». Dans ces propos, elles mettent particulièrement l'accent sur la participation de la femme au processus de la délivrance dans le cadre du travail de l'accouchement.

Ainsi, il faut reconnaître une dimension psychosociologique de la douleur de l'âme. Aussi, elle ne se construit pas à partir d'un simple imaginaire ou d'une certaine psychose chez la femme enceinte. C'est plutôt dans le tissu social, dans les liens de sociabilité et dans le champ perceptif de la femme enceinte qu'il faut retrouver les fondements de cette douleur. A titre illustratif, les femmes témoignent de la variabilité dans l'expérience de la douleur de l'âme pendant les périodes de grossesse. Elles mettent en relief le rôle joué par les parents et amis depuis l'établissement du diagnostic médical en faveur d'une grossesse. Dans les cas où la grossesse fait l'objet d'indifférence ou de rejet au sein de l'environnement social proche, la douleur de l'âme est plus constatée et évoquée. Or, dans les cas où la douleur fait l'objet d'une acceptation sociale, la femme enceinte présente moins de signes de douleur de l'âme. La corrélation entre facteurs sociaux (cohésion sociale, caution sociale, ambiance sociale, référents religieux/culturels) et l'état d'âme de la femme enceinte est donc évidente.

Au demeurant, la douleur physique et la douleur de l'état d'âme constituent deux types de douleur chez la femme enceinte. Si elles peuvent s'expliquer séparément, il n'en demeure pas moins qu'elles s'inter influencent. Ainsi, « la douleur et l'anxiété maternelle peuvent favoriser la stimulation sympathique et une élévation de la pression artérielle et du rythme cardiaque pendant la 2$^{nd}$ partie du travail » (Barron et al : 52).

C'est une manifestation de la dialectique entre le corps et l'esprit qui constituent les deux faces de la réalité humaine.

## 4.2. Le protocole de prise en charge médical de la douleur : la standardisation des tâches

La biomédecine a servi de substrat pour la révolution des soins obstétriques à travers des découvertes diverses en matière de prise en charge médicale de la douleur. Aux complications obstétricales, elle a permis d'apporter diverses réponses médicales. Au nombre des complications les plus enregistrées, figurent, l'éclampsie ; les dystocies, les anémies chez la femme enceinte, le paludisme, les hémorragies de la grossesse, les hémorragies de la délivrance et diverses infections. L'ensemble de ces complications entretiennent non seulement des "menaces d'accouchement prématuré" mais aussi et surtout des douleurs d'intensités différentes chez la femme enceinte. Ainsi, répondre aux complications, c'est aussi, dans une certaine mesure apporter une réponse à la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

### 4.2.1 La « maternité à moindre risque » : une obsession !

La réponse médicale aux complications de grossesse est aussi (indirectement) au service de la douleur. Cette réponse trouve son répondant politique dans la vision du Ministère de la santé pour le sous-secteur des soins infirmiers et obstétricaux. Il s'agit d' « offrir des prestations de soins infirmiers et obstétricaux de qualité à la population dans un cadre attrayant, avec un plateau technique adéquat, par un personnel qualifié, compétent, disponible et motivé ». La Direction Départementale de la Santé Publique est responsable de sa mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation au niveau départemental. L'un des axes principaux de l'opérationnalisation de cette vision est la réduction des risques notamment les maladies qui constituent des sources récurrentes de décès maternels (Quenum 2006) et donc des complications de la grossesse.

- **Développer une réponse préventive contre les douleurs "non normales"**.

Il s'agit particulièrement des douleurs entretenues par les complications de grossesse. La surveillance médicale est destinée à détecter les complications éventuelles et de proposer des mesures alternatives ou correctives. Les usagers des services de maternité utilisent l'expression '"*accouchement normal*" pour désigner l'absence de douleur "non normales" chez la femme enceinte jusqu'à l'effectivité de la délivrance. Il s'agit de prévenir la femme de l'émergence de maladie comme le paludisme et l'anémie. Il s'agit de surveiller l'évolution du bassin de la femme enceinte comparativement à la taille et au poids de l'enfant.

- **Développer une réponse curative contre les douleurs "non normales"**.

L'accouchement est un événement de la vie et il y a plusieurs façons de composer avec la douleur associée à l'accouchement sans utiliser de médicaments. Il ne s'agit véritablement pas d'arrêter la douleur mais plutôt de stopper les complications qui l'entretiennent. Dans l'imaginaire collectif des usagers des services de maternité, *« une grossesse qui nécessite trop de médicaments est une grossesse difficile »* (propos régulièrement cités par les informateurs). Lors des enquêtes, nombre de femmes ont témoigné de l'idée selon laquelle la douleur ne se soigne pas mais elle se prévient ou se soulage. Ainsi, la réponse médicale est beaucoup orientée vers ces complications que la douleur elle – même.

- **Développer une réponse médicale pour soulager la femme enceinte de la douleur**

C'est la perspective la plus répandue et la plus acceptée. Dans le cadre de la douleur « *normale »*, il s'agit souvent de soulager la femme et non de la mettre à l'abri de la douleur. Les femmes qui rejettent l'idée de l' « *accouchement sans douleur »* ne rejettent pas la démarche qui consiste à les soulager de cette douleur. De façon beaucoup plus spécifique, le travail d'accouchement fait l'objet d'une attention particulière à cet effet. Le climat

social autour de la femme enceinte témoigne d'une circonstance particulière. La parturiente apparaît comme une personne appelée à faire l'épreuve d'une des douleurs les plus intenses dont peut faire objet la nature humaine. Pour plus des 75 % des Sages et dignitaires religieux, c'est le symbole d'un sacerdoce. Un Sage de la commune de *Ouidah* racontait à cet effet « *la femme enceinte porte un "colis" qui lui est confié par les ancêtres et les dieux. Ce qu'elle porte, c'est pour le bien des vivants et des morts. C'est donc une mission. Et ce colis est lourd pour elle. Elle doit quand même réussir la mission qui est de le déposer sur terre. Elle a donc besoin qu'on l'aide à supporter…* ». La métaphore du colis revoie à l'enfant porté par la femme enceinte. En parlant du caractère "lourd" du colis, recours est fait à la douleur et aux différents risques associés à la grossesse. A travers cette opinion, se dégage l'idée d'une inévitable assistance à l'endroit de la femme enceinte et beaucoup plus particulièrement de la parturiente.

En réponse à cette triple intension qui anime la prise en charge médicale de la douleur de l'accouchement, divers niveaux de prise en charge sont identifiés.

### 4.2.2. Quand la réponse obstétricale à la douleur porte sur le corps !

Dans le sous titre précédent, il est démontré la double face de la douleur chez la femme enceinte. La douleur physique et celle relative à l'état d'âme de la femme enceinte. Mais il faut aussi préciser que ce double visage de la douleur entretient un double processus. D'une part, un processus biologique et d'autre part un processus social. Si le premier répond à l'anatomie, le deuxième prend corps avec les processus sociaux comme l'éducation, les perceptions sociales, le climat social…Sous un autre rapport, il faut délimiter le champ de chacune de ces douleurs. La douleur physique est précisément située au niveau de l'individu c'est-à-dire la femme enceinte. C'est ce qu'il convient d'appeler la partie constante de la douleur. Dans une large mesure, elle répond au même processus chez l'ensemble des femmes enceintes. Elle articule les composantes biologiques donc organiques de la femme. Ainsi, les soins au corps concernent l'ensemble des dispositions prises pour soulager la douleur sur la base des influx

nerveux. Il s'agit beaucoup plus spécifiquement de réduire ou de stopper les combinaisons biologiques et donc physiologiques qui provoquent l'émergence de la sensation douloureuse. C'est la mise en valeur des découvertes de la biomédecine.

Les savoirs biomédicaux offrent un ensemble de possibilité à la Sage-femme dans le cadre de la prise en charge de la douleur physique. Ainsi, le croisement des informations a permis d'enregistrer divers recours médicaux.

Les produits régulièrement identifiés sont : des analgésiques, des tranquillisants, des inhalants, l'anesthésie locale, des blocages nerveux régionaux comme des anesthésies épidurales et des blocages rachidiens. On assiste aussi à des cas d'anesthésie générale en situation de césarienne. Les analgésiques sont utilisés pour soulager la femme enceinte face à la douleur de l'accouchement. Les inhalants sont aussi utilisés au même titre et dans les mêmes circonstances. Au titre des inhalants, figure le protoxyde d'azote qui est un gaz que l'on utilise parfois pour soulager la douleur durant le travail et l'accouchement. Dans d'autres circonstances, la femme enceinte fait l'objet d'une anesthésie locale ou d'une anesthésie générale. En général, l'anesthésie locale est utilisée lorsqu'il s'agit de procéder à une épisiotomie ou pour s'inscrire dans un blocage nerveux régional. Les blocages nerveux régionaux sont injectés pour dissiper la douleur dans une certaine région du corps. Les types d'anesthésie régionale les plus courants sont les blocages du nerf honteux, l'anesthésie épidurale et les blocages rachidiens. Le blocage du nerf honteux, au même titre que les inhalants sont mis en profit pour soulager la femme enceinte de la douleur liée à l'accouchement. Pour ce faire, on installe une longue aiguille dans la paroi vaginale où se situe le nerf honteux. Au moyen de cette aiguille, on injecte l'anesthésique. Le blocage du nerf honteux permet de réduire la douleur et non de l'éliminer complètement. En ce qui concerne l'anesthésie épidurale, elle permet d'engourdir le bas du corps à partir de la taille. L'anesthésie épidurale peut s'utiliser tant pour les accouchements par voie vaginale que pour une césarienne. Il faut aussi remarquer l'utilisation du blocage rachidien. Il se pratique juste avant un accouchement vaginal assisté ou une césarienne. On peut

utiliser un blocage rachidien bas pour complètement bloquer toute sensation en bas de la taille, et ce, lorsque le col de l'utérus est complètement dilaté et que le bébé est prêt à naître.

Les progrès en biomédecine ont donc offert la possibilité aux femmes enceintes et aux spécialistes en soins obstétricaux de soulager la douleur de l'accouchement. Le recours aux savoirs biomédicaux met en relief le principe de relations de cause à effet dans l'intervention obstétricale. Les médicaments et injections sont destinés à produire des résultats escomptés. Le dossier médical de la parturiente **A. J.** dans un centre de santé de Ouidah est mis à profit pour analyser l'efficacité et la pertinence des produits médicaux notamment les antispasmodiques : l'instrument d'analyse est le partographe.

Le partographe est un instrument destiné à la surveillance obstétricale. Il est mis en valeur lors du travail d'accouchement. A travers le partographe, l'agent de santé réalise trois niveaux de suivi. Il s'agit de la surveillance du fœtus, la surveillance de la progression du travail et la surveillance de la mère. Les notations renseignent sur les données relatives à l'évolution du bruit du cœur de l'enfant (partie supérieure), l'évolution des contractions de l'utérus (partie intermédiaire) et l'évolution de la tension artérielle de la mère (partie inférieure). Le partographe présente deux lignes en parallèles : l'une est appelée ligne d'action et l'autre ligne d'alerte. Les renseignements fournis par le partographe s'appuie particulièrement sur les paramètres biologiques, la situation des organes et les transformations à l'intérieur du corps de la femme enceinte et de son bébé. L'utilisation du partographe révèle donc la part du biologique dans l'intervention obstétricale et son influence dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

En effet, le partographeétudié renseigne sur un cas d'accouchement dystocique, c'est-à-dire un cas de complication d'accouchement. A seize heures, le suivi médical marque le début de la phase active du travail d'accouchement. La phase active débute dès le moment où la dilatation du col de l'utérus atteint 3 cm. De seize heures à dix huit heures, les contractions de l'utérus sont restées constantes. Or, les contractions de l'utérus provoquent de la douleur intense chez

la parturiente. Aussi, ces contractions traduisent l'évolution du travail d'accouchement. L'accélération des contractions présente une relation de cause à effet avec la dilation du col de l'utérus et donc l'imminence de la délivrance. Ainsi, plus les contractions de l'utérus prennent d'ampleur, plus la femme enceinte présente des symptômes de douleur.

Dans le cas analysé, la constance au niveau des contractions produit un stationnement en ce qui concerne l'ouverture du col de l'utérus. Mais une telle situation fait durer le travail d'accouchement. Or, plus le travail d'accouchement dure, plus l'expérience de la douleur d'accouchement prend du temps chez la femme enceinte. Cette situation met en évidence la dystocie. La parturiente augmentait la fréquence et l'ampleur des plaintes. Et comme le recommande le protocole obstétrical, la Sage-femme a du procédé au choix d'un accouchement dirigé. A vingt et une heure, la poche des eaux est rompue. On assiste à la pose d'une perfusion de syntocinon. Ce produit est un utéro tonique. Les produits appartenant à la gamme "utéro tonique" sont destinés à déclencher ou renforcer l'ampleur des contractions de l'utérus pour agir sur le travail de l'accouchement. La douleur de l'accouchement peut donc s'intensifier sur initiative médicale, c'est-à-dire avec l'injection d'un produit spécifique. Parallèlement à la perfusion de syntocinon, la parturiente a fait l'objet d'une injection de Hbb qui est antispasmodique. Contrairement aux utéro toniques, les antispasmodiques participent du soulagement de la douleur.

L'analyse des résultats liés au partographe a permis de ressortir trois observations. Dans un premier temps, l'expérience de la douleur n'est pas que naturel, elle peut être provoquée par un agent introduit dans le corps de la femme enceinte par l'agent de santé. Le processus de prise en charge médicale de l'accouchement n'est pas toujours dans une perspective d'évitement de l'émergence d'une sensation douloureuse chez la parturiente. Parfois, pour les besoins de la délivrance, l'agent de santé introduit des circonstances qui déclenchent ou augmentent l'ampleur de la douleur chez la femme enceinte. Et dans un troisième temps, la communication sur la douleur est déterminante dans la relation médicale. Cette dernière observation est particulièrement importante pour la présente étude. En réalité, avant et après l'injection des antispasmodiques

et utéro toniques, la Sage-femme s'attendait à l'expression d'une douleur chez la femme enceinte. Elle était convaincue que l'utéro tonique devra nécessairement donner lieu à une intensification de la douleur ressentie et une communication de plus en plus alarmante de la douleur chez la femme enceinte. De même, elle reste convaincue que l'injection de l'antispasmodique devra produire l'effet contraire notamment une réduction de l'intensité de la douleur ressentie de même que les plaintes chez la femme enceinte. Une telle conception est strictement basée sur le corps et la dimension biologique de l'expérience de la douleur de l'accouchement.

Mais, comme remarqué sur certains sites de recherche (et développé un peu plus haut), les réactions attendues ne sont pas toujours celles obtenues. Le déterminisme biologique et la sur valorisation du corps dans la prise en charge de la douleur est une source de contreperformance. Poser une relation de cause à effet (dans l'absolue), c'est méconnaître le profil réel de la douleur de l'accouchement.

### 4.2.3. Quand la réponse obstétricale à la douleur porte sur l'"esprit" !

La maîtrise de la douleur ne saurait être réduite à une intervention purement médicale qui met exclusivement le focus sur les données biologiques notamment le corps et les organes de la femme enceinte. La totalité des agents de santé approchés admet la nécessité d'étendre la prise en charge aux aspects non physiques. La préparation psychologique consiste à rechercher « une prise de contact avec le milieu et le personnel obstétrical proche de la femme enceinte, et repose sur l'établissement de relations de confiance entre parturiente et accoucheuse. La confiance détend et fait disparaître la peur » (Rotsart & Courlejoie 1998 :101). Seulement, cette prise de conscience ne transparaît toujours pas dans la pratique chez toutes les sages-femmes. C'est donc précisément dans le domaine des savoirs "étrangers" à la biomédecine que la diversité des pratiques est constatée. Chaque agent de santé y va à sa manière et suivant les réalités propres à l'environnement social de la patiente. L'ancienneté et la communauté sociolinguistique de l'agent de santé constituent des variables

déterminantes dans l'explication des écarts d'un agent de santé à un autre. En ce qui concerne l'ancienneté, l'acquisition des savoirs s'opère non seulement lors de la formation académique mais aussi et surtout sur le « *terrain* ». Les agents de santé construisent et améliorent les savoirs au fil des expériences. La diffusion des expériences individuelles et collectives apparaît comme un moyen répandu en matière d'accès à la connaissance dans le milieu médical. Dans les discours, la plupart des agents de santé font allusion à la psychologie de la patiente.

La « *préparation «psychologique»* » est régulièrement citée par les sages-femmes ayant une expérience de plus de dix ans dans le métier. L'observation continue de l'entrée des femmes en travail d'accouchement présente pourtant différents cas de figure à cet effet. Dans 85 % des cas de femmes suivi pendant le travail d'accouchement, l'étape de préparation *«psychologique»* a régulièrement lieu. Mais elle ne se présente jamais de la même manière d'une femme à un autre. Les différences portent particulièrement sur la durée, le contenu, et l'étape. Pour ce qui relève de la durée, elle s'étend entre cinq à trente minutes. Particulièrement dans les formations sanitaires de premier recours, les femmes débutent même le travail d'accouchement avant d'être admises en soins obstétricaux. Cet état de chose est lié aussi bien au retard accusé pour se rendre dans une formation sanitaire que la promptitude des agents de santé. Pour ce qui relève du retard, les femmes sont parfois amenées à faire de longues distances géographiques avant de se retrouver dans la formation sanitaire. Aussi, tel que révélé par les observations faites dans les formations sanitaires de niveau supérieur, l'insuffisance de personnel et le caractère compliqué de certains accouchements réduisent la tendance au déroulement normal de l'étape de la préparation *«psychologique»* de la parturiente. Quant à l'absence de promptitude dans le réflexe d'une préparation *«psychologique»*, elle est expressive aussi bien dans les centres de santé de proximité qu'au niveau des formations sanitaires de niveau supérieur. L'agent de santé est beaucoup préoccupé par la surveillance médicale que par les échanges préliminaires avec la patiente. Dans ces différentes circonstances rapportées, les échanges sont souvent de très courtes durées. Ainsi, en ce qui concerne le contenu des

échanges, les centres d'intérêt et la forme de l'échange varient suivant les circonstances et les acteurs en présence. Les primo gestes font beaucoup l'objet d'une séance de préparation *«psychologique»* que les multipares.

Par ailleurs, il n'existe pas (dans la réalité), une étape particulièrement destinée à la préparation *«psychologique»*. Déjà dès les premières consultations prénatales, cet exercice de préparation *«psychologique»* est entamé. Dans certaines formations sanitaires, le troisième trimestre est spécifiquement réservé aux entretiens destinés à renforcer l'état d'esprit de la gestante. Dans ces deux cas, les séances d'entretien prennent la forme d'un "counseling". De même, tout au long du processus d'accouchement, le même exercice revient sur diverses formes avec des objectifs spécifiques. Le tableau suivant présente les différentes opérations enregistrées dans la relation médicale dès le début du travail d'accouchement. Sont colorées, les étapes où une préparation *«psychologique»* intervient.

**Tableau IX: Différentes opérations liées au travail d'accouchement et à la délivrance**

| Période du début du travail |
|---|
| Préparer le matériel stérile. |
| Accueillir avec bienveillance et disponibilité la parturiente |
| Installer la parturiente |
| Faire un interrogatoire bien approfondi ou prendre connaissance de la fiche maternelle ou carnet de santé (Antécédents - préciser le motif de la visite, l'heure du début des contractions utérines et d'une éventuelle rupture des membranes sur la fiche ou le carnet) |
| Se laver les mains |
| Faire un examen général (poids – taille – température – tension artérielle- vérifier la coloration des muqueuses – rechercher les œdèmes des membres inférieurs – visages– mains) |
| Rechercher dans les urines l'albumine et le sucre |
| Installer la parturiente |
| Se laver les mains et se porter les gants |
| Faire un examen obstétrical |
| Mesurer la hauteur utérine par la palpation la présentation (céphalique – podalique - autres) et la présence des contractions utérines |
| Apprécier la qualité des contractions utérines |
| Ausculter les bruits du cœur fœtal |
| Chronométrer les bruits du cœur fœtal |
| Observer les organes génitaux à la recherche des infections ou autres Anomalies |
| Se laver les mains, porter les gants stériles |
| Faire une toilette vulvaire |
| porter à nouveau un doigtier ou un gant stérile |
| Faire le toucher vaginal |
| Examiner le bassin pour évaluer l'engagement |

| |
|---|
| Apprécier les modifications du col (longueur, effacement, souplesse, degré d'ouverture du col |
| Vérifier la perte du bouchon muqueux qui est le signe prémonitoire du travail d'accouchement |
| Vérifier la présence ou non des membranes et de la poche des eaux |
| Vérifier la formation du segment inférieur |
| rechercher les facteurs de risques |
| pratiquer une toilette vulvaire et éventuellement un lavement évacuateur |
| TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT EN COURS |
| Noter la régularité des contractions utérines (intensité, rythme, durée) |
| Apprécier le bon relâchement du muscle utérin entre chaque contraction |
| Faire les touchers vaginaux avec douceur (toutes les heures) dans la phase active. |
| Ausculter et chronométrer les bruits du cœur fœtal (toutes les heures). |
| Expliqueràlaparturientelesprogrèsconstatéspourlafaireparticiperaubon déroulement du travail |
| Apprécier la dilatation du col (effacement-dilatation) |
| Vérifier la formation de la poche des eaux et son état (plate, bombante, rompueounon). |
| Commencer le tracé du partographe |
| Vérifier la progression de la présentation dans la filière pelvienne (descente, engagement du pôle fœtal) |
| Vérifier la simultanéité des trois phénomènes (dilatation–formation de la poche des eaux et progression du pôle fœtal) |
| Faire le pronostic de l'accouchement |
| Consigner les résultats des examens sur le partogramme et le carnet de santé |
| Suivre la progression et la régularité du travail par le tracé méthodique du partographe (inscription des paramètres contrôlés à chaque examen) |
| Vérifier la couleur du liquide amniotique lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux (clair–teintésérosanguinolent- sanguinolent) |
| Vérifier l'absencedeprocidenceducordonaprèslarupturedelapochedes eaux |
| Vérifier les modifications des bruits du cœur fœtal |

| |
|---|
| Surveiller l'engagement et la descente de la présentation |
| Prendre un abordveineux systématique au cathéter avec sérum glucosé5%. |
| Appliquer des traitements médicamenteux sinécessaires |
| Vérifierlavessieetfaireunsondagevésicalaubesoinoupasserlebassinde lit à la demande |
| RéféreraubesoinselonI'évolutiondutravailoufaireappelauGynécologue- accoucheur |
| ACCOUCHEMENTPROPREMENT DIT |
| Préparer le matériel d'accouchement nécessaire |
| Préparer le matériel nécessaire pour la réanimation du nouveau-né |
| Préparer le matériel pour une épisiotomie préventive |
| Installer la parturiente en position obstétricale |
| Faire le lavage chirurgical des mains |
| Porter des gants stériles |
| Préparer la parturiente (ébarbage des poils du pubis–toilette vulvaire avec des antiseptiques). |
| Faire le sondage vésical |
| Expliquer à la parturiente la conduite à tenir pendant l'expulsion |
| S'assurer de la dilatation complète du col |
| S'assurer que la présentation (tête ou siège appuie bien sur le périnée) |
| Expulsion: phase active pour la mère (ellenedoitpasdurerpluede30 secondes) |
| Apprécier les efforts expulsifs |
| Demander à la parturiente de se reposer et de bien respirer entre les contractions utérines |
| Encourager les efforts expulsifs |
| Surveiller le périnée pendant les efforts expulsifs |
| Chronométrer les bruits du cœur fœtal (de façon régulière) |
| Surveiller la distension du périnée et son blanchissement |
| Pratiquer une épisiotomie préventive si nécessaire pour éviter les déchirures |
| Maintenir l'occiput de la main gauche |
| Accrocher le menton de la main droite à travers le périnée |
| Remonter l'occiput progressivement |

| |
|---|
| Demander à la parturiente de ne plus pousser mais de se détendre et de pratiquer une respiration superficielle haletante |
| Dégager lentement la tête fœtale par déflexion progressive |
| Maintenir la sortie de l'occiput par la main gauche |
| Faire apparaître successivement au niveau de la comissure postérieure de la vulve le front; les yeux ; la bouche et enfin le menton |
| Dégager la tête selon l'axe du dos |
| S'assurer de l'accomplissement de la rotation externe |
| Amener l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne |
| Saisir la tête à deux mains, yexercerunetraction douce vers le bas pour Dégager l'épaule antérieure puis vers le haut pour dégager progressivement l'épaule postérieure tout en surveillant le périnée et enfin à l'horizontale pour (dégager le tronc et le siège; le nouveau-né doit crier immédiatement) |
| Saisir les pieds au moyen d'un champ stérile tête en bas et nuque maintenue (position déclive). Cette position favorise le drainage du liquide amniotique inhalé et évite la déglutition du liquide amniotique et des mucosités dans les voies aériennes supérieures |
| Désobstruer les voies aériennes supérieures du nouveau-né |
| Aspirer les secrétions nasales et buccales pour libérer les voies respiratoires par une sonde d'aspiration |
| Pincer, ligaturer et sectionner le cordon ombilical |
| Réanimer si besoin le bébé en salle de réanimation du nouveau-né |
| Soulever le nouveau-né et le montrer à sa mère |
| Déposer le nouveau-né sur le ventre de sa mère |
| Demander à la mère de maintenir le nouveau-né et pour une mise au sein immédiate |
| Apprécier l'état du nouveau-né par la recherche des cinq(05) critères (cri–coloration–battements cardiaques–respiration–tonus) noter chacunde 0 à 2 selon la cotation (score d'Apgar) à1a seconde,5 secondes et 10mn |
| Examiner le cordon ombilical (gras, maigre) présence d'une artère et de deux veines |
| Noter au dossier la date, l'heure de naissance et le sexe du nouveau-né |

Source : A partir des données de terrain

Quatre-vingt-douze opérations ont été identifiées comme faisant partie intégrante des interventions obstétricales du début du travail d'accouchement à la délivrance de la parturiente. Il est évident que toutes ces étapes ne sont pas constatées chez toutes les sages-femmes des formations sanitaires retenues pour l'étude. L'intention n'était pas de lister les différentes opérations, mais d'apprécier la proportion de prise en compte de l'accompagnement « psychologique » et les formes particulières de cet accompagnement. Ainsi, des entretiens de groupe et des "focus group discussion" sont menés au sujet des différentes opérations menées. Il s'agissait de retenir les étapes lors desquelles les agents de santé font preuve d'une prise en charge « psychologique » de la douleur de l'accouchement. Les réponses obtenues sont croisées avec les observations directes effectuées. Et dans un troisième niveau, des entretiens individuels sont menés avec les femmes accouchées pour une triangulation des informations produites. Les résultats de cette triangulation ont permis de ressortir vingt-deux niveaux d'articulation d'une prise en charge « psychologique » de la douleur de l'accouchement soit 23,91 % de l'ensemble des opérations. Cependant, 100 % des agents de santé reconnaissent que la réussite de l'expérience de la prise en charge « psychologique » réduit le recours aux médicaments c'est à dire des produits biomédicaux destinés à soulager la femme enceinte de la douleur de l'accouchement. Sous un autre rapport, 75 % des agents de santé affirment que, chez certaines femmes enceintes, la réussite de la prise en charge psychologique provoque une faible tendance à l'expression de l'ampleur de la douleur de l'accouchement. Ainsi, il devient important de documenter le contenu de la prise en charge « psychologique ».

Les objectifs visés par la plupart des agents de santé est l'engagement de la femme enceinte à collaborer pour un dénouement effectif de l'accouchement. Cette conclusion est d'autant plus évidente que le rythme de recours à la prise en charge « psychologique » est prioritairement fonction des obstacles relatifs à la collaboration de la patiente du fait de la douleur ressentie et celle exprimées. La proximité sociale (Jaffré 1999) apparaît donc comme une arme pour accompagner la femme enceinte dans l'épreuve de la douleur. Plus la femme

présente des signes de souffrance, moins elle fait l'effort attendu par la Sage-femme. Cette dernière renforce donc le recours aux mesures de soulagement de la douleur. Aussi, généralement, les multipares ne font pas l'objet d'une prise en charge « psychologique». Chez cette catégorie de femme enceinte, il est constaté une forte tendance à la collaboration et une résistance face à la douleur de l'accouchement. La prise en charge « psychologique » n'apparaît plus (nécessairement) comme un moyen de soulager la femme de la douleur de l'accouchement, mais beaucoup plus pour réussir la délivrance. Et comme révélé dans le deuxième chapitre du présent travail de recherche, la réussite de l'accouchement est un enjeu aussi bien pour la parturiente que pour les agents de santé. Les femmes qui présentent des signes de « faiblesse psychologique » lors des consultations prénatales et des autres étapes de l'accouchement sont alors beaucoup plus prises en compte par la « prise en charge psychologique».

En général, les échanges portent sur l'état d'esprit de la patiente. « *C'est une occasion sensible* » ont avoué plus de la moitié des Sages-femmes approchées. Elles attestent que certaines patientes ne présentent pas l'humeur nécessaire pour cet échange. Aussi, les sages-femmes racontent que parfois les patientes sont stressées et l'entretien peut renforcer la peur et les déstabiliser psychologiquement.

Les mots, les concepts, les exemples, les proverbes et anecdotes sont donc choisis à dessein pour réussir cette opération. Diverses démarches et pratiques caractérisent le mode de prise en charge « *psychologique » de la douleur*. Les tableaux 10, 11, et 12 en font cas.

*Tableau X: Actes expressifs de la douleur chez les parturientes*

| Catégories | Attitudes expressifs de la douleur chez les patientes |
|---|---|
| L'expression d'une souffrance pour témoigner de l'évidence de la douleur | Les cris, les pleurs, les plaintes, les supplications aux sages-femmes, les grincements de dents, les hurlements, l'angoisse, les prières, les larmes, les tortillements, les claquements de doigt et mouvements de pied, le renversement des bassines (bassin de lit), l'enroulement par terre, mou des membres, le fait de chanter, les gémissements, les agitations, le fait de s'arracher les cheveux, les grimaces, les balancements des mains. |
| L'expression d'une colère pour témoigner de l'évidence de la douleur | Les injures, les insultes, les griffes données aux époux accusés d'être à la base de ces douleurs, l'appel des noms de parents proches, des agents de santé, de l'époux et de DIEU, les agrippements aux objets ou personnes, |
| L'expression d'une indifférence pour témoigner de l'évidence de la douleur | L'immobilité, le mutisme, le silence, l'isolement |

Source : Données de terrain

Le tableau 11 met en évidence une diversité dans la manifestation de la douleur chez les patientes. Les femmes rencontrées dans les salles d'accouchement, dans les couloirs des formations sanitaires et même dans les domiciles respectifs n'expriment pas la douleur de la même manière. Trois catégories de réaction sont identifiées.

Dans un premier temps, figurent les réactions expressives d'une souffrance. Dans ces cas, la femme partage avec l'entourage immédiat y compris

ceux du milieu médical, le sentiment qui l'anime. Elle extériorise un état d'âme qui interpelle la tristesse et la compassion. Ces cas sont les plus fréquents et particulièrement développés chez les femmes en situation de primo geste. Une femme approchée au centre de santé de l'arrondissement de *Tɔri kada* se confie en ces termes : «*à la première grossesse, j'ai beaucoup souffert, j'ai crié et beaucoup même. Les amis et parents m'ont raconté ce que je disais. Mais après cette expérience, plus jamais je ne crie. Cela surprend tout le monde* ».

Et pourtant, dans nombre de cas, le gémissement et les plaintes de la femme enceinte ne traduisent pas systématiquement une compassion chez les agents de santé. Le descriptif suivant est l'extrait d'une observation prolongée dans l'une des formations sanitaires de la commune de *Wida*

*Tableau XI: diversité dans la manifestation de la douleur chez les patientes*

| *Attitudes de la parturiente* | *Réaction de la Sage-femme* |
|---|---|
| ***Sage, au secours !*** | *Silence* |
| ***Je n'en peux plus, Ah AhAhAh, pitié*** | *Silence* |
| ***N'y a-t-il personne ici, faites quelque chose*** | *Dame, tu vas te calmer* |
| ***Oh ! c'est quoi, je souffre, ah je souffre, maman appelle les*** | *Il n'y a personne à appeler et tes cris sont de trop* |
| ***Ah AhAhAh ; hé, hé, hé, hé, DIEU, DIEU*** | *Silence (puis un contrôle par toucher vaginale)* |
| ***hé héhéhéhé, Sage, Sage, c'est trop de souffrance*** | *oui ne savais-tu pas cela ?* |

La forme prise par cette communication entre l'agent de santé et la patiente fait parfois l'objet de procès aussi bien chez la patiente, chez les accompagnateurs de parturiente qu'au niveau des agents de santé. Les deux premières catégories d'acteurs traduisent le comportement de l'agent de santé comme l'expression d'une indifférence ou encore d'une incapacité dans l'exercice du métier. Les conflits interpersonnels et la détérioration des liens entre patients ou accompagnateurs et agents de santé sont donc parfois la conséquence d'une lecture différentiée du comportement à tenir face aux

supplications de la patiente. La scène ci-dessus rapportée a d'ailleurs servi de point de départ à un entretien individuel avec la Sage-femme d'une part et d'autre part, la sœur de la patiente qui se trouve dans le rôle d'accompagnateur. Pour l'agent de santé, l'évidence de la douleur est normale. C'est aussi l'avis de l'accompagnatrice. Mais ces opinions divergent au sujet de la normalité des cris et plaintes. La Sage-femme affirme à cet effet : « *elle n'est pas la seule parturiente en dilatation avancée dans la salle d'accouchement* ». Elle ajoute, « *les autres femmes, n'ont- elles pas besoin de moi* ». De l'avis de l'agent de santé, l'expression de la douleur n'implique systématiquement une assistance (même si elle reconnait l'importance du soutien moral en faveur de la parturiente) : « *c'est comme ça, c'est normal qu'elle sente de la douleur* ». Par contre, l'accompagnatrice, abordée sur les mêmes aspects présente un avis relativement différent. Pour cette dernière, les supplications et « l'intensité des cris » traduisent un dysfonctionnement auquel il faut apporter une réponse (entre autres) médicale.

*Tableau XII: centres d'intérêt des échanges relatifs à la prise en charge « psychologique »*

| |
|---|
| Acceptation du statut de femme enceinte et de l'enfant porté |
| Prise d'engagement en faveur d'un accouchement réussi |
| Prise de conscience de l'importance de la grossesse et de l'accouchement |
| Mise en valeur du statut de mère |
| Engagement en faveur des défis relatifs à l'accouchement au plan communautaire |
| Responsabilité de la religion dans l'émergence de la douleur de l'accouchement |
| Importance de la douleur dans l'accomplissement des responsabilités à grande portée |
| Rassurance quant-à l'efficacité des pratiques obstétricales |
| Estime de soi |
| Encouragement des efforts de la patiente |
| Propos relatifs au nouveau-né et la joie de le porter |
| L'évitement de la peur au profit du courage et de la sérénité |
| Fredonnement de chanson |
| Usage de blagues, taquineries et des anecdotes |
| Echanges de propos relatifs aux histoires d'amour |
| Mise en place d'un environnement social développant un sentiment affectif en direction de la patiente |
| Discours portant des digressions (blagues, histoires drôles…) |
| Injures, moqueries et rappels à l'ordre en direction de la femme enceinte |
| Mise en garde et menace de référencement |

Source : Données de terrain

Les observations directes dans les salles d'accouchement, révèlent que le point d'ancrage des échanges et actes obstétricaux dans la salle d'accouchement sont surtout au rythme de la gestion de la douleur de l'accouchement. La prise en charge « *psychologique* » intègre donc aussi bien des mécanismes "durs" que des mécanismes "doux". Les mécanismes "doux" portent sur des procédés destinés à renforcer le moral de la patiente. De même, les propos et gestes présentent une certaine tendresse, une douceur. Mais la salle de l'accouchement est aussi le lieu de "spectacle". Les échanges avec la parturiente s'ouvre à des scènes de comédie, de taquinerie et donc d'une ambiance sociale assez décontractée. La plupart des femmes enceintes ont reconnu une expertise de certaines Sages-femmes dans la décrispation de l'ambiance. Elles admettent aussi l'importance de l'ambiance dans l'expérience de la douleur de l'accouchement. Une femme confiait que les échanges portant sur sa vie sexuelle ont fini par produire en elle un sourire et une « *domination sur la douleur intense* ». La salle d'accouchement présente l'image d'un lieu sans tabou. La vie intime de la parturiente, les éventuels conflits conjugaux ou familiaux dont elle fait l'objet, les antécédents avec le milieu professionnel ou communautaire sont autant de centres d'intérêt abordés. Ainsi, suivant le contexte, les comportements développées par la sage-femme renvoient à de l'empathie, la compassion, l'indifférence, la colère…

Il s'agit alors de beaucoup de paramètres d'ordre sociologique et psychologique. Dans une certaine mesure, il est préférable de poser l'idée d'une approche psychosociologique que de postuler une perspective exclusivement psychologique. Lorsque les agents de santé et les patientes évoquent l'idée de l'état d'âme ou encore l'état d'esprit, ils s'occupent évidemment de la patiente dans son individualité. Mais lorsqu'il s'agit d'interroger les procédés utilisés, s'observe le recours aux valeurs éducatives, la mise en valeur des référents religieux, et la pression sociale sur la patiente. Or, ces considérations relèvent plus du sociologique ou du moins d'un conditionnement social de l'expérience de la douleur chez la femme enceinte. Les expériences passées, la spécificité du contexte, les enjeux fixés et la nature des interactions sont aussi déterminants dans l'analyse de la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte. On est

donc en présence d'une construction de l'expérience de la douleur sur la base d'un ensemble de paramètres sociaux.

## 4.3. L'offre de service face à une imbrication des savoirs

L'étude de la prise en charge médicale de la douleur relative à la grossesse offre l'occasion de renseigner sur les sources et les types de savoirs mis à profit par les agents de santé. En général, la formation académique et les formations professionnelles notamment les séances de renforcement de capacité sont citées comme moyen d'accès aux savoirs qu'utilisent les agents de santé. En dehors de ces niveaux, les expériences acquises lors de la pratique du métier sont aussi évoquées comme lieu de production et d'accès aux savoirs. En conséquence, le savoir-faire de la Sage-femme est souvent admis comme la manifestation des savoirs biomédicaux. Et pourtant, dans le domaine des soins obstétricaux, l'expérience professionnelle n'est pas tout à fait le prolongement ou la reproduction des connaissances techniques acquises dans les écoles de formation des sages-femmes. Il devient alors important d'analyser les sources et la nature des savoirs qu'utilisent les sages-femmes.

### 4.3.1. Entre prolongement et rupture dans les savoirs académiques !

Le Bénin dispose d'un Institut de National Médico Social (INMeS) pour la formation des sages-femmes. Cet institut déjà mis sur le marché de l'emploi plus de quarante deux promotions de Sages-femmes intervenant aussi bien dans le secteur public que celui privé. Ces Sages-femmes ont contribué à inverser les tendances en matière de prise en charge médicale de la grossesse. En effet, le Bénin a connu une amélioration progressive des effectifs en matière de sages-femmes au niveau des formations sanitaires notamment dans les formations sanitaires de la périphérie. Ceci a contribué, dans une certaine mesure, à la réduction des taux d'accouchement "à domicile" au profit d'accouchement assisté par un personnel médical qualifié. Ainsi, l'accessibilité et la jouissance de l'offre de santé en soins obstétricaux a connu de profondes améliorations qui portent, entre autres, les empreintes de l'INMeS.

Cependant, le management administratif de l'INMeS, le contenu des offres de formation et l'articulation de la théorie et de la pratique constituent les principales difficultés connues par l'institut. Après la promotion de 2008, l'Etat béninois a dû suspendre les activités de l'institut pour engager de nouvelles réformes structurelles aussi bien sur le plan administratif qu'au niveau académique. Il fallait attendre deux ans plus tard pour connaître une reprise des activités au niveau de l'INMèS. Cette situation témoigne déjà d'une prise de conscience au niveau des autorités béninoises relatives aux contreperformances de cet institut.

Les sages-femmes, en service dans les formations sanitaires retenues pour la présente recherche, ont suivi deux types de formation. La première est la formation académique. Elle a eu lieu à l'INMèS. L'ancienneté de ces agents de santé varie entre cinq ans et plus de vingt cinq ans, en fonction de celle-ci, on note une certaine disparité entre les sages-femmes. Ces disparités dans l'ancienneté et donc dans les promotions n'établissent pas seulement une différence du point de vue de la hiérarchie. Elles renseignent aussi sur un écart dans les prestations et l'appréciation mutuelle des compétences au sein du personnel Sage-femme. Sur l'ensemble des sites de recherche, le constat suivant est identique : un conflit de génération dans la prise en charge sanitaire de la douleur chez la femme enceinte. Les sages-femmes qui ont une ancienneté supérieure à quinze ans remettent généralement en cause le savoir-faire de celles qui sont sorties de l'INMeS bien après elles. Les griefs mettent en relief la conscience professionnelle, la lucidité et promptitude face à certaines complications et l'humeur dans l'exercice de la profession. Dans le lot des critiques, sont abordées, l'incapacité à entretenir un climat socio affectif favorable à l'expérience de la douleur chez la femme enceinte et l'incapacité à réaliser une écoute active pour mieux déceler les causes de complication chez la patiente. La critique la plus évoquée concerne l'incapacité à gérer les incertitudes au sujet de la douleur, c'est-à-dire l'évidence ou non d'une douleur normale chez la femme enceinte. Chez les sages-femmes les moins anciennes dans l'exercice du métier, les discours renseignent sur un déficit dans la collaboration avec les aînées, la faible tendance à l'actualisation des

connaissances et la forte hiérarchisation dans les relations interpersonnelles chez ces dernières. En dehors de ces aspects, il y a la fréquence des conflits de rôle. Toutefois, ces considérations n'empêchent pas la co-présence régulière et la réciprocité (dans biens de cas) dans le partage de connaissance et la prise en charge sanitaire de la femme enceinte.

Pour les sages-femmes, le protocole est une référence pour situer les conduites à tenir ou les principes de fonctionnement. L'ensemble des cas de figure n'est jamais suffisamment pris en compte dans la conception du protocole. De même, le contenu de la formation (aussi bien théorique que pratique) n'intègre pas toutes les éventualités qui peuvent se révéler lors de l'expérience professionnelle. Ainsi, en dehors des connaissances acquises, il faut intégrer (à son propre risque) l'importance des expériences dans l'amélioration des performances. En dehors de l'expérience, la « *culture générale* » acquise avec les recherches personnelles constitue une référence majeure dans la définition des compétences. Une responsable des Sages-femmes approchées à l'hôpital de zone de *Ouidah* évoque l'idée d'un renforcement des compétences « *sur le tas* ». Cette observation ne remet toutefois pas en cause la crédibilité et l'"efficacité " du "savoir-faire" de la Sage-femme formée dans les écoles de formation. Elle met, plutôt, en exergue la nature spécifique de l'objet de connaissance, c'est-à-dire la "douleur relative à la grossesse". L'objectivation (absolue) de cette dernière ne saurait être systématique en toute circonstance. Et il ne pouvait pas en être autrement lorsqu'on reconnaît la relativité du rapport à la douleur de l'accouchement. A titre illustratif, il est posé, dans le cadre des enquêtes par questionnaire à certaines sages-femmes et Aides-soignantes la question suivante : « *comment reconnaissez-vous qu'une femme sent la douleur de l'accouchement ?*». Les réponses les plus fréquentes sont les suivantes : « *une femme sent de la douleur quand elle crie », « une femme sent la douleur quand elle commence par faire des gestes de souffrance » ; « la douleur, se manifeste par des gestes, des plaintes » ; « on reconnaît la douleur par le visage même de la femme* ». Dans ces réponses, l'imprécision est dominante. Et certaines Sages-femmes ajoutent « *on ne peut pas savoir. Chaque femme a sa manière » ; « certaines femmes sont courageuses. Elles se calment et supportent bien* ».

Mais lorsqu'il s'agit d'interroger la conduite à tenir pour éviter des complications liées à la douleur "non exprimée" ou "sur exprimée", les réponses sont aussi divergentes. Au nombre des réponses enregistrées, figurent celles – ci « *ça dépend !il faut bien parler avec la femme » ; « il faut expliquer à la femme et à ses parents l'importance des questions qu'on lui pose. Elle doit informer sur ce qu'elle ressent et comment cela lui arrive. Il y va de ses intérêts ».* Chez d'autres sages-femmes et Aides-soignantes, il est bien possible de saisir l'ampleur de la douleur en marge de la communication entretenue par la parturiente : «*il suffit d'évaluer la situation au niveau des contractions ».*

Au regard de toutes ces observations, il existe une diversité de rationalité dans la gestion de la douleur chez les femmes enceintes. Et puisque les rationalités sont divergentes et ne sont pas systématisables, les savoirs qui s'en occupent s'inscrivent aussi dans les mêmes perspectives. Les connaissances théoriques (et pratiques) n'apparaissent plus comme données figées qui servent à l'explication des différents cas de douleur ou conduites relatives à la douleur.

Il ne s'agit pas d'envisager une rupture entre le contenu des connaissances acquises lors de la formation et la réalité de "terrain" en matière de prise en charge sanitaire de la douleur de l'accouchement. Il s'agit plutôt d'admettre un prolongement de ces connaissances sur la base des paramètres nouveaux qu'offre l'expérience professionnelle. Chaque expérience d'accouchement constitue une occasion de renouvellement des savoirs sans pour autant donner lieu à une remise en cause des connaissances antérieures.

Mais en dehors de cette réduction de l'anxiété, cette participation de la femme au processus de l'accouchement renforce l'efficacité de l'activité obstétricale. Au-delà des questions relatives à l'équité, la nature même de la douleur de l'accouchement et son ancrage dans la conscience (individuelle et collective) au niveau des patientes interpelle une action médicale centrée sur elles.

En dehors de ces aspects, certaines directives académiques comme la tracée des partographes ne sont pas toujours respectées chez l'ensemble des sages-femmes. S'il est vrai qu'elles reconnaissent l'importance de la tracée des partographes en matière de surveillance obstétricale, il n'en demeure pas moins

qu'elles affirment n'avoir pas toujours le temps de s'y conformer. Deux raisons majeures sont pour cela évoquées. La première concerne l'insuffisance d'effectif au niveau du personnel de santé. Le département de l'Atlantique présente une proportion estimée à 1,9 Sages-femmes pour 10.000 habitants contre 25 pour 10.000 habitants suivant les normes de l'OMS (MS 2011). La deuxième concerne le retard accusé chez la patiente pour venir dans la formation sanitaire.

### 4.3.2. Quand la salle d'accouchement devient le lieu des intrigues !

Je posais une question "controversant" à quelques-unes des Sages-femmes: «Ne *pensez-vous pas parfois que des douleurs chez certaines femmes enceintes sont inexplicables ? ».* La question paraît "osée" aux yeux de plusieurs Sages-femmes. Et les réponses ne sont jamais systématiques. Plus des 2/3 des sages-femmes ont d'abord tenté d'éviter de donner une réponse avant de s'y engager. Dans le rang des 1/3 restantes, la question suscite une "gêne", une "indifférence" et est parfois jugée "impertinente". Curieusement, au sein de cette même catégorie, certaines sages-femmes, après avoir affirmé n'avoir pas du tout compris la question, ont pourtant apporté des réponses significatives sans que je ne la reformule. Le tableau 13 rapporte les premières réponses recueillies.

Tableau XIII: Quelques réponses apportées à une question "controversant"

| **Questions posées** | **Premières réponses obtenues chez les Sages-femmes** |
|---|---|
| **« Ne *pensez-vous pas parfois que des douleurs chez certaines femmes enceintes sont inexplicables ? »*** | Silence |
| | « *la douleur est normale. La femme ne peut pas accoucher sans douleur »* |
| | *« le métier de la Sage-femme n'est pas comme les autres. Ce n'est pas tout ce que vous espérez que vous voyez. on fait avec »* |
| | «*je ne sais pas ce que vous voulez comprendre. On a déjà tout dit et je crois que ça vous suffit déjà »* |
| | « *ça arrive à tout le monde de ne pas comprendre ce qui lui arrive. Mais avec un peu de tact, on diagnostique la cause »* |
| | « *qu'est-ce que vous cherchez (silence) on est en Afrique surtout dans cette zone là »* |
| | Gêne (dans le visage) |
| | « *tout a une explication. Je ne veux pas entrer dans ces détails »* |
| | Sourire |
| | « *il faut poser cette question aux femmes elles-mêmes ou à leurs maris. Nous ne faisons que de notre mieux pour calmer »* |
| | « *comment inexplicable ? Il y a toujours des raisons. Mais bon ! Chacun a sa religion, ses pratiques. On est en Afrique et les gens ne veulent pas laisser leur tradition* |
| | « *Chacun sait comment il gère sa vie. (sourire). Je vois ce que vous cherchez mais on ne peut pas tout dire ici.* |

Source : Données de terrain

Cette tendance à contourner la question, à l'éviter et même à exprimer une surprise renforce ma curiosité. Dans la plupart des cas, mon silence a suffi pour que les informateurs aillent au-delà des premières réponses apportées.

Trois procédés sont empruntés par l'ensemble des répondants à la question. Pour ce qui est du premier procédé, les informateurs ont raconté des expériences vécues par elles-mêmes. Le discours produit a donc servi de point de départ des échanges sur la question posée. En ce qui concerne le deuxième procédé, il s'est agi de sortir des dossiers médicaux qui renseignent sur la question posée. Par contre, certaines sages-femmesont directement répondu à la question posée. Le résultat des croisements effectués au niveau des différentes réponses et faits rapportés se résume dans une phrase prononcée par un sage abordé lors

des enquêtes préliminaires : « *tout n'est pas naturel quand on parle d'accouchement dans notre pays* ».

En effet, la construction du sens de la douleur de l'accouchement renseigne, dans une certaine mesure, sur les mystères associés à la femme enceinte. La notion de mystères est empruntée aux agents de santé. Elle s'inscrit dans une perspective religieuse (Akoun & Ansart 1999). Pour les agents de santé, l'histoire de chaque accouchement offre l'occasion de découvrir le monde dans ses aspects symboliques et parfois mystiques. Comme c'est le cas dans les discours de certaines sages-femmesde la Commune de *Tɔri,* les agents de santé estiment que le milieu rural est un « *terrain compliqué* » pour l'agent de santé. L'intervention obstétricale n'est pas toujours spécifiquement orientée vers la patiente. En dehors de cette dernière, d'autres composantes de la vie sociale interfèrent dans le processus de l'accouchement. Les agents de santé n'hésitent pas à admettre la présence d' « *esprits maléfiques* » dans les environs de la femme enceinte.

Derrière l'un des centres de santé d'arrondissement à *Tɔri,* se situe selon la Sage-femme du centre de santé, « le lieu de rencontre des sorciers ». Selon les propos de l'agent de santé, les complications d'accouchement, l'intensification de la douleur chez la femme enceinte et les éventuelles erreurs médicales peuvent s'expliquer par la présence de ces « *sorciers* » dans les environs des lieux de l'accouchement. La souffrance de la femme enceinte apparaît comme la conjugaison de facteurs biologique, psychologique mais aussi de facteurs d'ordre mystique. Ces discours n'échappent à aucune des maternités étudiées. Et même les patientes en sont conscientes.

La prise de conscience de l'interférence de la religion, du surnaturel et des pratiques socioculturelles dans l'expérience de la douleur de l'accouchement permet d'analyser l'interférence des savoirs non biomédicaux dans la prise en charge sanitaire de la douleur de l'accouchement. Olivier de Sardan (2001) met en évidence un réseau conceptuel adéquat à l'analyse de l'interférence de savoirs dans la pratique du métier de Sage-femme. Il s'agit de la « culture professionnelle locale » (CPL) et la « culture bureaucratique professionnelle » (CBP). Convaincus du flou autour des causes de la douleur chez la femme enceinte, les agents de santé n'hésitent pas à faire référence à d'autres types de savoir. Ainsi, la « Culture Professionnelle Locale » me paraît plus pertinente pour comprendre la réalité de la pratique obstétricale. La flexibilité du protocole obstétrical, le non respect (strict) de ce protocole, le recours à des pratiques non recommandées ne sont

que la matérialisation d'une adaptation des savoirs académiques aux contraintes de terrain. L'auteur met en relief les contraintes contextuelles, matérielles et financières. Ces contraintes influent largement sur les savoirs acquis en milieux académiques qu'on pourrait ranger sous le vocable « Culture Bureaucratique Professionnelle ». Mais dans la réalité, la « Culture Professionnelle Bureaucratique » est enchâssée (comme l'affirme Olivier de Sardan) dans la «Culture Professionnelle Locale». C'est bien ce que Sehouto (1996) désigne par « *savoirs localisés*» dans le cadre des savoirs agricoles chez les paysans au sud et au nord ouest du Bénin. Selon l'auteur, le savoir acquis n'est pas toujours identique à celui mis à profit dans la réalité. Le premier niveau de savoir (celui académique dans le cas des Sages-femmes), est mis à l'épreuve des contraintes structurelles et des convenances sociales propres au contexte. La connaissance du contexte, de l'héritage culturel et les réponses locales deviennent donc un champ de connaissance à comprendre pour une meilleure articulation de l'offre de service en soins obstétricaux.

# TROISIEME PARTIE : DE NOUVEAUX REPERES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

## CHAPITRE V : LES REPONSES DE L'OBSTETRIQUE TRADITIONNELLE

### 5.1. : Les repères sociaux!

#### 5.1.1. La socialisation : un cadre théorique pour une approche communautaire dans les soins obstétricaux

L'une des positions théoriques de la présente recherche est l'affirmation d'un ancrage social et même sociologique de la douleur chez la femme enceinte. L'intention n'est pas de récuser d'une dimension biologique de la douleur liée au statut de femme enceinte. Elle n'est pas non plus de rejeter une part du psychologique dans le rapport à la douleur. Mais, il s'agit plutôt de soutenir le point de vue selon lequel ces deux aspects (auquel on ajouterait d'autres comme la part du philosophique) sont des niveaux d'articulation ou de matérialisation de la douleur chez la femme enceinte. Le rapport à la douleur relève fondamentalement du socio-anthropologique. Lorsqu'une femme enceinte affirme : « *je sens une crampe qui me fait très mal »,* elle parle d'une douleur qui se matérialise dans son corps. Lorsqu'elle ajoute « *je souffre »,* elle rend compte de la matérialisation de cette sensation douloureuse dans son âme, dans sa conscience, dans son mental et donc dans son psychisme. Mais ces deux niveaux ne sont que des espaces sur lesquels se projettent un idéal humain, une représentation sociale des faits et une manière spécifique d'être.

Les sociétés humaines se distinguent (entre autres) par les manières dont elles se représentent leur corps et les usages qu'elles font de leur corps (Le Breton 1995). Elles se distinguent aussi de la manière dont elles vivent les

sévices dont fait l'objet leur corps. De la même manière, les individus ne développent pas les mêmes réflexes et attitudes face à leur corps selon qu'ils soient femmes ou hommes, jeunes ou vieux ; et à l'intérieur de ces mêmes catégories sociales, les disparités sont évidentes. Ces différentes observations sur le corps sont largement développées dans les travaux en anthropologie physique notamment chez Mauss (1950). Dans le rituel du *Kamu* ***(***voir les travaux effectués sur la question par Sehouéto 1996, Bamisso 2008, Yorou 2013) au Bénin, les usages sociaux du corps établissent une valeur éducative de la douleur corporelle. Sur un autre plan, Charlesworth (2004) a rendu compte de la valorisation de la douleur des blessures chez les athlètes.

Ainsi, la perspective d'une socialisation du corps n'est plus à négliger dans le cadre théorique et méthodologique de la douleur chez la femme enceinte. Il faut y retrouver des matériaux pour des réflexions sur l'enculturation du corps de la femme en général et de la femme enceinte en particulier. A cet effet, le modèle biopsychosociologique et celui environnemental constituent des alternatives productives. La valeur théorique de ces modèles renvoie au prolongement social du corps humain. En effet, le corps physique n'échappe pas à l'influence non seulement de l'environnement physique (qualité de l'eau, l'air…) mais aussi celui social (culture, représentations sociales, réseau social, la vie communautaire, le statut social, la composition sociodémographique, la situation économique générale, le contexte politique…). Il existe donc des circonstances et facteurs extérieurs au corps humain dont il faut tenir compte pour analyser ce dont fait l'objet le corps de la femme (Lacourse 2002).

A l'évidence, les SONU communautaires constituent une composante de la santé publique en ce qui concerne la prise en charge sanitaire de l'accouchement qui pourraient servir l'ouverture en direction des usagers des services des maternités. Les SONU communautaires renvoient à un ensemble de mesures que doit prendre la communauté pour empêcher la survenue de l'urgence obstétricale et/ou de l'urgence néonatale et aider à mieux la gérer lorsqu'elle est installée. La démarche des SONU communautaires est un partenariat communautaire qui présente trois objectifs :

- améliorer la performance des femmes, des membres des familles qui s'occupent de la femme enceinte et de l'enfant, des accoucheuses traditionnelles, des relais communautaires (développement de pratiques préventives, reconnaissance de réactions promptes face aux complications) ;
- améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé par une mobilisation de toute la communauté (organisation des transports, caisse de solidarité, adhésion aux mutuelles de santé, etc.) ;
- améliorer les relations entre les communautés et les services de santé.

L'ambition est de réduire deux grands retards qui contribuent à la survenue des décès maternels :

- retard dans la prise de décision de faire recourir à une formation sanitaire pour recevoir les soins adéquats ;
- retard dans le temps mis pour trouver un moyen de transport pour joindre la formation sanitaire une fois que la décision est prise de recourir à une formation sanitaire.

En dehors de ces deux catégories de retard, il faut ajouter la trilogie des retards considérés comme source de mortalité maternelle. Le premier cas de figure porte sur la prise de décision en milieu communautaire en vue du recours systématique aux services des formations sanitaires en cas de douleur. Généralement, il s'agit de complication de grossesse. Mais les clichés et autres formes de représentations sociales relatives à la douleur participent du recours tardif à l'offre de service sanitaire. Le deuxième niveau de retard s'inscrit dans le cadre du référencement de la patiente. L'insuffisance de communication sur les plaintes réelles de la parturiente (la communication silencieuse de la douleur par exemple) et d'autres raisons techniques ou cognitives font que, parfois, l'agent de santé assure la référence avec beaucoup de retard. C'est aussi le cas du troisième niveau notamment le référencement en direction de l'hôpital départemental ou vers l'Hômel.

Il en ressort que le retard est parfois entretenu par les manifestations du rapport à la douleur chez la patiente.

A l'instar de la situation à *Tɔri*, des acteurs de l'offre parallèle de soins notamment les tradi thérapeutes collaborent avec des agents de santé en matière de prise en charge de la femme enceinte. La collaboration présente une forme relativement organisée. Elle donne lieu à une mise en réseau des différentes catégories d'acteurs intervenant dans l'offre de service en soins de santé sur la base des savoirs locaux. Il s'agit notamment des *amawatɔ*, des *bocɔnɔ et des vodunnɔ.* La photo n°1 présente les pièces illustratives de cette situation

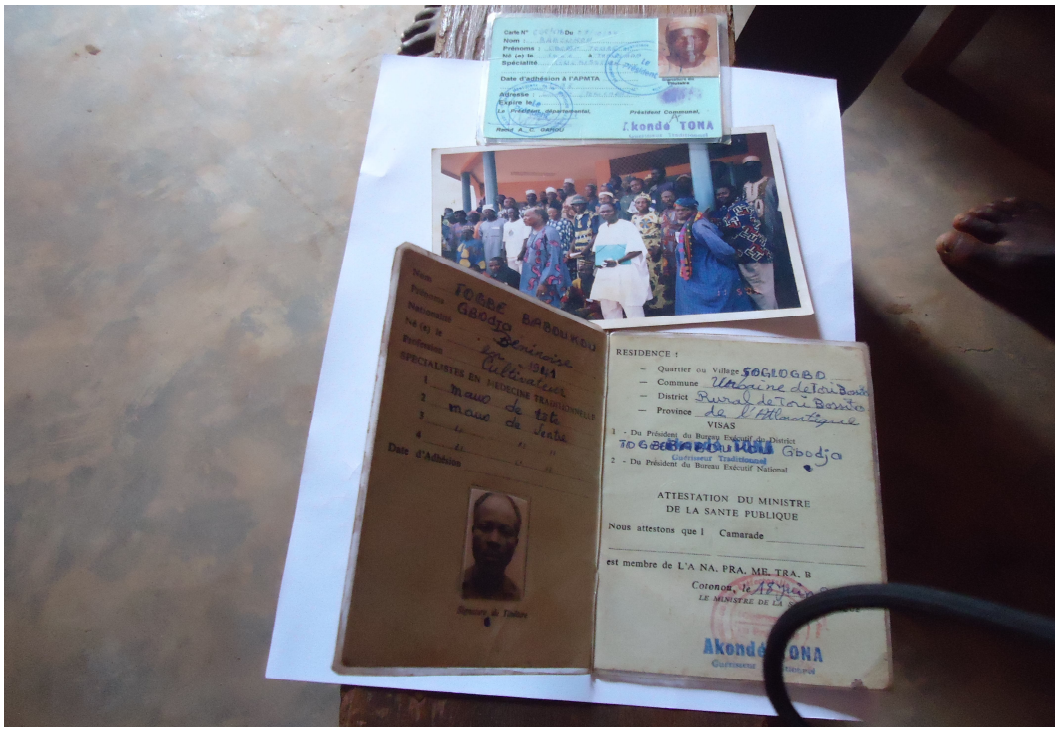



**Photo** : Pièces indiquant la collaboration entre tradi thérapeutes et acteurs du système sanitaire

Cliché : AGUIA-DAHO, 2013

La photo présente une juxtaposition de plusieurs pièces notamment une carte de membre, une photo de famille et un carnet de membre. Toutes ces pièces appartiennent à un informateur intervenant au titre de tradi thérapeute dans la Zone Sanitaire couverte par la présente recherche. La photo de famille concerne un ensemble de tradi thérapeute qui, comme lui, ont participé à une

formation sur les soins obstétricaux sous l'égide des responsables de la Zone Sanitaire et leurs Partenaires Techniques et Financiers. Les formations ont porté sur la prise en charge sanitaire des femmes enceintes, les facteurs qui entretiennent les complications de grossesse et les comportements à tenir pour garantir un accouchement sans risque chez la femme enceinte. Le premier concerne l'amélioration de l'accès aux services. Chez cet informateur comme chez le président de leur organisation, plusieurs documents relatifs à la gynécologie ont été dénombrés. Ces documents, produits dans la langue française (incomprise par l'informateur), présentent des figures illustratives que ces tradi thérapeutes sont parvenus à commenter. Et comme l'ont témoigné les agents de santé, la contribution des acteurs des soins parallèles passe par l'amélioration de leur connaissance du point de vue des pratiques en biomédecine.

A l'analyse, il se dégage trois niveaux d'articulation des SONU communautaires. Le premier niveau concerne le rôle d'avant-garde que jouent les acteurs de soins parallèles au profit du système sanitaire. Il s'agit de réduire la tendance à des soins communautaires en situation d'urgence obstétricale. Le réflexe recommandé est l'option de la fréquentation d'un centre de santé (en première intention) en cas de douleur et de dysfonctionnement rattachés à la grossesse chez les femmes enceintes. Dans ce rôle, les acteurs des soins parallèles découvrent les espaces d'expression d'un leadership au sein de la communauté d'appartenance et par la même occasion, une reconnaissance officielle de leur rôle dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Le deuxième niveau de la collaboration consiste à prévenir des complications liées à une interférence des différents savoirs associés à la prise en charge de la grossesse. Les produits parallèles détenus par ces acteurs entretiennent parfois des réactions ayant les mêmes fonctions que les produits médicaux destinés au soulagement de la douleur chez la femme enceinte. Sous un autre rapport, certaines femmes en début de travail d'accouchement (surtout quand ce dernier se déclenche à domicile), avalent des potions destinées à accélérer l'ouverture du col de l'utérus. Ces prises de potion impactent donc l'évolution normale du travail d'accouchement et l'ampleur de la douleur chez la parturiente. Une

méconnaissance de ces pratiques par la Sage femme peut produire un surdosage d'antispasmodique ou d'utéro tonique. La maîtrise de l'interférence des savoirs justifie donc cette collaboration entretenue par les "SONU communautaires". De même, le processus d'éducation de la femme en général et de la femme enceinte en particulier intègre des rites et d'autres pratiques coutumières spécifiques à l'expérience de l'accouchement. En dehors de la femme enceinte, ses parents et son époux sont donc sollicités pour apporter des éclaircissements sur les résultats des diagnostics médicaux. Quant au troisième niveau d'articulation de la collaboration, les acteurs de soins parallèles sont appelés à mettre à contribution leurs compétences face aux limites de l'intervention médicale. Dans nombre de cas, les agents de santé, en l'absence de réponse, sollicitent les tradi thérapeutes pour une intervention (parfois) à l'intérieur même des formations sanitaires.

Les soins obstétricaux en général, et la prise en charge de la douleur portant sur la grossesse en particulier nécessitent une implication active des communautés. Au-delà d'être une question d'éthique (intégrer la patiente et son environnement social dans l'offre de soins qui lui est destinée), il s'agit aussi d'une garantie pour l'efficacité de l'intervention obstétricale. Cela permet d'intégrer les pratiques culturelles, éducatives et les offres parallèles de soins dans la formulation, l'accessibilité et la délivrance des soins en matière de douleur de l'accouchement. Seulement, les SONU communautaires présentent une implication passive et orientée (dans le sens du recours exclusif aux services des maternités) des populations. Et pourtant, les acteurs en charge du pilotage du système sanitaire béninois en ont conscience. Cette prise de conscience transparaît avec la mise en œuvre partir de 1991 d'une politique nationale pour les IEC. Conformément aux directives de cette politique, il est convenu que « …la concrétisation de la primauté de la médecine préventive sur la médecine curative ne peut se réaliser qu'avec la participation effective des populations. A cet effet, ces populations ont besoin d'être informées et éduquées. » (MSP 1991). Il se fait que les agents de santé en général et les Sages femmes en particulier ne mettent pas souvent en valeur la pratique régulière des séances d'IEC. Dans ces conditions, les femmes enceintes n'ont pas toujours la chance de s'exprimer (réellement) et de participer à la formulation de l'offre de service

dont elles font l'objet. Une telle situation fragilise la prise en compte du potentiel des connaissances et prédispositions notamment le contenu de l'éducation (à la douleur) chez la femme dans la prise en charge de sa douleur.

- **La douleur au cœur du projet éducatif de la femme !**

Dans le chapitre 4, les informations rapportées ont permis d'établir l'idée selon laquelle la douleur de l'accouchement n'est pas qu'une expérience individuelle. Elle inscrit aussi la femme dans les repères sociaux c'est-à-dire l'ensemble des principes qui se rapportent à l'éducation reçue ou aux expériences acquises. Il faut y retrouver alors les attentes sociales de la communauté d'appartenance ou les attentes qu'elle s'est construite. Les attentes sociales de la communauté d'appartenance constituent le contenu de l'idéal humain visé par les communautés. Cet idéal transparaît dans les valeurs éducatives enseignées à la femme dès l'enfance. Elle puise, dans cet idéal, les arguments qui justifient son indifférence ou non et les significations sociales relatives à la douleur de l'accouchement. C'est l'une des raisons qui ont permis à Van Olmen et al (2012) d'admettre qu'on ne saurait analyser les systèmes de santé en marge des valeurs et principes, des populations et du contexte. Ces paramètres offrent l'opportunité d'analyser les interactions entre les formations sanitaires et les composantes de l'environnement qui les abritent. Apprécier l'expérience de la douleur chez la femme enceinte et sa prise en charge, c'est donc interroger le contenu et la part d'influence des systèmes de valeurs dans la relation médicale. Dans les trois communes retenues pour l'étude, le discours sur la douleur n'est pas étranger à l'éducation reçue par les femmes enceintes.

L'orientation de l'éducation des femmes intègre l'idée de la douleur en général et celle de l'accouchement en particulier. Dans la commune de *Ouidah* et plus particulièrement dans les arrondissements ruraux, la femme est perçue comme un "être de sacrifice". C'est au prix du sacrifice que «la *femme apporte la joie dans son ménage, la paix et le bonheur » (*propos d'une nourrisse). A *Tɔri,* l'accouchement est conçu comme la preuve de l'engagement de la femme à produire la joie non seulement dans sa belle famille mais aussi dans la famille d'appartenance. Au lendemain d'un mariage, l'une des épreuves les plus

attendues est celle de la grossesse. Comme c'est le cas chez les populations de *Tɔri*, la grossesse est perçue comme une mission assignée à la femme par les « *mannes des ancêtres »*. Un Sage de la commune de *Kpomassè* racontait à cet effet « *ce que la femme porte (l'enfant) ne lui appartient pas. C'est un "colis" qui lui est confié. Ce que nous attendons d'elle, c'est qu'elle arrive à accomplir cette mission pour rendre honneur à ses parents et à elle-même).* Et au même informateur d'ajouter « *si elle nous déçoit, c'est un signe de faiblesse de sa part »*. La délivrance devient donc un défi à relever à tout prix.

En général, contrairement aux hommes, les femmes font très peu l'objet d'une éducation portant sur les épreuves douloureuses. Par contre, la douleur de l'accouchement bénéficie d'une attention particulière. 80 % des nourrisses approchées dans la commune de *Ouidah* racontent que dans d'autres circonstances, elles ne choisiront pas une douleur équivalant à celle de l'accouchement. A *Tɔri,* la tendance est plus élevée soit plus de 95 % des nourrisses. Chez les nourrisses de la commune de *Kpomassè*, le même avis est porté par 92 % des nourrisses. Les nourrisses qui sont d'avis contraire sont généralement celles qui ont connu des complications lors du travail d'accouchement. Elles n'ont donc pas fait l'expérience d'une douleur normale mais plutôt d'une douleur « *provoquée »* ou liées à des dystocies.

Pour une analyse beaucoup plus expressive de la réalité, il est donc important de différencier le discours sur la douleur de celui portant sur la grossesse ou l'accouchement avant de croiser les deux. Pour y arriver, l'une des démarches consistait à demander aux femmes de citer les faits et expériences les plus douloureuses de leur vie puis de les hiérarchiser. Au nombre des faits évoqués figurent des blessures, les réajustements manuels de fractures (de mains ou de pied), les scarifications. De mêmes sont évoqués les maladies produisant des douleurs relativement identiques à celle de l'accouchement par exemple. Il s'agit des maux de ventre et de "bas ventre", des crampes (chez les personnes souffrant de la drépanocytose). Enfin, les nourrisses ont évoqué des douleurs liées aux interventions médicales comme la chirurgie, la piqûre. En ce qui concerne la hiérarchisation de ces situations douloureuses, les avis rapportés classent au niveau le plus élevé, la douleur de l'accouchement. Il est vrai que

certaines femmes ont classé en deuxième position la douleur de l'accouchement. Ensuite, il est demandé aux femmes de choisir trois douleurs auxquelles elles voudraient bien se soustraire dans leur expérience de vie. Seules, 15 % des nourrisses ont cité la douleur de l'accouchement. Celles qui l'ont cité l'ont classée toutes, en deuxième position. A priori, ces résultats rendent compte d'une "contradiction" dans les opinions des nourrisses. D'une part, les femmes présentent une faible tendance pour les expériences douloureuses dont la plus intense est la douleur de l'accouchement. D'autre part, elles se refusent de renoncer à la douleur de l'accouchement.

Sur un autre plan, les entretiens ont porté sur les facteurs qui pourraient être à la base d'un refus d'accouchement ou d'une réduction du taux de naissance. La question est abordée aussi bien avec les primo gestes qu'avec les nourrisses et multipares. Aucune femme n'a coché la case (de réponse) correspondant à la douleur de l'accouchement. A la suite des réponses obtenues, des entretiens de groupe sont organisés au sujet des tendances enregistrées. Les résultats de ces entretiens permettent de retenir trois observations significatives :

- **Quand la douleur entretient une valeur éducative !**

La valorisation de la douleur renseigne donc sur la personnalité et les valeurs éducatives. Les personnes qui supportent la douleur sont plus valorisées au sein de la société que celles qui la rejettent. Ici, l'attention est moins portée sur l'objet de la douleur que sur la douleur elle-même. En effet, le faible recours à la césarienne n'est pas toujours lié aux considérations d'ordre financière ou encore à la peur que suscite la chirurgie. Il faut aussi prendre en compte l'idée selon laquelle les femmes qui accouchent par voie césarisée n'ont pas connu l'expérience de la douleur de l'accouchement. L'important n'est pas le fait de donner naissance à l'enfant. Mais, comment et à quel prix ce résultat est obtenu. Ainsi, les femmes qui ont fait l'objet d'un accouchement par voie basse bénéficient de plus de crédit social que celles qui ont accouché par césarienne. Et comme l'admettait une femme enceinte lors des enquêtes préliminaires, *« cette douleur me permet de dire que je suis une brave femme pour mon mari. Elle me*

*permet aussi de montrer que j'ai rencontré la mort*[21] *et que je suis revenu à la vie pour donner naissance à mon enfant »*. Lors des entretiens informels, des femmes enceintes ont confié que la nature et l'ampleur du soin porté par une mère à son enfant, sont liées à la douleur dont elle a fait l'objet durant la période de la grossesse et de l'accouchement.

- **L'accouchement, l'évènement (social) qui valorise la douleur chez la femme enceinte.**

La seconde tendance qui renseigne sur une éducation à la douleur de l'accouchement porte sur l'accouchement lui-même. L'accouchement n'est pas une simple intervention destinée à donner naissance à un nouveau-né. Il entretient un ensemble de dynamiques sociales. Selon Garrigou (2009), il s'agit (véritablement) d'un « évènement ». Des dynamiques sociales de divers ordres sont au rendez-vous de l'accouchement. Au cœur des dynamiques sociales, figurent des enjeux qui mobilisent aussi bien les membres de la famille (et même les ancêtres) que le personnel sanitaire. Une gestante (à un mois du terme de sa grossesse) affirme : «accoucher, c'est comme *remporter un combat »*. C'est donc un défi que représente la naissance effective de l'enfant. Les membres des différentes familles, les parents proches, l'environnement médical et même les acteurs symboliques comme les ancêtres sont cités comme des acteurs engagés dans le processus de l'accouchement. A travers, la douleur, l'accouchement apparaît donc comme un rite de passage ou encore un rite d'intégration sociale. A ce titre, l'expérience de la douleur répond à une certaine normalité car justifie l'épreuve du rite. La femme y découvre de nouveaux référents de la vie et surtout celle d'une « mère ».

Mais autour de ce processus, gravitent (selon les discours des informateurs), des intérêts divergents. Le consensus n'est pas toujours évident sur le dénouement de la grossesse. Les intentions portant sur la mort (de l'enfant ou de la mère), les

[21] Il s'agit de propos métaphorique. Il existe une croyance populaire qui renseigne sur le fait qu'à l'étape de la délivrance, la femme connaît le niveau le plus intense de la douleur. Cette même croyance postule qu'à cette étape, la femme fait l'objet d'un passage du monde des vivants à celui des morts. Le décès maternel peut survenir pour traduire l'idée selon laquelle elle n'a pas pu revenir de son séjour du monde des morts. Par contre, si l'accouchement ne donne pas lieu à un décès maternel, il est dit qu'elle est parvenue à effectuer le retour, ce qui traduit, en elle, une bravoure.

déformations chez l'enfant, les complications dans le processus de travail d'accouchement sont récurrents autour des femmes enceintes.

Ce qui retient donc l'attention, c'est moins la douleur que l'objet de la douleur. La valorisation de la douleur est fonction de ce à quoi elle est associée. A ce titre, Foucart (2004) propose, une rupture transactionnelle. Cette rupture pourrait inverser l'image que l'on a de la douleur pour en faire une expérience productive. Dans l'échelle des valeurs, l'importance de la douleur n'est plus (en réalité) ce qui détermine le regard projeté sur la femme enceinte (ou le regard qu'elle porte sur elle-même). Si l'objet de la douleur change, les conceptions et donc l'attitude change. C'est pourquoi, les circonstances de la grossesse et l'acceptation ou non du futur statut de mère deviennent déterminantes dans l'expérience de la douleur de l'accouchement. A *Tɔri* comme à *Ouidah,* s'est développée une tradition selon laquelle les femmes qui rejettent leur mari, ou l'enfant qu'elles portent connaissent une douleur intense tout le long de la grossesse. C'est aussi le même discours qui est porté sur les femmes qui attribuent la paternité de l'enfant qu'elle porte à un homme. Ainsi, la valeur accordée à l'objet de la douleur est le paramètre essentiel dans l'analyse de l'expérience de la douleur. C'est dans cette perspective théorique que Dijkhuizen & Enenkel (2009), suggèrent le principe utilitariste dans l'analyse de la douleur. Ici, l'accent est mis sur la douleur au plan religieux. Lors des entretiens de recherche, les douleurs connues par Jésus Christ sur la croix, celle de Mahomet dans le désert et celle connu par des personnages symboliques dans les mythes de création sont utilisées comme des références du fait des "gains" associés à l'expérience de ces douleurs. L'enfantement constitue, dans une certaine mesure, un rite de passage qui permet à la jeune fille de changer de statut pour obtenir celle de "femme". Comme dans tout rite de passage, une "épreuve" (celle de la douleur par exemple) s'impose pour garantir la sélectivité et l'importance du rite.

### 5.1.2 : La douleur de la femme parturiente face à la sémiologie populaire de l'accouchement

La sémiologie constitue une porte d'entrée significative dans l'étude de la douleur de l'accouchement. Son importance réside particulièrement dans l'appréhension du symbolique et des propos imagés associés à la question de l'accouchement. En effet, il existe un registre sociolinguistique propre au milieu communautaire en ce qui concerne l'accouchement.

Ce qu'on peut appeler jargon ou encore le vocabulaire autour de la femme enceinte est particulièrement construit sur la base de tournure lexicale et de métaphore. Ces usages s'appuient sur des convenances sociales et des références cultuelles. Par exemple, à *Kpomassè,* l'idée selon laquelle l'enfant, même dans le ventre de sa mère, entend tout ce qui se dit dans les milieux que fréquente cette dernière est récurrente. Ce discours largement répandu tire sa source dans le mystère de la visitation[22].A *Ouidah,* l'information sur la grossesse est sensible et ne doit pas être révélée au public : « *on n'informe (par des propos) pas sur la grossesse, mais elle se constate* » confiait un Sage de la commune de *Ouidah*. Le fondement de cette observation renseigne (entre autres) sur l'existence des « *mauvaises langues »*. Il s'agit des personnes qui pourront prendre l'initiative de perturber l'évolution normale de la grossesse ou encore « *se servir de la grossesse pour faire du mal » (propos de Sage-femme)*. Cette information doit être gardée le temps de confier la grossesse et l'enfant aux entités spirituelles et de garantir leur bienveillance à l'égard de la femme enceinte. Et comme l'affirme Bartoli (2008 :205) « Selon la croyance des pays, les dieux, les ancêtres, quelque fois les esprits seront remerciés, car on pense que c'est grâce à leur action que l'accouchement s'est bien déroulé. Les offrandes et les sacrifices ont également pour fonction de préserver de bonnes relations avec ces êtres surnaturels pour qu'ils continuent de protéger l'enfant dans sa vie future ». Cette conception de monde qui entoure la femme enceinte traduit une tendance à la

[22]Les versets bibliques enseignent que Jésus a tressailli dans le ventre de sa mère à la suite de la salutation adressée par la mère du prophète Jean.

codification des discours et à l'utilisation des formules imagées dans les échanges avec la femme enceinte.

Le changement de registre n'est pas que lié aux menaces portant sur la femme enceinte et l'enfant. Il existe aussi d'autres considérations qui l'entretiennent. L'image d'un ventre portant un enfant est associée à celle d'une bouteille disposant d'un contenu. Le col de l'utérus fermé se rapporte à la bouteille fermée. Et l'ouverture du col de l'utérus (la condition pour un accouchement par voie basse) se compare à l'ouverture du bouchon de la bouteille pour l'accès au contenu. La délivrance de la femme enceinte est alors annoncée comme l'ouverture de la bouteille. A *Ouidah et à Tɔri,*l'expression la plus répandue est « *égba go* » qui littéralement veut dire « *elle a cassé la bouteille* ». Cette forme de désignation prouve que la naissance par césarienne n'est pas toujours intégrée comme une normalité dans le dénouement de la grossesse. La césarienne est donc (socialement) acceptée comme la preuve d'une complication de grossesse. Le contournement de la douleur à travers une naissance par voie césarisée ne bénéficie donc pas d'une caution sociale. Selon 81 % des nourrices et 73 % des femmes enceintes, le rejet de la douleur de l'accouchement est une désobéissance à Dieu. L'expérience de la douleur de l'accouchement est donc une preuve de fidélité à la volonté de Dieu. La référence est faite aux versets bibliques relatifs à la douleur de l'accouchement.

La sémiologie offre donc l'occasion d'étudier les relations entre les images, les signes et les perceptions que les acteurs sociaux ont des réalités désignées. Sene (2004) a étudié dans sa thèse de doctorat, les structures anthropologiques de l'imaginaire en Afrique noire traditionnelle. Son étude apporte une contribution significative pour l'analyse de l'oralité dans les sociétés africaines. Selon l'auteur, le « *langage de la tradition orale est rarement abstrait* » (Sene 2004 : p36). Comme c'est le cas par exemple de la "bouteille" chez la femme enceinte, l'expression utilisée est absente ou étrangère aux acteurs en communication (la femme ne porte pas de bouteille). Mais il ne s'agit pas d'une abstraction. La bouteille vide ou pleine n'est pas absente de l'environnement externe des acteurs. Vide, la bouteille ne mobilise pas le même soin que pleine. Ce qui importe dans une bouteille, ce n'est pas elle – même,

mais le contenu. A ***Tɔri,*** la métaphore de la calebasse est utilisée en lieu et place de la bouteille. L'image de la calebasse évoque la fragilité de la femme enceinte. Dans l'un ou dans l'autre cas, les propos imagés illustrent le sens de la délivrance (enfantement) chez les populations. Ces codifications du discours interpellent un effort de connotation et de dénotation dans l'oralité. Aussi bien la femme enceinte est protégée, il en est de même pour les propos à son égard. Le fait que cette codification (suivant les réalités coutumières) du discours échappe au personnel soignant, impacte la prise en charge médicale de la grossesse. Cet exercice de codification est pratiquement absent dans la culture professionnelle des Sages-femmes. Ainsi, en dehors du contenu du protocole obstétrical, le registre sociolinguistique constitue une autre variante qui marque la distance entre obstétrique des professionnels de la biomédecine et celle traditionnelle.

## 5.2 : Les repères traditionnels

### 5.2.1. Quand les normes sociales interfèrent dans la relation médicale !

Dans la commune de Ouidah**,** les histoires de vie des femmes enceintes révèlent un attachement des belles familles au respect des normes sociales qui "organisent" la vie dans le ménage. Dans la commune de *Tɔri***,** l'attachement est beaucoup plus envisagé dans le sens de la pratique des rituels définis par les us et coutumes de la famille de l'époux. A *Kpomassè*, les attentes sociales ont été beaucoup plus exprimées en termes de respect des principes coutumiers.

En effet, selon qu'elles soient enceintes ou non, les femmes ne portent pas les mêmes avis sur l'importance des pratiques coutumières et des interdits sociaux. En situation de grossesse, les interdits sociaux et normes sociales retiennent une attention particulière aussi bien chez les époux, qu'au niveau des parents proches. L'appartenance religieuse n'a pas véritablement impacté l'observance des interdits sociaux chez les femmes enceintes. Ce qui n'est pas le cas dans d'autres contextes comme celui des rites lors des funérailles et même les rituels associés à la naissance de l'enfant. L'adhésion aux us et coutumes de l'époux est donc plus remarquable chez les femmes enceintes. Le tableau 14 renseigne sur les différents interdits sociaux répertoriés chez les femmes enceintes et nourrices.

*Tableau XIV: Interdits sociaux chez les femmes enceintes*

| Formulations de l'interdit |
|---|
| **« 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 quadripèdes »** |
| **« 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 tabous dans le clan de son époux** |
| **« La femme ne doit pas se prostituer pendant sa période de grossesse »** |
| **« La femme enceinte ne doit pas commettre l'adultère »** |
| **« La femme 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 »** |
| **« L'homme dont la femme est enceinte ne doit pas coudre une calebasse fendillée (fermer une ouverture) »** |
| **« L'homme dont la femme est enceinte ne doit pas participer au transport d'un cadavre pour l'inhumation »** |
| **« L'homme dont la femme est enceinte ne doit pas porter sur la tête une jarre ou une meule (un poids) »** |

Source : Données de terrain

Les interdits sociaux sur la grossesse mettent en évidence un ordre symbolique. Chaque collectivité dispose d'une divinité qui constitue le point d'ancrage des interdits sociaux et mécanismes de régulation sociale. A *Kpomassè,* dans la plupart des villages et hameaux, la divinité principale figure à la devanture des concessions. Dans d'autres concessions, la divinité est représentée dans l'arrière-cour de l'une des chambres. Elle assure la protection des membres, des épouses des hommes de la collectivité et même des enfants que ces épouses portent dans leur grossesse. La protection de la femme enceinte s'inscrit dans une double perspective. Il s'agit d'une part de préserver l'enfant et sa mère de l'action des « *mauvaises langues* » et des

malédictions destinées à la descendance dont ils font partie. A titre d'exemple, dans la commune de *Ouidah,* une nourrisse a confié être la seule fille de sa mère qui soit parvenue à accoucher. Les maladies et les complications de grossesse ont provoqué des fausses couches. Elle atteste avoir été « confiée » à la « divinité mère » de la famille de son époux. Elle conçoit donc qu'elle doit l'enfantement à l'action de cette divinité. C'est dire que les maladies (notamment celles associées à la grossesse) portent les empreintes des représentations religieuses et symboliques (Kpatchavi 2011).

Les complications de grossesse, la récurrence et l'ampleur de la douleur chez la femme enceinte sont parfois admises comme une « *indifférence*» de la divinité protectrice à l'égard du couple en général et de la femme enceinte en particulier. Au nombre des explications données à ce sujet, figure la transgression d'un interdit par la femme enceinte ou son mari. Les belles – mères et les femmes ayant déjà accouchés accompagnent l'époux dans le processus de (re) socialisation de la gestante. Cette socialisation passe par l'internalisation des interdits et le culte au sacré. Les gestes de la femme enceinte, son alimentation, les propos prononcés autour d'elle ou venant d'elle sont autant de niveaux d'articulation des interdits. On est donc en présence d'institutions sociales qui régulent la grossesse chez la femme enceinte. Et, comme l'atteste Douglas (1999), ces considérations témoignent que l'évidence de la prévention suppose celle d'institutions sociales qui établissent les frontières (le permis et l'interdit) de l'action humaine en vue d'éviter des dangers.

Aux discours portant sur les "incompatibilités de sang " entre les partenaires, les informateurs notamment les dignitaires de culte traditionnel évoquent le principe d' « *incompatibilité sociale »* (expression utilisée par un chef de divinité à Ouidah). Les conflits ancestraux sont parfois sanctionnés par des malédictions sur les générations futures. Dans certains cas, la filiation entre les membres (ou descendants) de certaines collectivités sont interdites. Ainsi, les filiations entre des personnes de certaines communautés sont considérées comme une entorse à la volonté et aux prescriptions des ancêtres. Des témoignages rapportés par des informateurs à Ouidah attestent l'évidence d'intenses douleurs chez des femmes dont les filiations font l'objet d'une *incompatibilité sociale.* Dans d'autres circonstances, les discours portent sur la relation entre la femme enceinte et les divinités de la famille de son

époux. Le mariage entre l'homme et la femme, est considéré comme la preuve d'un pacte social entre la femme et la divinité protectrice de la famille de l'époux. De ce fait, la femme est appelée à rendre hommage à ces divinités. Un Sage de *Ouidah* raconte qu'elle devra témoigner de son engagement en répondant aux obligations de ménages : « *balayer avec une position spécifique, faire la toilette intime matinale avant de parler à qui que ce soit* ». Selon le même informateur, la colère des divinités protectrices se répand sur la femme qui n'accomplit pas ses devoirs. Et comme plusieurs autres informateurs, il soutient que la récurrence des naissances par césarienne est en corrélation avec la faible tendance des femmes à répondre aux devoirs conjugaux.

Ainsi, lorsqu'une femme se plaint de douleur intense tout le long de l'accouchement, les parents n'hésitent (parfois) pas à y noter une conséquence des actes posés : la prise d'un aliment totémique par exemple. La prise de la viande de l'animal totémique (le sien ou celui du père de l'enfant qu'elle porte) par une femme enceinte est parfois évoquée pour expliquer la souffrance qui accompagne la grossesse chez certaines femmes. C'est de la panthère qu'il s'agit chez les membres des collectivités "*Kpɔvi"*, du python chez ceux des collectivités "*Adjovi"*. Aussi, la prise de l'eau de pluie est interdite chez les membres des collectivités "*Alladahoin"*, la consommation du "*Tchao"* chez ceux des collectivités "Quenum", du légume "*Gnantoto"* chez les "*Hounnon*", l'utilisation de l'iroko et du "*hètin*" (à titre de bois de chauffage) chez les adeptes du*vodun*. En dehors des tabous et totems, certaines pratiques sociales sont reconnues comme sources de douleurs et de complication de grossesse chez les femmes enceintes.

En réponse à certaines pratiques coutumières, la douleur est conçue comme un fait qui peut être transmis en dehors de tout processus biologique. A *Tɔri*et beaucoup plus à *Ouidah*, les rituels effectués sur carrefour sont susceptibles de rendre douloureuse la grossesse des femmes. La femme enceinte devra donc éviter de fréquenter ces carrefours. De même, en plus des sorties nocturnes, elle devra éviter de serrer la main à d'autre femmes enceintes au risque de provoquer la transmission de la douleur d'une grossesse à une autre. Aussi, il est raconté que la femme qui s'assoit à la devanture d'une porte, rend le passage difficile aux passants et par la même occasion en fait de même pour l'accouchement de l'enfant qu'elle porte.

L'obstétrique traditionnelle explore donc ces différents paramètres sociaux et symboliques en faveur de la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte. La grossesse cesse d'être alors un phénomène exclusivement biologique. Elle s'inscrit dans un prolongement social qui accorde une place de choix au symbolique, au métaphysique et donc aux pratiques magico-religieuses. Toute prise en charge de l'accouchement qui occulte ces paramètres ne saurait donner une explication et une réponse (globale et socialement pertinente) à l'émergence des douleurs chez la femme enceinte et la gestion qu'elle fait de ces douleurs.

Dans ce sens, Mauss a déjà jeté les bases en posant l'idée du "fait social total". Il est important de concevoir l'expérience de la douleur de l'accouchement à sa suite. Cette option permet d'aller au-delà des savoirs biomédicaux. Mais en tant que fait social total, le rapport à la douleur de l'accouchement porte aussi sur les manifestations de l'univers global, celui des hommes y compris son prolongement avec celui des dieux. Au Sénégal, on postule que « si une femme enceinte voit un caméléon, à la naissance, son enfant, va beaucoup maigrir. Ou encore, c'est parce que sa mère a mangé du phacochère pendant sa grossesse». (Lestrange & Passotguevara 1981 : 24). L'ordre symbolique occupe donc une place de choix du point de vue de l'étiologie.

### 5.2.2. L'obstétrique traditionnelle, une alternative à la prise en charge de la douleur ?

Le développement précédent, montre déjà que les savoirs biomédicaux et l'obstétrique dite moderne[23] ne peuvent pas apporter (de façon exclusive), la réponse à la douleur de l'accouchement. Il est aussi démontré l'ancrage coutumier et religieux de l'émergence et des manifestations de la douleur chez les femmes enceintes. Or, pour qu'une offre médicale soit pertinente et efficace, elle doit donner lieu à une équivalence entre la nature de la plainte de la patiente et celle de la réponse de l'agent de santé. Nul doute, investiguer sur une obstétrique traditionnelle permet de comprendre les réponses sociales et savoirs parallèles auxquels les populations font recours dans le cadre de la prise en charge de la douleur chez la

[23] L'obstétrique traditionnelle : c'est un concept emprunté aux spécialistes des sciences humaines et sociales investiguant dans le domaine de l'obstétrique. En tant que concept opératoire, elle englobe les pratiques obstétricales distinctes de celles occidentales représentées par l'obstétrique moderne. La différence entre la tradition et la modernité ne s'inscrit pas dans la nature, le contenu et la qualité des pratiques. Elle porte plutôt sur la temporalité (la tradition s'inspire du passé et la modernité des temps actuels).

femme enceinte. En effet, « dans beaucoup de villes et de villages du monde entier, des herboristes, des guérisseurs et d'autres tradipraticiens assurent des services de santé de base à la population et, dans les pays en développement, ils constituent le noyau de personnel de santé primaire dans jusqu'à 90% des localités rurales » (OMS, 1994 : 137).

- **Une demande effectivement formulée en direction de l'obstétrique traditionnelle**

L'existence d'un vocabulaire spécifique aux réalités obstétricales montre qu'en dehors de la médecine dite moderne, les populations ont une expérience dans la prise en charge de l'accouchement. En effet, à *Ouidah* comme dans les autres communes, on remarque un héritage culturel en matière d'accouchement. Les accouchements à domicile sont de plus en plus rares. Seulement, le travail d'accouchement, chez la plupart des femmes démarre à leur domicile. De même, 84 % des nourrices admettent avoir pris des dispositions pour un accouchement rapide avant même de venir au centre de santé. L'étape du travail d'accouchement est significative. C'est le moment où il faut prendre les décisions les plus sensibles. Le jour de l'accouchement, le lieu de l'accouchement et ceux qui doivent être informés sur le début du travail d'accouchement font l'objet de réflexion au niveau du ménage. Comme l'a remarqué Sembiéni (op cit), le jour de l'accouchement est conçu comme déterminant pour le dénouement normal de l'accouchement. De même, l'avenir de l'enfant, son état de santé et ses succès ne sont pas toujours admis comme des faits détachés de l'univers symbolique associé au jour et aux circonstances de l'accouchement. Dans le « *calendrier coutumier* », il existe des jours « *de chance* », c'est à dire des « *jours de miracle des divinités* ». Il existe aussi de « *mauvais jours* » et des jours «*de repos des divinités* ». La demande se pose alors en termes de jours favorables à l'accouchement. Les avantages associés aux « *jours favorables* » sont généralement de trois ordres. Le premier porte sur la parturiente elle-même et l'expérience de l'enfantement. La femme bénéficie d'une « *clémence* » dans l'ampleur de la douleur de l'accouchement de même que la souffrance. Elle bénéficie aussi d'un accouchement « *normal*[24] » et est préservée

[24] L'accouchement est dit normal, lorsqu'il s'opère par voie basse à l'opposé de la césarienne.

d'une mortalité maternelle. Le deuxième avantage concerne l'enfant. Ce dernier est préservé des souffrances fœtales, des déformations, de l'incarnation et de la mortalité infantile. Et le troisième avantage concerne l'accouchement à moindre coût. Un accouchement à un « *mauvais jour* » est l'expression d'une « *ignorance* » face aux pouvoirs « *surnaturels* » qui peuvent interférer dans le processus de la délivrance de la femme enceinte. Ces discours mettent en évidence les savoirs religieux et la capitalisation des expériences sans oublier la part des rumeurs dans le processus de prise en charge de la douleur chez la femme enceinte.

En effet, ces conceptions impactent le processus de prise en charge médicale. Le retard qu'entretiennent les usagers des services de maternité y trouve aussi un sens. A *Kpomassè,* un époux racontait avoir retardé d'une « *nuit* » le départ de sa femme à la maternité malgré l'apparition des douleurs de l'accouchement. Selon l'informateur, ce qui importe, c'est moins la douleur que le dénouement de l'accouchement. Aussi, à *Ouidah*, des chefs de ménage ont recours au " *azãlɛnwema* [25]" pour influencer le jour de l'accouchement. Le tableau suivant renseigne sur le "*azqnlɛnwem".*

*Tableau XV: azãlɛnwema*

| Jour de semaine (calendrier romain) | Correspondant dans le " *azãlɛnwema"* | Prénom correspondants pour les naissances | |
|---|---|---|---|
| | | Garçon | Fille |
| Lundi | *Tɛnigbe* | *kɔjo* | *Sika* |
| Mardi | *Taatagbe* | *kɔmla* | *Ablawa* |
| Mercredi | *Azangagbe* | *kɔku* | *Akwavi* |
| Jeudi | *NYɔnuzangbe* | *kɔovi* | *Ayaba* |
| Vendredi | *Axɔsuzangbe* | *Kofi* | *Afiavi* |
| Samedi | *Sibigbe* | *kɔmla* | *Bayi* |
| Dimanche | *Vodungbe* | *Kɔsi* | *Asiba* |

Source : Réalisé à partir des données de terrain

[25]***azqnlɛnwema***: il s'agit d'un calendrier spécifique aux coutumes de l'ère culturel fon. Il renseigne sur sur les jours de la semaine et sert donc de repère pour attribuer un prénom à l'enfant à sa naissance. Il renseigne aussi sur la nature favorable ou non des jours qui composent une année.

Le "*azqnlɛnwema*" influe sur la définition du jour de l'accouchement. Certaines femmes sont amenées à retarder leur arrivée à la maternité malgré l'apparition de douleurs. L'intention est d'éviter un accouchement à "un mauvais jour". Les accouchements qui ont lieu les "mauvais jours" sont considérés comme porteuses de malédictions diverses. Ces malédictions « *rendent très douloureuse la douleur lors du travail d'accouchement et peuvent même causer la mort de la femme ou de son enfant* » (propos d'un dignitaire de culte traditionnel soutenu par plusieurs autres informateurs). A défaut de retarder, dans certains cas, l'accouchement est précipité par l'usage de portions magico-religieuse ou de mixtures destinées à accélérer la délivrance. L'intention est d'obtenir un accouchement à un jour favorable. La réflexion ne porte pas que sur les complications ou la souffrance de la femme à l'accouchement. Elle porte aussi sur l'enfant, son avenir, ses chances de survie… Le tableau suivant présent les jours désignés comme favorables ou non dans le "***azqnlɛnwema***".

*Tableau XVI: dénomination des jours favorables et défavorables suivant le "azqnlɛnwema"*

| **Dénomination du jour** | **Nature favorable ou non** | | **Caractéristiques** |
|---|---|---|---|
| | Favorable | Défavorable | |
| **Mɛjɔ** | X | | Force, vitalité, chance, bonheur |
| **Mɛku** | | X | Déclin, échec, désespoir |
| **Vodun** | X | | L'influence positive des dieux |
| **Azɔn** | | X | Maladie (il faut des offrandes pour rendre ce jour favorable) |
| **Vɔ** | X | | Sacrifice, offrande aux dieux |
| **Hwɛ** | | X | Fautes, erreurs, péchés |
| **Hɛn** | | X | Disgrâce, infamie, avilisant |
| **Fa** | X | | Consultation |
| **Bo** | Jour neutre | | Protection, recherche de l'influence bénéfique |

Source : Réalisé à partir des données de terrain

Le tableau 16 renseigne sur les attributs des différents jours de l'année. Dans la pratique de l'obstétrique traditionnelle, le jour de naissance n'est donc pas dépourvu

d'impact sur l'expérience douloureuse ou non de l'accouchement, l'évidence ou non de complication (et même des cas de décès). Chez certains informateurs, l'heure de l'accouchement est aussi déterminée dans sa nature favorable ou non. Ces différentes considérations participent du recours à des produits parallèles de contrôle de l'évolution du travail d'accouchement. Paradoxalement, les propos des sages-femmes (confirmés par certains praticiens de la médecine traditionnelle) attestent que les produits utilisés pour influencer le jour de l'accouchement renforcent l'ampleur de la douleur chez la parturiente. Le croisement des discours permet de retenir plutôt que certains de ces produits ont des principes actifs similaires à ceux utilisés par en obstétrique. Le double emploi fait alors objet de "surdosage" d'où une amplification de la douleur chez la parturiente.

En dehors du jour de naissance, le lieu de l'accouchement pose des préoccupations qui échappent à la formulation de l'offre de service en soins obstétricaux dans les formations sanitaires. La pyramide sanitaire met en relief une hiérarchie dans l'utilisation des services des formations sanitaires notamment celles relevant du public. Les femmes enceintes sont appelées à faire le suivi de leur grossesse et l'accouchement dans les centres de santé de premier recours notamment celui de l'arrondissement d'appartenance. Il revient aux agents de santé de proposer un éventuel avis médical favorable à un référencement de la patiente vers une formation sanitaire disposant d'un plateau technique adéquat suivant les observations liées au diagnostic ou les symptômes chez la femme enceinte. Et pourtant, dans les faits, le lieu du suivi de la grossesse n'est pas toujours celui de l'accouchement. Le lieu qui abrite la maternité de l'un des centres de santé d'arrondissement à *Tɔri* est reconnu comme faisant face au site où se tiennent « *les réunions nocturnes des sorciers* ». Les agents de santé de ce centre notamment la Sage-femme partagent aussi ce point de vue. Ces discours influent sur la fréquentation de la maternité. Ils produisent une tendance à la prise de mesures « *parallèles*» chez les femmes enceintes. L'intention étant d'accélérer le processus de la délivrance pour ne pas passer plusieurs jours dans l'enceinte de la formation sanitaire.

Les informations ci-dessus rapportées permettent de comprendre les logiques sociales et le contenu de la demande chez les femmes enceintes.

- **Des acteurs spécialisés dans l'offre parallèle de soins en obstétrique**

« *Bien avant que les blancs ne viennent nous apporter leur médecine, nous avions des personnes qui accouchaient nos épouses, nos mères. Ne vous trompez pas mon fils* ». C'est en ces termes qu'un septuagénaire prend la parole pour répondre à ma demande qui était d'échanger avec lui au sujet de la prise charge de la douleur de l'accouchement. Cette introduction prend vite l'allure d'un réquisitoire dressé contre ceux qu'il appelle « *les défenseurs de la médecine des blancs* ». Au fond, l'informateur, fils d'un tradi thérapeute, allait profiter de l'occasion de l'entretien de recherche pour raconter une « *page sombre* » de l'expérience professionnelle de son père. En effet, sous le régime révolutionnaire, la « *chasse aux sorcières*» lancée par le régime n'a pas épargné son père. Il y a perdu une bonne partie de sa clientèle, son arsenal de travail de même que les formes représentatives des divinités d'où lui « *émane son pouvoir* ». Mais avant de répondre à la première question, il ajoute « *tout a changé avec la démocratie. Les guérisseurs et d'autres personnes travaillent et aident même les agents de santé* ». Les cinq premières minutes de l'entretien dont les extraits sont ci-dessus rapportés, présentent, la situation des acteurs parallèles engagés dans la formulation et la délivrance de prestation en soins obstétricaux.

La tendance est faible au niveau de l'utilisation exclusive du savoir biomédical soit 10 % des obstétriciens approchés. La tendance la plus élevée concerne ceux qui ont systématiquement recours aux savoirs parallèles (en marge des savoirs de la biomédecine). Cet avis concerne 63 % des obstétriciens approchées. Entre ces deux catégories, figure la catégorie intermédiaire. Elle renseigne sur des obstétriciens qui pratiquent les savoirs parallèles en situation de complication soit 10 % des obstétriciens approchés.

En conséquence, l'exclusivité du recours aux savoirs biomédicaux dans la prise en charge de la grossesse est faible chez le personnel sanitaire. Mais dans 80 % des cas, le savoir utilisé renvoi au religieux. Dans le rang des usagers, le constat est pratiquement identique. Seulement, il ne s'agit pas toujours des mêmes types de savoirs parallèles. Un époux expliquait en ces termes son opinion : « *la grossesse, c'est beaucoup de choses. Il y a des choses qui concernent la coutume. Il y a aussi d'autres choses qui concernent l'agent de santé. C'est à toi de t'organiser. Ce qui est*

*propre à la coutume se respecte. Mais aller à l'hôpital, c'est très important ».* Les accouchements à domicile sont déconseillés et les populations elles-mêmes constituent des acteurs de lutte contre cette pratique. Mais elles n'envisagent pas l'impossibilité de concilier les acteurs de l'offre officielle et celle parallèle de soins.

Il est donc question du paradigme du champ médical. Ce paradigme permet d'admettre la prise en charge sanitaire d'une patiente et fait l'objet d'une co intervention entre plusieurs catégories d'acteurs (Werner 1995). La catégorisation de Kpatchavi (2011) est adaptée aux constats réalisés. Il s'agit des agents de santé, des praticiens de la médecine traditionnelle, des vendeurs de médicaments, des faiseurs d'injections, des soignants des églises ou des sectes et de toutes autres personnes ressources reconnues dans le contexte social comme capables d'intervenir dans le cas de maladie ou d'influencer d'une manière ou d'une autre les décisions thérapeutiques chez la femme enceinte. A l'évidence, c'est à un *marché des savoirs para religieux (*Amouzouvi 2006) que l'on a à faire. L'accumulation du profit, la concurrence, la communication publicitaire et le partenariat sont les paramètres qui structurent ce marché des prestataires des services parallèles en soins obstétricaux. A *Tɔri***,** et à *Ouidah* par exemple, certaines matrones[26]sont reconnues même par les Sages femmes comme des personnes de référence en situation de complication de grossesse ou lors du travail d'accouchement. Quand le travail d'accouchement dure plus longtemps que prévu, la référence ou l'option de la césarienne n'est pas toujours acceptée par les usagers des services de maternité. L'une des explications les plus dominantes est que la situation « *dépasse les compétences de la Sage femme ».* Chez d'autres personnes « *c'est l'expression des limites du savoir du blanc ».* Face à l'ampleur de la douleur et la récurrence des plaintes chez la femme enceinte, les usagers font donc recours aux acteurs parallèles de soins. Ils interviennent donc parfois dans le rôle des *pompiers.* Si dans les normes officielles, la collaboration avec le personnel sanitaire n'autorise pas systématiquement l'utilisation des savoirs

[26] Les matrones sont des accoucheuses qui se sont spécialisées dans cette activité sans pour autant bénéficier d'une reconnaissance officielle de la part des autɔrités politico administratives. Elles interviennent donc dans un contexte "informel". Les matrones se particularisent par leur ancienneté dans le milieu d'intervention et dans la pratique et surtout par la combinaison des mesures et pratiques du protocole obstétrical "formels" et celles de l'obstétrique traditionnelles notamment les savoirs coutumiers, religieux…Ce métier est de moins en moins fréquent.

parallèles, la réalité est tout autre. Entre le discours et l'acte, l'écart est grand. La Sage femme qui refuse (dans le discours) l'implication directe des acteurs de la médecine traditionnelle dans le processus de prise en charge n'hésite pourtant pas (dans nombre de cas) à être indifférente à leur implication en situation de complication.

## 5.3. : Les pratiques de l'obstétrique traditionnelle

### 5.3.1. Le vocabulaire de l'obstétrique traditionnel

L'intérêt de l'étude de l'univers sociolinguistique de la douleur porte sur deux considérations particulières. D'un côté, Les nombreuses expressions portant sur la douleur de l'accouchement dans les langues nationales renseignent sur le fait que cette dernière fait partie du quotidien des populations. De l'autre, la manière dont les individus désignent une réalité explique leur comportement et donc le champ perceptif lié à cette réalité. Olivier de Sardan (1995), démontre que les entités nosologiques de la maladie ne sont pas dépourvues de sens. Selon l'auteur, la manière dont les individus désignent une maladie explique, dans une certaine mesure, les initiatives qu'ils prennent en matière de prévention et de guérison. Il faut aussi y retrouver l'explication de l'origine et les manifestations de la maladie. Rapportées à l'étude de la douleur de l'accouchement, ces pistes d'analyse permettent d'appréhender la douleur au regard des dénominations qui lui sont associées. Elles permettent aussi de documenter l'existence d'une "expertise" dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement chez les acteurs parallèles de soins.

En effet, la diversité des communautés sociolinguistiques qui caractérise les aires sanitaires étudiées s'est matérialisée dans les différentes désignations se rapportant à la santé de la femme enceinte en général et à la douleur de l'accouchement en particulier. Le tableau suivant présente les différentes expressions identifiées à cet effet.

*Tableau XVII: Expressions relatives à l'expérience de l'accouchement langues*

| Dénomination | Correspondant en français |
|---|---|
| *Awuvɛ* | Douleur |
| *hunɖiɖi* | Saignement |
| *xomɛwliwli* | Maux de ventre |
| *é mɔ XÒ, adɔgo mɔ flɛ́* | Fausse couche |
| *énɔdàadɔgo*<br>*Xodida* | Consultation |
| *énɔ ci gbe* | Menstrues |
| *émɔadɔgo* | Tomber enceinte |
| *adɔgo* | Grossesse |
| *ajidonu* | Lieu d'accouchement |
| *vijíjí* | Accouchement |
| *afɔnyanyan* | Accouchement |
| *aga* | Prostitution, débauche, luxure |
| *afɔdÓgbetɔ* | Femme adultère |
| *agalɛtɔ* | Prostituée, débauchée |
| *Ajamɛhinhɔn* | Félicitations pour encourager une femme qui vient d'accoucher |
| *Aji* | Accoucher |
| *Ajinɔtɔ* | Sage-femme |
| *Ajininɔ* | Assistance à une femme en travail |
| *Alɔjinúnɔ* | Virginité |
| *bàhùn* | Faire une hémorragie (en dehors des règles, lors d'une grossesse). |
| *de XÒ* | Avorter |
| *Đòxò* | Etre enceinte. |
| *Flɛ́ kɛ́ ɪ* | Faire une fausse couche. |
| *Flú.* | Douleur de l'accouchement |
| *Vìjíjí.* | Accouchement |
| *Vìjítɔ́, vìjínúmɛtɔ́* | Sage-femme. |
| *Vĭyɛ̀yénɔ̀ :* | Mère qui vient d'accoucher. |
| *Gbejimanɔ́* | Infidélité |
| *Jìvĭ* | Accoucher |
| *Jìvĭnúmɛ* | Assister une femme en travail |
| *Jiji* | Enfantement. |
| *Kɛ́ ɪ* | Conception |
| *Kɛ́ ŋjɛ̀ mɛwɪ* | Devenir enceinte |
| *Nùzìnzán* | Placenta rejeté lors de l'accouchement |
| *Nyɔ̀ núdotóvìjínúmɛtɔ́* | Sage-femme diplômée. |
| *Nyɔ̀ núvìjítɔ,nyɔ̀ núvìjínúmɛtɔ́* | Sage-femme. |
| *Nyìalɔdò* | Faire une fausse couche. |
| *Zɛ̀ ɪ* | Pousser (dans l'accouchement) |

Source : Données de terrain

Le tableau témoigne de l'existence d'une obstétrique traditionnelle à travers une richesse linguistique accessible aux femmes enceintes. On y découvre un ensemble d'expressions qui, mises en réseau, renseignent sur différentes préoccupations et pratiques relatives à l'intervention obstétricale. De même, cet ensemble d'expressions présente les aspects et particularités de l'obstétrique traditionnelle. Au-delà des différences dans les désignations, les similitudes portent particulièrement sur les composantes de l'activité médicale : la définition des symptômes, l'étiologie et la thérapie. Cet ensemble permet de mieux comprendre les particularités de l'obstétrique traditionnelle en matière de prise en charge de la douleur de l'accouchement.

Au-delà du mariage, la naissance d'un enfant retient, généralement l'attention des belles familles. Dans certains ménages, la virginité, c'est-à-dire "*Alɔjínúnɔ́*" de la femme ou la fréquence des contacts sexuels ne sont portées à l'attention du public que par l'évidence d'une grossesse chez la femme. Le visage de la nouvelle femme, les plaintes de douleur et les discours qu'elle porte sur les aliments sont autant de faits à partir desquels l'hypothèse d'une grossesse est formulée. C'est dire que la femme, nouvellement mariée, est suivie de très près et les symptômes de grossesse sont chaque fois mis à l'épreuve dans ses gestes et les plaintes qu'elle formule au sujet de sa santé. Dans les couples fonctionnaires, la situation est relativement différente. Seulement, le point de convergence reste l'objet du recours aux services des maternités. En effet, la formation sanitaire est fréquentée pour confirmer le diagnostic empirique réalisé. Plus de la moitié des époux admettent n'avoir pas été les premiers à être informés de la grossesse de leur épouse. Ainsi, chez 88 % des nourrices, c'est la vérification des soupçons entretenus par des personnes situées dans les alentours qui permet de révéler la première grossesse. L'interrogatoire de la Sage-femme n'est pas totalement distinct de celui conduit en milieu communautaire pour la femme enceinte. Même si le raisonnement n'est pas le même, le champ sémantique renseigne sur l'attention portée sur les menstrues. La femme informera donc sur la date de ces dernières menstrues. En milieu *Péda,* elle dira « *énontchigbé* » pour désigner le retard co6nstaté dans le cycle des menstrues. Cette information croisée avec d'autres, permet de poser un premier dignostic, celui de la grossesse. Le rituel de l'information ne débute généralement

qu'après la confirmation de l'état de grossesse par un agent de santé. Les premiers jours qui suivent la confirmation de la grossesse sont consacrés à des pratiques sociales « *de protection* ». Parmi celles-ci, figurent les prières et offrandes.

Sur l'ensemble des sites de recherche, le calendrier des pratiques religieuses offre une place de choix aux femmes enceintes. Chez les christianistes célestes, tous les jeudis, une séance de prière est réservée aux femmes enceintes. Les mardis, les fidèles doivent se rendre à Cotonou pour la grande prière réservée aux femmes enceintes. L'expérience religieuse engage donc les fidèles dans un recours systématique aux prestations de l'église en matière de prise en charge de l'accouchement. J'ai participé aux séances aussi bien chez les "christianistes célestes" qu'au niveau des chrétiens catholiques et évangéliques. Ce qui reste commun à l'ensemble des cultes est la part réservée à la douleur dans les prédications et l'objectif visé par les prières. Les données recueillies au cours d'une observation directe effectuée dans l'arrondissement centre de la commune de *Kpomassé* peut servir de "modèle type" du discours des responsables de culte au sujet de la grossesse et de l'enfantement. Une femme âgée de plus de cinquante ans est chargée d'animer la séance de prière sur une paroisse du christianisme céleste au profit des femmes enceintes dans la Commune de *Kpomassè*. Présent à la séance, j'ai pu constater le regard studieux des femmes enceintes et des époux. Le célébrant insistait sur la place de Dieu dans le processus de prise en charge de l'accouchement : « *c'est Dieu qui donne la grossesse. C'est lui le médecin des médecins, la Sage-femme des Sages-femmes. S'il ne prend pas le contrôle de l'intervention médicale, il n'y a pas de réussite. Soyez fidèles à Dieu et à son enseignement et vous allez accoucher sans aucune complication. Ce que le médecin n'arrive pas à faire, Dieu le réussit. Confions lui donc nos grossesses* ». Interrogée sur ces propos à la suite de la prière, une des fidèles témoignait de sa foi en Dieu. Elle précise que l'enseignement donné sur les lieux de culte prépare déjà les fidèles à comprendre le sens même de la grossesse : « *Dieu a voulu que nous peuplons la terre…*». Ainsi, il relève d'une *obligation* pour la femme de faire l'expérience de la grossesse pour témoigner « *de sa fidélité à Dieu* ». Sur l'une des paroisses de l'église catholique dans la commune de Tɔri,un prêtre qui venait à peine de prendre

service nous confiait l'un de ses premiers jours en tant que curé[27]. L'imposition des mains sur les femmes enceintes lui était apparue comme un rituel indispensable avant le départ pour la maternité chez ces dernières. A la suite de sa première messe, pendant qu'il ne s'était même pas encore installé dans le domicile qui lui est destiné, les femmes enceintes étaient venues « *occuper* » son temps pour l'imposition des mains sur leur tête en signe de bénédiction. Il ajoutait « *c'est aussi psychologique. Quand je leur dis : Dieu est aux commandes, elles partent avec beaucoup d'assurance* ». Il faut alors y voir la part du psychologique dans la prise en charge de la douleur. C'est fort de ces constats que Delassus (2002) considère la maternité moins comme un processus physique mais beaucoup plus comme un état psychologique. Et pour « jouer » sur la composante psychologique de la douleur, les responsables religieux s'appuient sur des récits bibliques pour témoigner de la valeur de la douleur chez la femme enceinte. Quelques-uns des propos sont ici rapportés :

« *les douleurs du temps présent ne sont rien devant la gloire que Dieu prépare.. »*

*« les grandes œuvres se réalisent dans la douleur et le sacrifice »*

*« notre rédemption est issue de ce sacrifice de la douleur de Jésus »*

*« tout se fait dans la douleur.. ? »*

*« l'enfantement nécessite un certain nombre de sacrifice parmi lesquels la douleur »*

*« tout ce qui est précieux, nécessite le sacrifice »*

*« l'avènement d'une vie sur terre, nécessite le sacrifice »*

*« la douleur de l'accouchement est un mystère où la mort et la vie s'affrontent »*

*« la douleur est l'avènement d'un nouveau monde »*

*« nul n'a le droit de s'arracher la vie au nom de la douleur »*

*« c'est Dieu qui intervient au nom du médecin »*

*« Dieu est le médecin des corps et des âmes »*

*« la souffrance n'est pas souhaitée. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faut s'en dérober. Jésus a même voulu par trois reprises s'y dérober ; mais il a été consolé par les anges ».*

[27] Le Curé est le prêtre qui occupe le statut de premier responsable d'une paroisse (Eglise catholique).

Il existe donc une socialisation religieuse qui accompagne l'expérience de la douleur chez la femme enceinte. Le constat est pareil au niveau des religions dites endogènes. Il existe des référents religieux qui témoignent de la valeur de la douleur chez la femme enceinte. L'autre aspect de l'intervention de la religion dans la prise en charge parallèle de la douleur de l'accouchement renvoie à la lutte contre les douleurs « *anormales* » chez la femme enceinte. L'objectif visé par les interventions des « *hommes de Dieu* »[28] est de se donner un titre de « *médecin* » dans la prévention et la thérapie contre les douleurs « *provoquées* » par « *les esprits malins*[29] ». Cette approche est très développée surtout dans les milieux ruraux. Les prières à domicile, les séances publiques de prières et diverses autres pratiques religieuses sont identifiées dans ce sens.

En effet, 75 % des femmes enceintes et 65 % des époux de femmes enceintes ont témoigné avoir pris des dispositions d'ordre religieux pour lutter contre l'action des « *mauvais esprits* ». Certains de ces acteurs sociaux ont raconté leurs expériences respectives sur le rôle joué par les responsables des communautés religieuses dans la lutte contre les « *mauvais esprits* ». Quelques-unes de ces expériences sont rapportées ci-dessous.

« *…Puisque la douleur devenait trop intense, les collègues de service m'ont proposé certains hommes, responsables d'une église évangélique. J'ai demandé à l'agent de santé de me laisser rentrer avec ma femme. Elle a accepté. Je sais que cela n'a pas été facile. J'ai dû crier fort pour leur dire que c'est ma femme qui souffre. Lors des prières, elle a commencé par vomir des tessons de bouteille et d'autres objets tranchants. C'était la vraie cause de sa douleur. Dieu merci, tout va bien maintenant* » *(*E.J., époux d'une femme enceinte à *Ouidah).*

*«…J'ai alors passé de l'huile d'olive bénie sur le front de la femme. Je l'ai bénie elle a retrouvé le calme ». (*S. A., prêtre catholique dans la Commune de *Tɔri*).

[28] Les « hommes de Dieu » : Cette expression désigne les hommes et femmes qui s'illustrent dans des actes d'humanisme à l'égard de leurs semblables. C'est une formule populaire pour désigner les pasteurs, les prêtres et toutes les personnes qui officient au titre de responsables de confessions religieuses. Il s'agit particulièrement (dans le cas du présent travail), des responsables de l'Eglise catholiques, du Christianisme célestes et des Eglises évangéliques.

[29] Les « esprits malins » : Encore appelés quoi ???"Il s'agit d'une formule populaire utilisée par les fidèles des religions importées pour désigner les entités spirituels qui abritent des mauvaises intentions. C'est dans la même perspective que s'utilise l'expression « mauvais esprits » évoquée comme la source du mal dans la vie des hommes.

« *Le prêtre de notre divinité "trɔkpetoɖeka*[30]*" m'a remis un produit. Chaque fois que la douleur reprend, je passe le produit sur le ventre. Après une à deux minutes, tout se calme ». (*E. C., femme enceinte, fidèle de la *divinité "trɔkpetoɖeka" à Tɔri.*

Les acteurs religieux sont donc reconnus pour leurs actions en matière d'obstétrique traditionnelle et plus particulièrement d'"obstétrique empirico-métaphysique". L'obstétrique empirico-métaphysique tire donc encore aujourd'hui sa pertinence de certains modèles étiologiques qui continuent d'avoir cours dans le monde de la maladie parallèlement aux avancées de la biomédecine. (Ainsi, cela rejoint l'une des conclusions des recherches effectuées par Augé (1975) il y a bientôt quarante ans. Il s'agit notamment du recours à la sorcellerie comme modèle étiologique face à certaines maladies. Le religieux devient alors une référence dans la prise en charge de la douleur chez des femmes enceintes. Généralement, les "expériences réussies" sont diffusées et deviennent une référence dans la prise de décision. Le terme efficacité indique chez les informateurs, la satisfaction face à l'absence de symptôme de douleur.

Contrairement aux observations apportées par des agents de santé, il existe une certaine hiérarchisation et une structuration de l'offre au niveau de ce marché (d'offre de service de soins en obstétrique traditionnelle). En situation de complication et d'insuffisance de résultat, le "praticien" envoie la patiente chez un autre reconnu plus efficace face à la nature et l'ampleur de la douleur. Chez M.N. (tradi thérapeute à Tɔri), j'ai retrouvé quatre femmes, un jeune homme hospitalisés pour des raisons de santé. On pouvait reconnaître la présence de deux femmes enceintes, toutes à leur première expérience de grossesse. L'une d'entre elles, visiblement, présentait une humeur de femmes rétablie pendant que la seconde était encore alitée à la période de l'enquête. L'histoire de vie de chacune de ces femmes renseigne sur un principe de référence. Les extraits suivant des entretiens en donnent l'illustration.

« *J'étais à Kpomassè chez un oncle qui fait le même travail. Après une semaine de traitement, les maux de ventre s'intensifiaient. Celui – ci est ancien dans la pratique. Il l'a appelé. Il m'a amené lui-même ici…. »*

*« J'étais à Ouidah chez un amanwato. Il m'a prescrit des plantes. Rien n'a marché.C'est comme si l'enfant allait sortir. Je souffrais vraiment. Je pleurais tous les*

[30] Pour l'origine, les autres types du Kpéto et ses manifestations, le lecteur pourra lire avec intérêt l'ouvrage de Amouzouvi (2012)

*jours….Si c'est votre femme, vous n'allez pas croiser les bras. Il a lui-même demandé une consultation (le fa). Et après il nous a envoyé chez celui-ci. Depuis hier, lui aussi veut nous envoyer chez le vodunnɔ). Pourvu que la douleur s'arrête et que mon enfant et moi allions bien…..Il a dit que c'est au vodunnɔ de faire le reste. On va faire des sacrifices pour délier la grossesse ».*

De même, les us et coutumes constituent aussi une référence dans l'utilisation ou non des services de soins en matière d'obstétrique traditionnelle. A *Kpomassè,* les abeilles constituent les animaux totémiques chargés de veiller sur certaines femmes enceintes et le processus d'accouchement de l'enfant pendant que d'autres doivent les mêmes fonctions à la panthère. A ce titre, certaines femmes sont interdites de consommation de miel dans la période de grossesse. Selon les chefs de collectivité rencontrés à *Kpomassè,* la transgression de ces interdits a provoqué des "menaces[31]" chez plusieurs femmes. Ces menaces entretiennent de profondes douleurs chez la femme enceinte. Et pour calmer la douleur, des rituels sont effectués après la consultation de l'oracle. Le rôle de l'oracle est de renseigner sur le contenu du sacrifice à effectuer et la sanction associée à la transgression. Le rite, est en réalité, « une suite de gestes répondant à des besoins essentiels, des gestes qui doivent être exécutés suivant une certaine eurythmie. D'après son étymologie sanscrite, ce mot désigne ce qui est conforme à l'ordre (rite). Son origine reste inconnu même de ceux qui le pratique ; bien qu'ils en aient gardé une mémoire héréditaire » (Benoist 2004 : 92). Compris sous ce rapport, l'ignorance du « pourquoi » des rites chez les femmes enceintes n'épuise guère en elles, la conformité aux interdits associés à ces rites. Sans pouvoir définir avec exactitude la relation qui lie l'abeille à la grossesse d'une femme, les femmes ont témoigné de la nécessité d'éviter toute prise de miel durant la grossesse et la nécessité d'informer les chefs de collectivité en cas de transgression. Le même auteur avance une position qui traduit le caractère bénéfique de la soumission au rite : « les rites ont fini par délimiter un cercle réservé, c'est-à-dire sacré, dans les civilisations qui ont laïcisé l'ensemble de leur domaine. Or, rendre sacré ce que nous faisons, ce que nous sommes, cela s'appelle sacrifier, faire un sacrifice en dédiant ces actes aux puissances invisibles

[31] La menace : dans le vocabulaire des soins obstétricaux, cette expression renseigne sur le risque d'accouchement prématuré. Parfois, elle traduit un dysfonctionnement grave notamment l'émergence de contractions d'utérus fréquentes chez une femme dont la grossesse présente un fœtus (ou un embryon) inapte pour l'accouchement. Elle peut porter aussi sur des symptômes de saignement.

dont nous attendons en retour aide et protection, même si ces puissances se cachent sous l'apparence de la loi des grands nombres ou du calcul des probabilités » (Benoist 2004 : 94).

L'emprise du religieux et des us et coutumes dans les modèles étiologique et thérapeutique de la douleur chez la femme enceinte induit l'extension des pratiques obstétricales vers des pratiques propres à l'obstétrique traditionnelle. On découvre toute la pertinence du modèle constructiviste dans l'analyse de la douleur de l'accouchement. Dans la perspective constructiviste, l'analyse porte sur l'articulation des « contraintes » et de la « liberté » (Delcroix 2004) chez la femme enceinte. Sous ce rapport, le constructivisme permet de mettre en évidence l'influence des us et coutumes d'une part et d'autre part, l'importance des calculs utilitaristes dans le rapport à la douleur. Un réseau conceptuel constitué des concepts comme "interdits", "valeurs éducatives", "savoirs" "religion" sert de base pour poser la valeur pratique de l'obstétrique traditionnelle chez les femmes enceintes. Aussi, le modèle écologique tel que développé avec Lacourse (2002) offre une perspective assez significative de l'analyse de la prise en charge de la douleur de l'accouchement. Les succès de ce modèle dans l'analyse des questions de santé en général peuvent se matérialiser aussi dans le champ spécifique de la douleur de l'accouchement. Il s'agira de projeter un regard holistique (Olivier de Sardan, 1995) en intégrant l'interaction entre différents facteurs notamment les facteurs culturels, sociaux, politiques et économiques aux paramètres biologiques.

En effet, la variable économique est déterminante dans l'action des proches des parents notamment l'époux de la femme enceinte. Généralement, les liens de parenté, le symbolisme autour de l'enfant et la responsabilité sociale des leaders religieux participent de la définition des coûts des prestations. Dans plusieurs des cas, il ne s'agit pas de payer une somme pour l'intervention. Dans la plus part des cas, les frais de prestation ne sont pas fixés à l'avance. Le bénéficiaire de l'intervention pourra payer une somme suivant ses capacités et le niveau de satisfaction. Dans plusieurs des cas, une pièce de "cinq francs" CFA est ajoutée au montant à titre symbolique.

Seulement, les modes opératoires de ces pratiques, leur contenu et leur ancrage au sacré ne sont pas toujours accessibles aux agents de santé. Bien que convaincus de l'efficacité de ces pratiques (dans plusieurs des cas), les agents de santé présentent des

réticences, des rejets et parfois des attitudes sélectives face au recours à l'obstétrique traditionnelle. Ces différents comportements qui caractérisent l'environnement médical sont entretenus par les différences religieuses et culturelles. Les sages-femmes considèrent certaines pratiques de l'obstétrique traditionnelle comme « *contraire* » à la foi de la religion à laquelle elles appartiennent. La relation médicale donne lieu à des conflits liés à l'intolérance religieuse. Dans les cas où les pratiques convergent vers la religion d'appartenance de l'agent de santé, le refus n'est pas souvent évident. De la même manière, les agents de santé qui appartiennent à des communautés socioculturelles différentes de celles des usagers n'acceptent souvent pas l'interférence de pratiques coutumières dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement.
On est donc en face d'un conflit de religion, de culture qui se greffe à la traditionnelle opposition entre savoirs biomédicaux et savoirs de l'obstétrique traditionnelle.

### 5.3.2 : Retrouver la dimension pratique de l'obstétrique traditionnelle

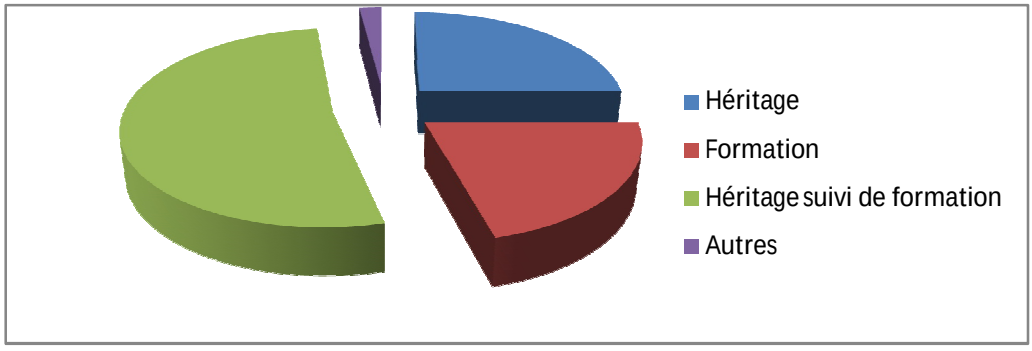
#### 5.3.2.1 : Le amanwatɔ et les vertus des plantes

L'intervention des tradithérapeutes désignés par le vocable "*amanwatɔ"***,** dans la prise en charge de la douleur s'inscrit à trois niveaux : soulager la douleur de la femme enceinte (douleur "normale") ; prévenir contre l'apparition d'une "douleur anormale" (douleur provoquée par l'action des « *mauvaises langues »)* et arrêter la "douleur non normale". Contrairement aux centres de santé, l'environnement de la médecine traditionnelle ne présente pas une forte tendance à la spécialisation professionnelle. Les tradithérapeutes qui interviennent dans l'obstétrique traditionnelle sont aussi sollicités dans le cadre d'autres préoccupations sanitaires notamment dans le domaine de la santé infantile, les maladies héréditaires et autres types de maladie. Si les usagers des services des maternités présentent des réticences quant au recours aux prestations des hommes sur le "corps[32]" de la femme dans les salles d'accouchement, il existe une tolérance face aux hommes intervenant dans l'obstétrique traditionnelle. Les hommes représentent les 100 % des tradithérapeutes qui sont approchées dans la zone sanitaire couverte par la

[32] Le fait qu'un homme découvre la nudité d'une femme mariée (qui n'est pas son épouse) est admis comme une preuve d'adultère dans certaines communautés. Ceci participe de la réticence au recours des services d'un gynécologue (homme) chez certaines femmes. Aussi, certains hommes ne cautionnent pas l'idée que leur femme fréquente des formations sanitaires où des agents de santé "hommes" sont appelés à intervenir dans les salles de maternité.

recherche. Les femmes rencontrées ne sont pas citées comme des tradithérapeutes mais des références dans l'utilisation des plantes en matière d'obstétrique traditionnelle[33]. Leurs expériences et les savoirs accumulés aux côtés des personnes âgées sont reconnus comme une preuve de compétence dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

Toutefois, à *Tɔri* comme à *Ouidah*, le discours sur les « *faux tradithérapeutes* » est fréquent. Les initiatives des différents gouvernements qui se sont succédé à la tête de l'Etat béninois ne sont pas encore parvenues à établir une harmonie dans l'environnement des médecins traditionnels. Si certains de ces tradithérapeutes sont officiellement reconnus par les responsables de la Zone sanitaire, d'autres interviennent encore dans les hameaux et ce dans l'informel. Avec une légitimité de type traditionnel, ils bénéficient de la confiance et de la crédibilité sociale au sein des usagers des services de maternité. La figure suivante présente les statistiques relatives aux sources des savoirs détenus par des tradithérapeutes qui interviennent dans l'obstétrique traditionnelle.




**Graphique 14: Source d'acquisition des savoirs chez les tradithérapeutes**

Source : Données de terrain

La source du savoir et sa légitimité d'une part et d'autre part l'audience dont bénéficie le praticien dans le rang des agents de santé constituent des arguments que défendent les tradi thérapeutes. Les sources d'acquisition des savoirs identifiées sont au

[33] Toutefois, les femmes de sont exclues de la pratique de ce métier notamment dans le Nord du Bénin.

nombre de quatre. Plus de la moitié, soit 52 % des tradithérapeutes ont acquis leur savoir à un double niveau : l'héritage et la formation. C'est la situation la plus représentative. Par contre, 25 % ont acquis leur savoir par héritage pendant que 21 % ont eu accès au savoir par le biais exclusif de la formation. Pour le reste de l'échantillon de recherche, les expériences individuelles et collectives, la diffusion des savoirs et les *recherches personnelles* ont été la source d'acquisition des savoirs. Ils représentent 2 % de l'échantillon de recherche.

L'héritage et l'apprentissage constituent alors les deux principaux modes de transmission des savoirs en obstétrique traditionnelle chez les tradithérapeutes. La transmission par l'héritage est généralement de père en fils. Dans certains cas, les tradithérapeutes l'ont hérité d'un grand père ou d'un oncle. Dans le réseau de parenté de ces tradithérapeutes, il existe une personne ayant exécuté le même métier dans le passé[34]. A *Tɔri,* j'ai été reçu par un tradithérapeute de plus de soixante quinze ans. Pendant que nous déroulons l'entretien de recherche, son fils aîné recevait des "clients" venus solliciter des interventions portant sur divers aspects. A la suite de l'entretien, je me suis rapproché du fils qui renouvela son indisponibilité pour l'entretien. Le long fil d'attente constaté au niveau des "clients" laissait apercevoir des femmes enceintes accompagnées par des proches. Interrogé dans un bref entretien informel, le fils de l'informateur renseigne sur la présence de "clients" propres à son père et des "clients" que son père a hérité du grand père. La fidélité reste donc intergénérationnelle tout comme s'il existait un contrat qui lie le "client" au prestataire de service. Dans les discours des informateurs, les propos similaires à celui de l'informateur sont fréquents : « *c'est dieu qui a créé la plante. C'est lui qui a décidé que la femme accouche. Et c'est encore lui qui donne le pouvoir à qui il veut pour s'occuper des femmes enceintes. C'est un don de dieu ».*

Le processus d'apprentissage se développe de plus en plus chez les tradithérapeutes. Sans créer une "école formelle », le recrutement se base généralement sur la proximité sociale entre le maître et le disciple". Le processus d'apprentissage

[34] Voir Bourdieu, Meillassou, Sèhouéto et Amouzouvi. Généralement, la reproduction sociale caractérise la corporation des tradithérapeutes. Le métier du père est exercé par un enfant considéré comme docile ou comme le choix des entités surnaturelles elles-mêmes.

porte, entre autres, sur les savoirs de la biomédecine, les lois et normes sociales spécifiques à la femme enceinte et à l'enfant et les fonctions des plantes. L'apprentissage porte aussi sur les agents du "mal" qui peuvent influencer négativement l'évolution de la grossesse et l'intensification de la douleur chez la femme enceinte. Ces agents sont souvent les sorciers (Pfleiderer et al 1995) et des "jeteurs de sort" ou "mɛhutɔ" (Kpatchavi 2011).

Plusieurs pratiques entrent en ligne de compte des soins préventifs. A l'aide d'une boule d'akassa (*liyo*)[35], d'un œuf de poule, d'une bague spécifique dénommée "*abadagan*", une tisane est réalisée. La femme enceinte s'en sert pour une toilette à l'intérieur d'un trou de profondeur environ un mètre creusé dans une brousse très éloignée des habitations. A la suite de la douche, la boule d'akassa sera déballée, consommée tout comme l'œuf par la femme enceinte. Quant – à la bague, la patiente devra la porter et une partie de la tisane sera renversée dans le trou que les célébrants prendront le soin de fermer. La bague ne sera enlevée qu'au début du travail d'accouchement. Ce rituel est destiné à empêcher toute complication et toute douleur provoquée chez la gestante.

Lors du travail d'accouchement, l'intensification de la douleur peut être entretenue par une évolution "anormale" du travail d'accouchement. L'une des formes expressives des complications concerne la rotation du bébé dans le ventre de la mère. Il peut arriver des cas où lors de la délivrance, l'enfant présente le pied au lieu de sa tête. Ce phénomène est connu de toutes les femmes enceintes approchées et constituent un objet de préoccupation pour elles. Désignés par "*agɔsú*" qui signifie « *à l'envers* », ces enfants ne sont pas seulement admis comme une source de souffrance lors du travail d'accouchement. Ils renseignent sur les transgressions d'interdits chez la femme pendant la grossesse. De même, une femme qui entre en travail d'accouchement sans avoir honorer ses créances vis-à-vis des créanciers peut aussi faire l'expérience d'un tel accouchement considéré comme « *anormal et source de souffrance* ». Pour réduire cette souffrance, la parturiente est appelée à faire l'objet d'un traitement à base de plantes médicinales. Selon un tradithérapeute abordé, la tisane est réalisée à partir des racines de "*kpatin*" et de la potasse. La tisane est alors servie à la parturiente dans une une

[35] Boule de pâte obtenue après fermentation de la farine de maïs. Il s'agit d'un aliment régulièrement consommé dans la zone couverte par l'étude.

calebasse. Après la prise de la tisane, la femme fait glisser la calebasse sur le ventre. Avec une telle intervention, une rotation interviendra au niveau de l'enfant. Il reprendra le sens normal c'est-à-dire sortira par la tête lors de l'accouchement.

### 5.3.2.2 : Le *vodunon*[36] et la puissance des divinités

La modernité n'est pas parvenue à soustraire les béninois des pratiques "vodoun-istes". C'est l'une des principales thèses défendues par Amouzouvi (2012) dans le cadre d'une lecture critique des pratiques sécularistes chez les béninois. De même, la prolifération des religions importées notamment les églises catholiques et évangéliques n'a pas pour autant soustrait au *vodun,* sa valeur pratique dans le quotidien des béninois. Le *vodun* continue d'influencer les modèles explicatifs et les décisions des hommes notamment dans la prise en charge globale de l'accouchement. Comme développé précédemment, la grossesse est considérée comme une « *mission* » assignée à la femme par l'ordre symbolique représenté par le *vodun.* De même, le principe selon lequel chaque famille dispose d'une entité expressive du *vodun* constitue le point d'ancrage des interdits, des tabous et par la même occasion la source de protection des sujets. Selon Amouzouvi (2010), les contributions scientifiques n'épuisent pas les perceptions sociales qui placent les dieux au cœur de l'explication des situations improductives à l'homme notamment les catastrophes. En l'absence de réponse "satisfaisante" au niveau des formations sanitaires d'une part et d'autre part au niveau des religions importées, le *vodun* devient pour certains patients la porte du salut pour un accouchement « *paisible* ». Une telle tendance transparaît dans l'idée selon laquelle les béninois sont généralement chrétiens le jour et "vodun-istes" la nuit (Amouzouvi et Médégnon 2012). Loin d'y lire du syncrétisme, les auteurs optent plutôt pour l'idée d'une « superposition de pratiques religieuses» et d'une rationalité objective chez les fidèles.

Source de bonheur, le *vodun* offre l'opportunité à ses prêtres d'être une référence dans des pratiques spécifiques destinées à épargner la femme enceinte d'une souffrance relative à la douleur de l'accouchement.

[36]Le *vodunnɔ :* c'est le prêtre du *vodun*

Le *vodun* n'apporte pas que de la protection à la femme enceinte. Il n'est pas que l'agent du soulagement de sa douleur. Il est parfois désigné comme l'agent qui inflige une douleur intense à la femme enceinte. Très répandu dans les hameaux, le discours portant sur la colère des dieux explique la fréquence des recours aux prêtres du *vodun* en faveur de la femme enceinte. A titre illustratif, les adeptes du *vodun trɔn* sont tenues de se conformer aux règles de leur divinité sous peine de faire une expérience douloureuse de l'accouchement. Elles n'ont pas le droit de voler un bien d'autrui durant la période de grossesse. La sanction peut se traduire par la fréquence de douleur. Un homme qui est victime d'une trahison dans le cadre des relations amoureuses peut porter la situation vers une divinité. De même, les jalousies qui naissent entre les coépouses ou les mésententes lors des cérémonies de dot peuvent emmener des personnes à confier le sort d'une femme enceinte à une divinité. Un prêtre de *vodun* abordé à ce sujet souligne la double face (bien et le mal) du *vodun.* Dans l'un ou l'autre des cas, des rituels sont prévus pour conjurer le sort au risque de constater la fréquence et l'augmentation de la douleur chez la femme enceinte. Au titre des divinités intervenant dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement figurent, le *trɔn,* le *sakpatá,* le *gú, etc.*

Les rites de purification, d'expiation et de reconnaissance font donc le quotidien des prêtres du *vodun.* Estimée à 37 % de la population béninoise (RGPH 2006), les pratiquants du *vodun*offre l'occasion pour l'analyse des spécificités du « *marché de la religion*» (Amouzouvi 2005). La sacralisation de l'accouchement, la lutte contre l'action des "sorciers", les rites de négociation (sociale)[37] et de purification expliquent la fréquence des recours aux détenteurs des savoirs para religieux en même tant que cela fait d'eux de véritables entrepreneurs religieux (Amouzouvi 2012).

### 5.3.2.3. : Le Boconon[38] et les vertus du *fa dù*

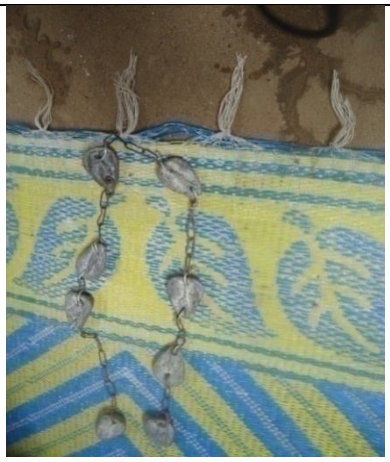
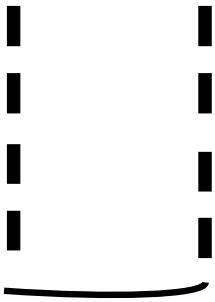
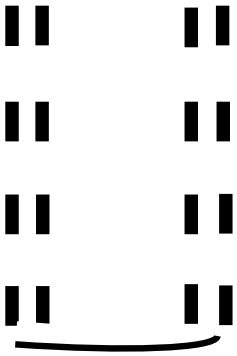
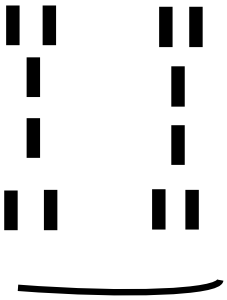
Le ***fá*** ou encore les "calculs de probabilité" constitue une référence en matière d'obstétrique traditionnelle. Parallèlement aux Consultations prénatales (CPN), les

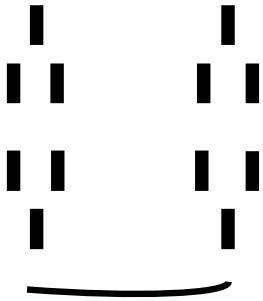
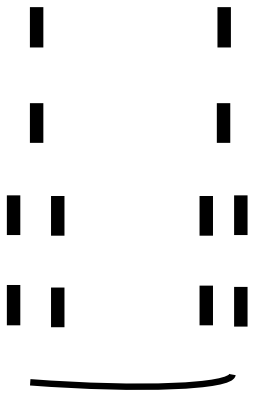
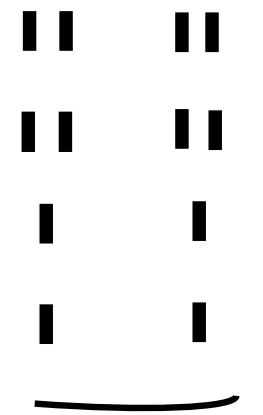
[37] Les négociations sociales : Cette expression renvoie à des mesures de contournement des principes coutumiers ou religieux sans pour autant en venir à une altération de ces principes. Par exemple, une femme pourra faire l'objet d'un rituel spécifique ou payera une somme symbolique pour "transgresser" une norme sociale sans connaître une sanction sociale à cet effet. A titre illustratif, une femme enceinte contraint de sortir la nuit pourra lancer une pierre sur la voie avec une parole symbolique.

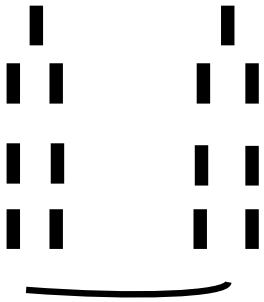
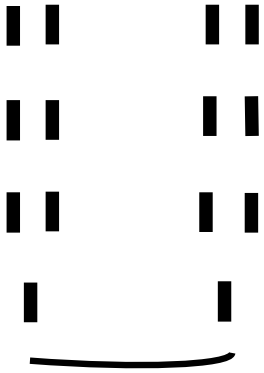
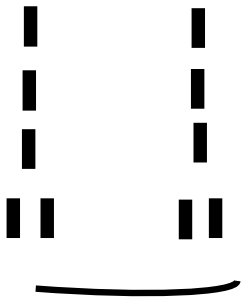
[38] Le Boconon **:** c'est le devin.

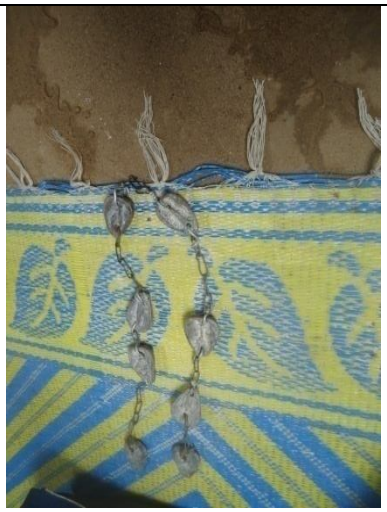
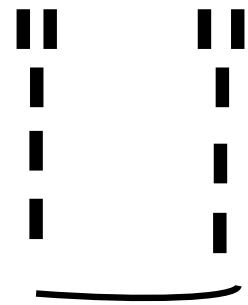
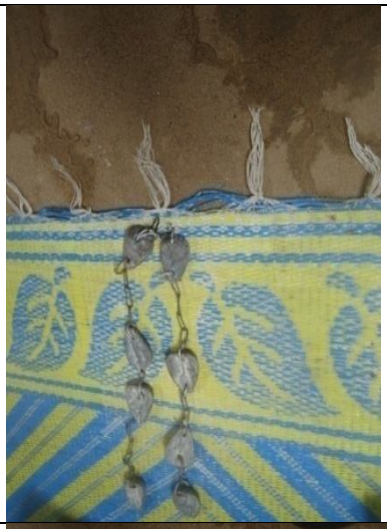
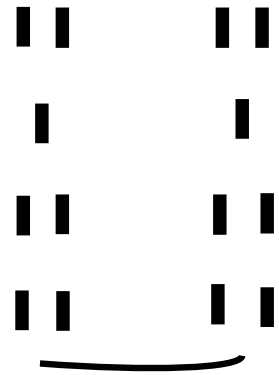
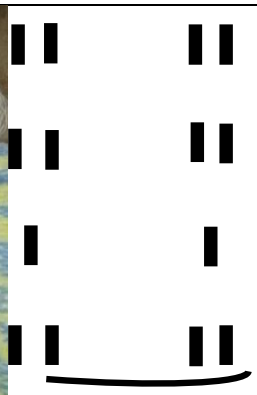
praticiens de l'obstétrique traditionnelle s'interrogent sur les causes des douleurs « *anormales* » dont font l'objet certaines femmes enceintes, l'état de santé de la mère, de l'enfant et l'évolution de la grossesse. Le besoin de se projeter sur l'avenir et de connaître les issus possibles de l'expérience de l'accouchement figure parmi les raisons qui justifient la consultation du *fά.* Praticien d'une science "carrefour", le bokɔnɔ devient donc important pour l'action du *vodun*-nɔ. Il lui permet de déterminer le "principe" qui organise les pathologies et la destinée de la grossesse afin de renseigner sur les dispositions à prendre. En matière de géomancie, la douleur de la femme enceinte n'a pas toujours une explication biologique ou physiologique. L'ordre symbolique et donc le surnaturel est parfois mis en relief pour expliquer l'émergence et l'ampleur de la douleur. La consultation du fά permet d'informer sur les origines de la douleur ou l'évidence ou non d'une grossesse douloureuse. En général, la consultation du fά a lieu cinq à six mois d'âge de la grossesse.

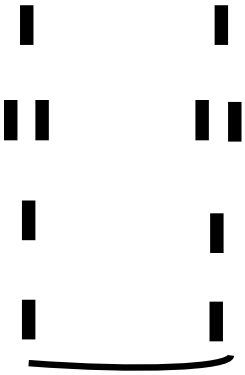
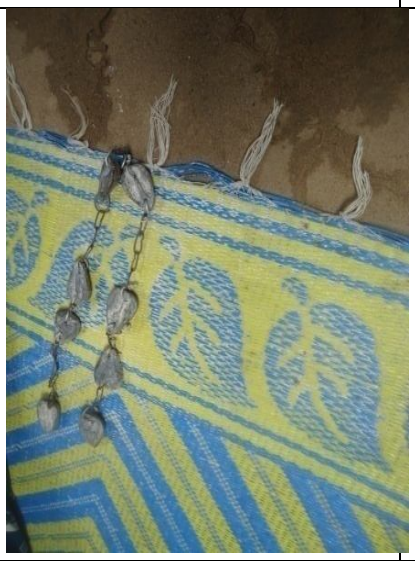
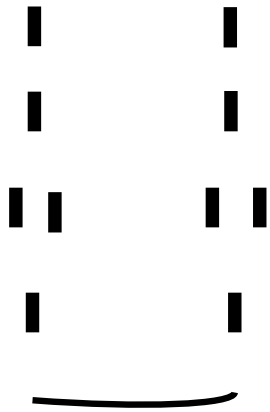
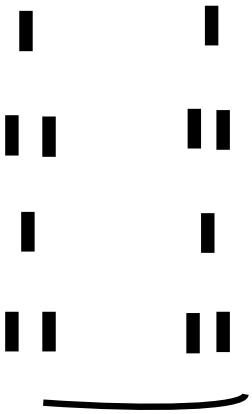
**Planche : Quelques Fa dù relatifs à la douleur de l'accouchement**

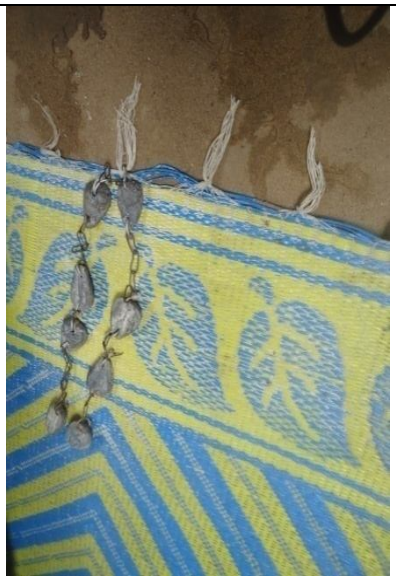
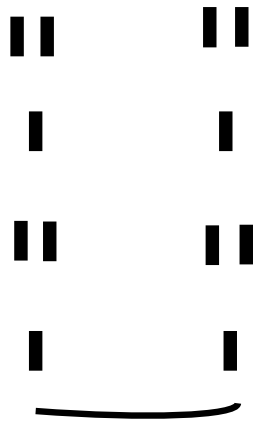
| Le ***Fa dù*** | Représentation du ***Fa dù*** | Eléments d'interprétation |
|---|---|---|
|  |  | *Djogbe* : La femme pourra se soulager d'une douleur d'accouchement intense à condition que la paix sociale règne dans sa vie conjugale. Elle doit éviter de faire l'objet de dispute au sein du ménage et des milieux qu'elle fréquente.<br>Le sacrifice aux divinités "*dan*", "*lissa*" et "*kluitɔ*" est recommandé à cet effet : Implorer le "froid" pour empêcher le "chaud". |
|  |  | *YƷcounmindji :*<br>Pour une grossesse sans douleur douleur, la femme enceinte doit éviter de participer à des complots. Elle doit éviter des scènes d'hypocrisie et surtout d'enquêter sur la vie extra conjugale de son mari. |
|  |  | *Wolimindji* : La grossesse est à l'épreuve de complications pouvant se manifester par des douleurs intenses et même une mortalité maternelle et néonatale.<br>Des sacrifices en direction des divinités "dan", "*hoovi*" et le "*fa*" sont recommandés à cet effet. |

| | | |
|---|---|---|
|  |  | *Di mindji* : La grossesse est à l'épreuve de douleur intense du fait des difficultés (financières, matérielles….) qui sont prévues pour être régulière dans la vie conjugale de la femme enceinte. Cette situation est liée à une promesse non tenue en direction d'une divinité (éventuellement pour la contraction d'une grossesse).<br>Des sacrifices en aux des divinités comme "*hoovi*", "*lègba*"…sont recommandés à cet effet. |
|  |  | *Lossomindji* : La grossesse fera l'objet de douleur intense du fait des propos diffamatoires et rumeurs portant sur la femme enceinte. Le ménage est aussi sous la menace de difficultés financière et matérielle (ce qui peut renforcer la douleur). La femme enceinte est aussi sous la menace de tentations diverses. Elle doit éviter d'utiliser tout ce qui porte la couleur rouge et de participer (ou être témoin des scènes de dispute).<br>Des sacrifices en direction des divinités "hèviosso", "*Tohossou*" et "*dan*" sont recommandés à cet effet. |
|  |  | *Wlinmindji* : Le caractère intense et fréquent de la douleur de l'accouchement porte ses germes dans l'action des proches des conjoints animés de mauvaise intension à l'égard de la grossesse. La femme enceinte doit éviter des rencontres avec les amis et réduire ses sorties. Elle doit éviter de faire l'objet ou de participer à des disputes.<br>Il faut des rituels pour conjurer les maladies destinées à intensifier la douleur et |

| | | |
|---|---|---|
| | | compliquer la grossesse. |
|  |  | *Ablamindji* : Des ennemis aux conjoints entretiennent des initiatives destinées à rendre difficile l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Pour réduire les douleurs, la femme enceinte doit éviter de manger l'œuf de poulet, d'échanger sur la vie du ménage avec ses amis et voisins. Elle ne doit pas manger du "*liyo*", du coq, du "*abla*"… |
|  |  | *Aclamamindji* : La paternité d'une grossesse attribuée à un homme autre que l'auteur est source de douleur. Aussi, les attributs ou les avantages reliés au statut de femme enceinte doivent être concédés à la femme. Il en est de même pour le conjoint. Les conjoints et beaucoup plus particulièrement la femme enceinte doit éviter les scènes de colère.<br>Des sacrifices des divinités "*dan*" et "*hèbiosso*g". |
|  |  | *Gouda mindji* : La douleur de la femme doit son intensité à la fréquence des disputes et le non respect des tabous/totems. Si la femme enceinte a la divinité "gu" comme une divinité mère, elle doit éviter d'utiliser la houe et tout autre instrument « en fer » de même que tout ce qui porte la couleur rouge. |

| | | |
|---|---|---|
|  |  | *Sa mindji* : C'est le signe caractéristique des sorciers. Les douleurs intenses, les décès maternels, les décès néonataux constituent des conséquences d'une emprise ou d'une convoitise de la part de ces sorciers sur la grossesse.<br>La femme enceinte doit éviter la prise d'huile rouge.<br>Des rituels en direction des divinités « de famille » et du "*Klinsin*" sont recommandés à cet effet. |
|  |  | *Ca mindji* : Le non respect des interdits sociaux « fait le lit » de douleurs intenses et régulières chez la femme enceinte. Cette dernière doit éviter des relations conflictuelles avec l'entourage. Elle ne doit pas boire de l'eau à l'aide de calebasse et la prise de l'huile rouge. Il est recommandé de réaliser des offrandes (de préférence dans une mosquée).<br>Des sacrifices aux divinités "*hèbiosso"* sont recommandés à cet effet. |
|  |  | Troukpinmindji : La femme est à l'épreuve de profondes douleurs et des menaces d'accouchement prématuré. Ceci porte l'empreinte d'interdits sociaux transgressés et/ou un passé qui inculpe la femme ou le conjoint. La femme enceinte doit éviter la prise de bouillie faite avec du maïs, la prise de papaye et des intestins d'animal.<br>Des sacrifices à la divinité "*hèviosso*" sont recommandés à cet effet. |

| | | |
|---|---|---|
|  |  | *Toula mindji* : La douleur de l'accouchement s'intensifie du fait de l'ingratitude de la femme ou du conjoint envers une personne spécifique (par exemple la mère). Les conjoints devront donc se réconcilier et/ou porter des actes de générosité en direction de leurs géniteurs ou les personnes qui occupent le statut de mère ou de père dans leur vie.<br>Des sacrifices en direction des divinités "*dan*", "*lissa*", "*Tohossou*" et "*lègba*" sont recommandés à cet effet. |
|  |  | *Lètèmindji* : Le non respect des interdits sociaux et un héritage non partagé sont des potentielles sources de douleurs intenses (et même de décès maternels/néonatals). Des rituels spécifiques sont recommandés à cet effet. La femme enceinte devra aussi éviter de visiter sa mère jusqu'au jour de l'accouchement et faire attention aux visites dans la belle famille.<br>Des sacrifices en direction des divinités "*gou*", "*kluito*" et "*dan*" sont recommandés. |
|  |  | *Tchèmindji* : Pour se priver des complications, des intenses douleurs de grossesse et d'un décès maternel (et/ou néonatal), la femme doit faire l'expérience de changement de comportement particulièrement en ce qui concerne sa moralité. Elle doit éviter de consommer toute alimentation qui n'a pas fait l'objet d'effusion d'eau chaude mais directement fumée ou cuite à l'huile chaude. Elle doit éviter le contact avec la couleur rouge.<br>Des sacrifices à la divinité " |

| | | |
|---|---|---|
| | | *sakpata*" sont recommandées. |
|  |  | *Fou mindji* : C'est aussi un signe caractéristique des sorciers. Ces derniers profèrent des malédictions sur la grossesse et la femme enceinte. La souffrance de la femme enceinte est un objectif poursuivi. Il est recommandé de renforcer le « niveau spirituel" de la femme enceinte et du conjoint. Elle doit éviter de souffler le feu avec sa bouche ou d'en faire de même face à un repas chaud. Elle doit s'avoir s'exprimer en public. |

Source : Données de terrain

Les informations rapportées dans la planche mettent en évidence un parallélisme entre les Consultations prénatales et la consultation de l'oracle en faveur de la femme enceinte. En effet, les acteurs sociaux considèrent, généralement, que la grossesse entretient aussi bien une dimension biologique qu'une dimension symbolique. Aussi, ils défendent l'idée selon laquelle l'expérience de la grossesse est aussi celle avec le « *monde invisible* ». Ainsi, l'évolution normale d'une grossesse est liée, dans une certaine mesure, à la nature des rapports entre l'ordre symbolique et la personne (sociale) de la femme enceinte. Dans une attitude d'anticipation (comme les consultations prénatales), la femme enceinte est appelée à faire l'objet d'un diagnostic sur les pronostics actuels et futurs portant sur la grossesse qu'elle porte. Suivant le verdict du devin, des enseignements, des informations et des recommandations sont portés à l'endroit des acteurs sociaux.

On se retrouve donc en situation d'un double dispositif parallèle de suivi de la grossesse et de prise en charge de la douleur : celui du milieu médical (biomédecine) et celui inspiré par les pratiques socioreligieuses.

# CHAPITRE VI. LE DISPOSITIF PROTOCOLAIRE MODERNE FACE AUX AUTRES REPERES SOCIAUX DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

## 6.1. Le mythe de la santé parfaite !

La santé publique n'est pas qu'une science. Elle constitue aussi un "outil" qui imprime à l'action politique, une "idéologie" et donc une manière de concevoir et de gérer les questions. Elle articule alors une perspective fondamentale (élaboration des connaissances) et une perspective appliquée (application des connaissances pour résoudre des problèmes spécifiques de santé). Elaborer une critique constructive portant sur la santé publique, c'est une manière de contribuer à l'amélioration des politiques sanitaires et de la santé des populations. Cet exercice, Dozon et Fassin (1998) à l'image d'autres chercheurs l'ont engagé avec des résultats qui ont d'ailleurs servi entre autres, à l'orientation de la présente recherche.

La propension à garantir à la femme enceinte une grossesse exempte de toute maladie, de toute instabilité physique et de tout risque est perçue comme une ambition saine mais irréalisable. Même lors des entretiens individuels ou de groupe avec les patientes, les agents de santé s'expriment plus en termes de « *courage* » que d' « *assurance* ». Une grossesse « *sans douleur* » est admise comme une entreprise « *louable* » un « *non - lieu* ». Conformément aux données précédemment présentées, les raisons évoquées articulent les facteurs que sont « le pouvoir d'achat », « l'ignorance », « le fait culturel », l'«accessibilité géographique », l' « accessibilité sociale »…Mais en dehors de ces facteurs, les dimensions psychologiques et sociales de la maladie militent en faveur des réserves que les agents de santé eux-mêmes accordent à l'idée d'une *santé parfa*ite chez la femme enceinte. Et pourtant, ces mêmes agents de santé reconnaissent que le bien-fondé de l'organisation administrative et technique du système sanitaire est évidemment, une telle ambition. Il existe des contraintes structurelles, politiques, conjoncturelles et des "frontières" socioculturelles qui ne peuvent pas permettre une atteinte des objectifs fixés au système sanitaire béninois notamment en matière de

mortalité maternelle et néonatale. L'atteinte des Objectifs 4 et 5 qui concernent le volet santé maternelle et néonatale des OMD présente donc des incertitudes chez le personnel sanitaire. Entre le discours des politiques sur la santé et celui des praticiens, des écarts sont donc notés.

En dehors des aspects abordés par les agents de santé, l'accouchement est considéré comme une épreuve. Les plaintes sanitaires liées à la grossesse sont considérées comme une composante de cette épreuve. Loin d'être considérés comme des faits qui interfèrent dans la vie de la femme enceinte, les maux de ventre, les maux de hanche… sont perçus comme faisant partie de l'expérience « *normale* » de la période impartie à la grossesse. Même si l'entourage et la femme enceinte s'en plaignent, ces états font, généralement, partie des attentes « *normales* » chez les femmes enceintes. Je pourrai tenter de poser l'hypothèse d'une "normalité de la souffrance " chez la femme enceinte. Déjà, la douleur fait partie des indicateurs de suivi communautaire de la grossesse. Plus de la moitié des patientes abordées (même si la tendance est faible dans le rang des femmes fonctionnaires), affirme avoir de la difficulté à convaincre leur entourage sur la nécessité de faire recours aux centres de santé. L'une des questions posées aux femmes enceintes et nourrisses était de savoir quels sont les avis portés par l'entourage immédiat face sur les plaintes qu'elles formulent au sujet de leur état de santé.

*Tableau XVIII: Extraits des propos qui réduisent le recours aux soins chez femmes enceintes en milieu communautaire*

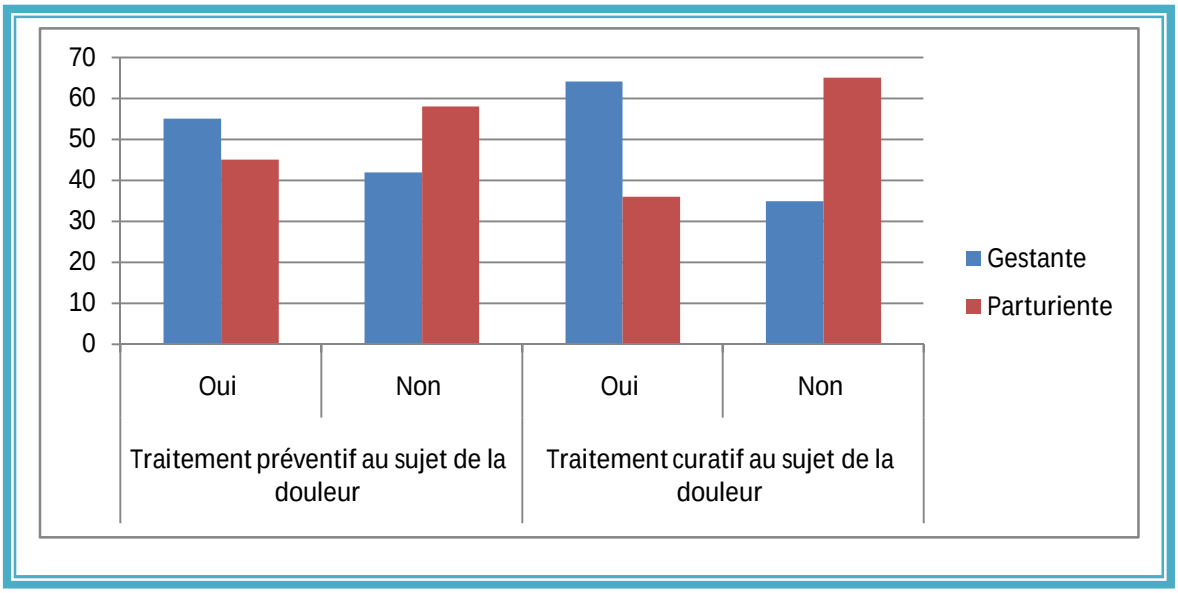
| **Extraits des avis à forte fréquence (chez 89 % des femmes enceintes et nourrisses)** |
|---|
| « *…c'est toujours cela…la grossesse* » |
| « *…j'avais senti les mêmes douleurs mais après ça passe. Sois courageuse* » |
| « *Ce n'est encore rien…chez d'autres, c'est plus grave. N'aie pas peur* » |
| « *C'est parce que l'enfant bouge, c'est un bon signe* » |
| « *Si tu as peur, tu vas avoir mal. Chaque grossesse choisit ses problèmes…Ça va passer ;* |
| **Extraits des avis à fréquence moyenne (chez 40 % des femmes enceintes et nourrisses)** |
| « *Ce n'est pas parce que tu as mal que tu vas directement aller au centre de santé. Attends un peu on verra* » |
| « *C'est parce que c'est ta première grossesse, ça va changer* » |
| « *Trop de médicaments rend l'enfant faible* » |
| « *Chaque femme avec son destin. Il y a des femmes qui sont souvent malades. C'est comme ça dans certaines familles* » |
| **Extraits des avis à faible fréquence (chez 28% des femmes enceintes et nourrisses)** |
| « *Tu fais trop la "bébé"* » |
| « *Quand on se plaint trop sur la santé, cela agit sur l'enfant* » |
| «*il faut juste faire désormais attention à ce que tu manges et aux gens que tu vois* » |

Source : Réalisé à partir des données de terrain

Les propos rapportés dans le tableau 18 sont tenus par les femmes pour défendre, généralement, trois situations types. La première concerne la faible tendance à se mettre dans un état de personne malade. En effet, La femme enceinte conçoit l'idée de la présence d'un "corps étranger" en elle comme source de « *déséquilibre* ». Ainsi, ces propos témoignent parfois de la normalité des symptômes de perturbation dont elles font l'objet. Sous ce rapport, l'idée d'une quiétude totale dans la période de grossesse relève d'un mirage chez la femme enceinte. C'est plutôt l'absence totale de symptôme de "dysfonctionnement" qui inquiète la patiente et son environnement.

La « santé parfaite » ne se présente donc pas comme une absence de manifestation de dysfonctionnement sanitaire chez la femme enceinte. Si théoriquement, une convergence des points de vue entre usagers et agents de santé est notée à ce propos, le contenu donné à la valeur pratique de l'ambition santé parfaite chez la femme enceinte varie d'une catégorie d'acteurs à une autre (et parfois à l'intérieur même des catégories). Dans le rang des agents de santé, la santé parfaite est majoritairement admise comme un état d'esprit, une volonté, un idéal qui se matérialise par des mesures préventives et thérapeutiques. Les Consultations prénatales, les analyses médicales, les séances d'IEC et entretiens individuels sont mis à profit à cet effet. Le dossier des femmes enceintes renseigne alors sur une série d'analyses médicales. Une gestante de six mois de grossesse s'exprimait en ces termes : « *c'est toujours cela. Analyse sur analyse et les résultats sont négatifs* ». Elle ajoute, « *si toi tu peux leur parler, parle leur. Je suis là pour accoucher et non pour des analyses* ». L'étude des dossiers des patientes a révélé l'impact de tels propos dans la prise en charge de l'accouchement. Les analyses médicales suggérées par le personnel font l'objet d' (ré) interprétation chez les usagers des services de maternité. Les analyses qui entrent en ligne de compte de la prévention des risques sanitaires sont moins honorées que celles relatives au traitement d'un mal perceptible.

En effet, les parturientes et les gestantes sont beaucoup moins favorables à un traitement préventif de la douleur qu'à un traitement curatif. Ceci explique la fréquence des risques de grossesse. Les cas de dystocies sont généralement liés à l'absence des dispositions préventives lors du suivi de la grossesse. Par contre la faible tendance à la prévention n'empêche pas une forte tendance à guérir une douleur « anormale ». Les douleurs « anormales » sont celles liées à des maladies ou des complications de grossesse. Les agents de santé se plaignent généralement de ce comportement chez la patiente. Mais lorsque la douleur se manifeste dans ses formes « anormales », l'observance médicale est de mise. Les Sages-femmes, ont pour la plupart, confié « *une fuite de responsabilité* » chez les époux et parents des patientes pendant la période de la gestation. Mais lors du travail d'accouchement, cette fuite de responsabilité est moins remarquable. Lorsque l'on analyse la situation au niveau des acteurs favorables ou non à la prévention ou à la thérapie, la tendance varie selon qu'ils s'agissent des patientes. La figure 16 en fait une illustration.




**Graphique 15: Statistiques relatives à la prévention ou non de la douleur chez la parturiente**

Source : Réalisée à partir des données de terrain

Parmi les femmes favorables à la prévention, la tendance est plus élevée chez les gestantes qu'au niveau des parturientes. La situation se présente à l'inverse donc au niveau de celles qui ne sont pas favorables à une démarche de prévention contre la douleur de l'accouchement. Les données produites indiquent que 55 % de gestantes sont d'avis favorables contre 45 % des parturientes. Dans le rang des femmes non favorables au traitement préventif de la douleur de l'accouchement figurent 58 % de parturientes contre 42 % de gestantes. En effet, au début de la grossesse ou encore la période qui précède celle du travail d'accouchement, l'apparition des douleurs entretient de nombreuses interrogations. Ces interrogations portent sur les sources naturelles, humaines ou surnaturelles de la douleur. Elles portent aussi sur des risques relatifs aux fausses couches et à d'autres formes de complication de la grossesse. La période de la gestation n'est donc pas perçue comme celle des douleurs. Par contre, la période du travail d'accouchement est perçue comme celle qui est caractérisée par l'émergence de la douleur. Cette douleur fait d'ailleurs partie (parole d'un Sage-garant de la tradition) prenante du processus de la délivrance. Les tendances au niveau du traitement curatif de la douleur de l'accouchement confirment les observations émises au sujet du traitement préventif. Les gestantes sont beaucoup plus favorables au traitement curatif de la

douleur que les parturientes. En ce qui concerne la catégorie des femmes favorables, il y a 64 % du total qui est composées de gestantes contre 36 % composées de parturientes. De même, 65 % des femmes qui ne sont pas favorables au traitement sont des parturientes contre 35 % de gestantes.

Une santé parfaite exempte de toute douleur, de toute maladie, de toute autre perturbation d'ordre physique, mentale et sociale[39] n'existe pratiquement pas dans les consciences individuelle et collective des acteurs sociaux. L'hyper médicalisation de l'accouchement et donc la propension à "tout" prévenir reçoit un écho défavorable chez les usagers des services de maternité : « *la grossesse, c'est déjà le début des soucis. Et c'est pour cela qu'elle a une valeur et n'est pas donnée à n'importe qui* » disait une nourrisse juste après son premier accouchement. La prise en compte des spécificités culturelles et des traits similaires entre les peuples autorise une approche « multi actors» dans laquelle la femme enceinte, son époux et les acteurs de l'obstétrique traditionnelle occupent une place de choix. Le leadership de la formation sanitaire doit être beaucoup expressif dans le transfert de responsabilité aux populations que dans le paternalisme qui fait du système sanitaire le premier responsable de la prise en charge de la santé de la femme enceinte. La santé publique fait de l'Etat le « super responsable » de la santé des populations et de ces dernières un « partenaire » pour l'atteinte de la mission. Une telle perspective n'est pas sans effet improductif sur la qualité des prestations dans les maternités, objet de l'étude. La femme enceinte et les acteurs sociaux qui influencent la relation médicale ne sont pas reconnus comme les « acteurs de premier rôle ». Cela laisse percevoir un comportement passif, une faible collaboration et une faible prise de responsabilité dans la relation médicale au niveau des femmes enceintes (et au niveau de l'environnement social autour d'elle). Or, la relation médicale fait partie prenante de la prise en charge de la douleur chez la patiente. En réalité « dans une relation de soins, de la qualité de l'interaction entre le médecin et son patient découle une meilleure perception de la problématique somatique, de la souffrance présentée et de la charge émotionnelle adjacente. Tout état dont le corps est à la fois le support, le contenant et l'expression » (Vaysse 1993: 99). Or, les relations entre patientes et sages-femmes sont « *beaucoup plus tendues* » (propos d'une nourrisse soutenus par ceux de la majorité des

[39] L'OMS (1946) conçoit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

informateurs) que celles avec les autres corps de métier au niveau des formations sanitaires. Souvent admises comme des "entrepreneurs de morale" (Becker 1985), les sages-femmes introduisent généralement (à part quelques cas spécifiques enregistrés dans certains centres de santé) une relation verticale avec les patientes. Ces relations sont entretenues par des « demandes d'explication » ; des « reproches » ; « des mises en gardes » et parfois des « injures ». Il est donc important d'envisager de nouveaux repères pour l'approche communautaire dans les « soins de santé de la mère et de l'enfant » et beaucoup plus spécifiquement la place des acteurs parallèles de l'offre des soins obstétricaux.

### 6.1. 1 : Pour un nouveau pacte social entre acteurs intervenant dans l'offre de soins obstétricaux

Les données produites et analysées dans les chapitres précédents ont permis la mise en valeur de la perspective structuro fonctionnaliste d'une part et d'autre part celle interactionniste dans l'étude de la douleur de l'accouchement. L'avantage de ces approches se trouve à un double niveau. Dans un premier temps, elles ont permis de prendre connaissance des traits qui caractérisent ces acteurs notamment le profil de l'offre qu'il propose. Le deuxième concerne la nature et les niveaux d'articulation des rapports entre ces acteurs autour de la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte. Dans le cadre théorique propre à l'alternative "champ médical", tel que repris par Kpatchavi (2011), la co intervention des acteurs renseignent sur une co présence de logiques d'intervention et types de savoirs. En effet, la pluralité des acteurs n'est pas seulement le fait d'une revendication d'un savoir et d'une prise de conscience en faveur de la douleur de la femme enceinte. Il existe aussi des enjeux qui structurent la configuration des acteurs associés à la prise en charge globale de la douleur chez la femme enceinte. La diversité des acteurs renseigne sur une diversité des légitimités, des rationalités, des intérêts, des modes d'intervention et des niveaux d'intervention. Une complémentarité dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement n'est possible que lorsque ces facteurs participent de la synergie des actions autour de la femme enceinte. Certes, le Bénin a connu des avancés dans ce sens avec la mise en place de diverses plates-formes de co présence entre les acteurs de l'obstétrique moderne et ceux de l'obstétrique traditionnelle. Mais il reste non seulement à construire des modèles de

convergence des savoirs mais aussi à harmoniser les idéologies que développe chacune des catégories d'acteurs. Déjà, les informations précédemment rapportées témoignent du fait qu'il y a plus de femmes enceintes engagées dans le dualisme obstétrical que de femmes enceintes répondant à un seul registre. Une mutualisation des compétences au niveau des acteurs des obstétriques moderne et traditionnelle devient alors un défi. Mais il ne s'agit pas d'un défi exclusivement politique. Il s'agit surtout de disposer d'une offre de service intégrée. Le SONU communautaire est une marque de cette prise de conscience. Seulement, les discours, les pratiques enregistrées sur les différents sites de la recherche traduisent un visage mitigé de la collaboration entre les acteurs. Le tableau suivant projette un regard synthétique sur l'ensemble des principales particularités au niveau des acteurs qui dominent l'arène de la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

*Tableau XIX: Caractéristiques des acteurs de la prise en charge de la douleur de l'accouchement.*

| Catégories d'acteurs | Principales sources de légitimité | Mode dominant de production des savoirs | Pratiques majeures (niveaux d'intervention) |
|---|---|---|---|
| Sages-femmes | Bio médecine | -Empirique<br>-Expérimentale | -Examen clinique (recherche d'agents pathogènes) ; Touchés ; observations ; échanges |
| Religieux | -Théologie<br>-Us et coutume | -Communication verticale (symbolique)<br>-Phytothérapie<br>-Magico-religieux<br>-Cause à effet | Echanges ; prières ; rituels, sacrifices ; mixture ; amulette |
| Tradi thérapeutes | -Théologie<br>-Us et coutume | | Echanges ; mixture ; amulette ; Sacrifice, rituels |
| Devin | -Théologie<br>-Us et coutume | | Echanges ; Consultation du ***fá*** ; amulette ; sacrifice, rituels, prière |
| Dignitaires des religieux | -Théologie<br>-Métaphysique<br>-Us et coutume | | Echanges ; mixture ; amulette ; Sacrifice, rituels, prières |

Source : Réalisé à partir des données de terrain

La classification faite dans le tableau 19 ne doit pas être prise dans une perspective rigide.

Des glissements sont constatés dans la mesure où certains agents de santé présentent des caractéristiques associées aux acteurs parallèles et vice versa. La situation rapportée dans le tableau est plutôt expressive des tendances dominantes au sein des catégories d'acteurs.

Il existe aussi bien des similitudes que des écarts dans les traits qui caractérisent les principaux acteurs engagés dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement. La démarche causale reste déterminante pour chacune des catégories d'acteurs. Seulement, le profil du savoir et la légitimité expliquent le fait que les causes ne sont pas recherchées au même niveau. Les agents de santé recherchent les causes de la douleur dans les combinaisons biologiques et physiologiques. Il s'agit par exemple de rechercher l'existence ou non de complication ralentissant le travail de l'accouchement. Par ce procédé, l'information nerveuse produit par la rareté du liquide amniotique face aux contractions des muscles de l'utérus est une cause de douleur. De même, l'existence d'un agent pathogène dans le corps de la femme peut introduire une excitation des nerfs et provoquer une sensation douloureuse chez la femme enceinte. Par contre chez les acteurs de soins parallèles, les sources sont beaucoup plus recherchées dans la métaphysique. Sont mises en relief les considérations suivantes : les implications des injustices sociales commises, le sort jeté contre l'évolution normale de l'accouchement, les préceptes religieux. Ainsi, la biomédecine est la référence des agents de santé pendant que les us et coutumes, la métaphysique et la théologie restent celles des acteurs parallèles. Pendant que les agents de santé pensent qu'il faut intervenir sur le corps pour appréhender les sources directes ainsi que les formes expressives de la douleur, les acteurs parallèles admettent que le corps est un espace, un lieu où se manifeste l'action d'un ordre symbolique. Je pourrai donc tenter de poser l'idée de la double face d'une pièce de monnaie : le corps et l'esprit. Des pratiques des acteurs de l'obstétrique parallèle, il ressort qu'une dialectique est de mise entre ces deux faces mais avec un point de départ extérieur au corps. La douleur tire ses origines de l'extérieur du corps (et s'y matérialise. C'est dans l'ordre symbolique, l'environnement social et non à l'intérieur de l'individu qu'il faut résoudre l'équation du corps. Cette perspective rejoint le mode d'intervention des sages-femmesdu point de vue des

interventions portant sur le moral de la femme. Les entretiens qui renforcent et systématisent l'observation empirique et les analyses cliniques traduisent une volonté d'intervenir sur la conscience de la femme. Or, dans la plupart des cas, cette conscience n'est pas détachée des contextes de déroulement de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Elle n'est pas non plus détachée des pratiques identitaires donc coutumières et religieuses. Il existe donc des points d'interface dans l'offre de service des deux types d'obstétrique. Déjà, l'intervention des religieux crée une prédisposition favorable à la prise en charge médicale de la douleur chez la femme enceinte. Les prêtres des églises catholiques, les pasteurs des églises évangéliques et les responsables du Christianisme célestes attestent que, parfois leur intervention n'est destinée qu'à garantir une quiétude au niveau du moral de la femme enceinte. C'est aussi le propre des humains de se créer un état d'esprit avant toute épreuve. L'état dans lequel la femme enceinte gère l'épreuve du corps est tributaire de comment elle gère l'épreuve de l'esprit notamment son mental : « Sans système de pensée, une société ne pourrait exister » (Colleyn 1998 :171). Le même auteur, parlant des hommes au sein de la société affirme que « les déterminants biologiques ne leur fournissent pas de solutions toutes faites, ils doivent partiellement inventer l'univers dans lequel ils vivent » (Colleyn 1998 :171).

Chez les chrétiens catholiques approchés, cette conscience est fondamentalement logée dans des référents bibliques et les prières. En la matière, la prière adressée à « *Notre Dame de la maternité* » est comme une "clé" pour les fidèles. Conseillée aux fidèles par les responsables au même titre que « *Notre Dame des douleurs »*, elle permet aux fidèles de se préparer au travail d'accouchement et de se sentir en « *sécurité » (*propos d'une Sage-femme). Après avoir remarqué cette prière chez une parturiente, je lui ai demandé de partager avec moi les raisons pour lesquelles elle porte sur elle la prière et la récite depuis près d'une heure. La parturiente, fonctionnaire de son état, qui était à son troisième accouchement a plutôt opté pour une lecture d'un extrait de la prière. Et puis, elle met l'accent sur quelques vers de la prière. La discussion avec elle a permis de relever l'ensemble des phrases qui se rapporte à l'accouchement. L'extrait lu par la patiente est ici rapporté et les passages concernant l'accouchement sont soulignés.

*« ….Femme invulnérable aux attaques de Satan, priez pour nous*

*Sainte Marie, Notre-Dame des Victoires, priez pour nous*

*Sainte Marie, consolatrice des enfants avortés, priez pour nous*

*Sainte Marie, au contact de qui Jean-Baptiste tressaillit d'allégresse, priez pour nous*

*Sainte Marie, par qui Elisabeth a eu une heureuse délivrance, priez pour nous*

*Sainte Marie, protectrice des femmes enceintes, priez pour nous*

*Sainte Marie, bonne délivrance des femmes en travail, priez pour nous*

*Notre-Dame de la Maternité, délivrez-nous,*

*Du pouvoir et des tentations de Satan,*

*De la séduction des idoles et des fausses doctrines,*

*Des possessions démoniaques,*

*Des illusions pernicieuses, des esprits des ténèbres,*

*Des attaques des sorciers et des maîtres occultes,*

*Des pactes diaboliques qui rendent esclaves de Satan,*

*De l'idolâtrie, du spiritisme et du satanisme,*

*Des sectes, de la sorcellerie, et des sociétés secrètes,*

*Des pièges de la divination et des fausses prédictions,*

*Des fausses visions et des rêves trompeurs,*

*De toutes les malédictions,*

*Des envoûtements, des sortilèges et des maléfices,*

*Des fléaux dévastateurs,*

*De la faim, de la violence et de la guerre,*

*Des accidents mortels,*

*Des maladies contagieuses,*

*De la stérilité d'origine maléfique,*

*De toute menace contre les enfants dans le sein maternel,*

*Des accouchements difficiles,*

*Des traumatismes de notre enfance,*

*Des perversions dont sont victimes les enfants,*

*Des angoisses de l'âme et des maux du corps… »,*

Au-delà d'une prière, ces passages renseignent sur la conscience que les parturientes ont de la vie et des évènements autour d'elles. L'accouchement, en général, et la douleur qu'elle provoque en particulier apparaissent comme un évènement. En

général, les acteurs sociaux conçoivent Dieu comme « …maître de la vie… » (Lambert & Michelat 1992 :170). L'agent de santé est donc perçu comme une personne qui se doit d'être le "bras opérationnel" de Dieu. Le développement enregistré au niveau de la biomédecine est conçu comme une œuvre de Dieu à travers l'action des hommes. Vu sous ce rapport, l'efficacité dans l'intervention obstétricale est perçue comme une onction divine. Chez les christianistes célèstes approchés notamment à *Tɔri,* l'ange « *Jimata* » est spécialisé dans l'accompagnement des femmes enceintes. Il assure le « *combat contre les esprits des ténèbres et dirige le processus de la délivrance» (*Propos d'une responsable de culte du Christianisme Céleste).

Au même titre que les religions importées, les religions endogènes postulent une organisation symbolique du monde. Dans cette organisation, les fidèles de chacune de ces religions, admettent l'existence d'une entité spirituelle chargée de veiller sur la femme enceinte et d'accompagner l'épreuve de la douleur. Le *vodun sakpatá,* le *vodun dan* et *vodun trɔn…* sont cités sur ce registre. La religion devient donc un refuge pour la femme enceinte dans ses angoisses. Elle lui offre des référents et un système de pratiques pour une prise en charge de sa douleur. Ainsi, les consciences à l'échelle collective présente des structures structurantes (Bourdieu 1980) du rapport à la douleur de l'accouchement. La femme enceinte y puise des référents, des prédispositions pour faire face à l'épreuve de l'accouchement. La polémique entretenue avec l'interférence des acteurs extérieurs à l'environnement médical dans le processus de prise en charge des patients trouve ici une réponse beaucoup plus sensible. En effet, avant d'être biologique, la douleur relève du sociologique et ceci est longuement démontré dans la présente recherche. Elle renvoie à un état d'âme qui n'est que la conséquence d'une conscience collective ou le résultat d'interactions sociales (dans la relation médicale par exemple). C'est aussi l'expression des ambitions et attentes que se construit la patiente au sujet de l'évènement qu'est l'accouchement (la naissance d'un bébé). La non prise en compte de ces paramètres ne pourrait garantir une effective prise en charge de la douleur chez le personnel obstétrical.

Mais une approche extensive de la responsabilité des acteurs sociaux dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement engage aussi l'action de l'environnement communautaire. Il s'agit particulièrement des rôles joués par

l'entourage de la femme enceinte face aux plaintes qu'elle formule suite à la douleur qu'elle ressent.

Une approche intégrée dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement nécessite donc des responsabilités aussi bien chez les acteurs des soins de parallèles, l'époux et les parents de la femme enceinte, que chez d'autres personnes qui influencent ses choix et comportement. A mon avis, il ne s'agit pas d'organiser les acteurs suivant les priorités accordées à chacun d'eux mais plutôt de communiquer sur les responsabilités. Lors des entretiens de recherche, certains jeunes époux étaient appelés à donner leur avis sur la responsabilité qui leur revient dans la prise en charge de l'accouchement en général et la douleur de l'accouchement en particulier. De même des femmes enceintes se sont exprimées sur la contribution de leur entourage aux fins de soulager leur douleur. Au niveau des époux, la question est apparue « *inappropriée* » pour plus de la moitié. Les époux estiment que c'est une responsabilité des agents de santé, des belles-mères, de la femme. Par contre, les femmes estiment n'avoir pas bénéficié d'un réel accompagnement de leurs époux. Elles mettent en relief, les absences physiques, la fréquence des disputes, les refus de collaboration dans la gestion des tâches de ménage et l'insuffisance d'affection. En effet, 85 % des époux ont jugé inopportune leur présence dans les salles d'accouchement. Cependant, 76 % des femmes enceintes ont souhaité accoucher en présence de leur époux. Les raisons évoquées par les épouses sont diverses pendant que les époux éprouvaient de la difficulté à expliquer leur choix. Chez les épouses, les raisons les plus évoquées transparaissent dans les réponses suivantes *« Il doit venir comprendre que ce n'est pas facile d'accoucher » ;*

*« Il n'est pas seulement là pour enceinter, il doit partager la douleur avec moi » ;*

*« S'il est là, j'aurai plus de courage pour supporter la douleur » ;*

*« Il pourra me parler, me tenir compagnie et m'encourager, j'aime qu'il me soutienne »*

*« Les hommes, il doivent aussi être là. Si on a besoin d'un médicament, il va partir payer. Comme ça, je sais que je ne suis pas seule. Il est aussi là et joue un autre rôle » ;*

*« (Sourire), il peut par exemple me caresser et me dire de belles choses, c'est bien non ? » ;*

Aucune des femmes n'a indiqué la présence de son époux dans la salle d'accouchement. Elles ont plutôt insisté sur le refus des époux d'y être même si le

personnel médical l'autorisait. Par contre, plus de la moitié des femmes qui se sont exprimées à ce sujet ont reconnu que les époux étaient venus au moins une fois dans les locaux de la maternité sans forcément les voir.

La problématique de la douleur de l'accouchement interpelle donc la conscience et l'implication des différents acteurs. Mais pour y arriver, il est aussi important de (ré) interroger le protocole de prise en charge de l'accouchement.

### 6.1.2 : Pour de nouveaux repères dans la prise charge de la douleur

L'organisation, la formulation et l'accessibilité de l'offre de service en soins obstétricaux dans le système sanitaire béninois vu de l'intérieur présente des aspects différents de ceux qu'on pourrait apercevoir dans le cadre d'une lecture de l'extérieur. Vu de l'extérieur, la pyramide sanitaire laisse envisager une prise en charge hiérarchisée suivant les différents niveaux d'articulation de l'offre de service. La femme enceinte peut bénéficier des soins pour le suivi (de proximité) de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Les soins préventifs, les analyses biomédicaux et autres dispositions techniques sont prévus dans l'objectif de détecter les éventuels indicateurs de risque et de complication de grossesse. Dans ces cas, la patiente pourra, suivant la particularité du diagnostic médical, faire l'objet d'un référencement au niveau supérieur. A chaque niveau, il existe une expertise plus complexe avec un plateau technique spécifique. La logique de cette organisation sous-tend le principe selon lequel une femme qui assure le suivi médical de la grossesse devra en sortir saine et sauve. Aussi, le protocole de soins dans les maternités répond, du moins, théoriquement, à une logique à la fois préventive et curative des obstacles à un accouchement normal chez la femme enceinte. On peut aussi noter une répartition temporelle des actes médicaux pour le suivi de la grossesse et l'accouchement. Pour l'essentiel, le premier trimestre constate l'effectivité de la grossesse, assure le suivi et la recherche des éventuels facteurs de risque. Les objectifs associés au deuxième trimestre renvoient à apprécier l'évolution et la vitalité de l'œuf, rechercher et faire le point des facteurs à risque. Quant au troisième trimestre, le personnel obstétrical est particulièrement attaché à vérifier la bonne évolution de la grossesse, à dépister une hypertrophie fœtale et à faire le pronostic de l'accouchement. Une femme qui suit régulièrement les consultations prénatales devrait donc bénéficier

de tous ces services. Elle devrait aussi avoir pris le « *dessus sur les douleurs anormales ou trop intenses* » (propos d'une Sage-femme). Les ordonnances médicales sont délivrées pour prévenir et guérir les maladies et complications comme l'anémie, le paludisme, les hémorragies de la grossesse et les hémorragies de la délivrance. En honorant les rendez-vous médicaux et les ordonnances, la femme enceinte devrait pouvoir réduire les chances de l'émergence des dystocies, des infections post-partum et les Menaces d'Accouchement Prématurée (MAP).

Il s'agit donc d'un ensemble d'opérations centrées sur l'évolution biologique de la grossesse, la santé biologique de la femme enceinte et celle de l'enfant. A y voir de près, la douleur n'occupe pas une place de choix dans l'exercice du protocole médical. Du moins, sa prise en charge transparaît de façon indirecte : Prévenir les complications, appliquer une thérapie aux complications et maladie pour répondre à la douleur de l'accouchement. En général, si dans le suivi de la grossesse, la question de la douleur intervient dans l'exercice du protocole, c'est souvent à titre de symptôme d'un mal quelconque. Il faut attendre l'entrée de la femme enceinte en travail pour constater une réaction directement liée à la douleur. A cette étape, la douleur joue un double rôle. Elle permet à l'agent de santé de poser des hypothèses cliniques sur l'évolution du travail et de prendre la direction de l'accouchement. C'est plutôt dans les échanges éducatifs, les entretiens Counseling[40] qu'une place est réellement accordée à la prise en charge de la douleur en tant que réalité distincte.

Et pourtant ce qui est certain chez une femme dès le constat de la grossesse est fait, c'est qu'elle fera l'expérience de la douleur. Chez certaines femmes, cette certitude appelle à son tour des angoisses qui ne sont pas sans effet sur l'évolution de la grossesse. Contrairement aux maladies comme le paludisme, l'anémie, les infections le milieu obstétrical n'offre pas de réelles réponses à la femme enceinte en termes de prise en charge de la douleur de l'accouchement. Ceà quoi on assiste, ce sont des conseils en termes d'encouragement et de maîtrise de soi. Dans les salles d'attente des maternités, j'ai pu voir des femmes qui visiblement, souffrent. Et dans des cas où les indicateurs liés à la santé de la mère, de l'enfant et l'évolution de la grossesse sont normaux, la femme a toutes les chances de rentrer sans échanger sur la douleur. Et pourtant, la

[40]Les entretiens Counseling : Il s'agit d'entretiens individuels de nature confidentielle

douleur n'émerge pas toujours avec l'apparition d'un symptôme de maladie ou de dysfonctionnement. Elle fait partie intégrante du processus de la grossesse. Et comme évoqué dans le chapitre théorique, en France par exemple, il existe une loi qui autorise l'accompagnement de la douleur chez la patiente.

Lorsqu'il revient aux agents de santé de s'exprimer sur ce que le protocole prévoit en matière de prise en charge de la douleur, la réponse est pratiquement la même : « *il revient à chaque agent de savoir quoi dire pour remonter le moral de la femme* ». En dehors de ce discours, les produits biomédicaux constituent l'essentiel de la référence pour s'occuper de la douleur de l'accouchement. Mais les données produites ont montré les limites des produits biomédicaux dans la prise en charge de la douleur en général et celle de l'accouchement en particulier. L'absence d'une réponse médicale à la prise en charge efficace de la douleur chez la femme enceinte renforce la part de responsabilité des acteurs communautaires dans l'accompagnement de la femme enceinte. Celles-ci connaissent bien la consigne propre aux Sages-femmes: « *si tu sens une douleur quelque part, passe nous informer* ».

Paradoxalement, l'information sur la douleur est déterminante pour l'agent de santé. Elle lui permet de formuler des hypothèses sur l'évolution de la grossesse notamment celle du travail d'accouchement. En l'absence d'un contenu efficace de la prise en charge médicale de la douleur de l'accouchement, les patientes ne peuvent que se remettre aux convenances sociales, aux us et coutumes, aux référents religieux….pour combler le vide de l'accouchement. Ces observations emmènent donc à accorder plus de crédits à ces facteurs dans l'administration du protocole médicale.

## 6. 2 : L'ancrage social du rapport à la douleur

### 6.2.1 : Quand la douleur chez la femme enceinte rime à un évènement social !

Les données empiriques et les arguments théoriques exploités dans la présente production scientifique constituent des matériaux pour une théorisation sur la douleur de l'accouchement au Bénin. Suarez (2008) en développant une approche diachronique de l'étude de l'accouchement explore les pratiques d'accouchement chez les "indigènes" des îles Trobriand en Nouvelle-Guinée à l'époque du paléolithique inférieur. L'un des mérites de cette approche est d'établir déjà une historicité de son objet d'étude qu'est

l'accouchement. L'auteur renseigne sur les us et coutumes au service de l'accouchement avant même une "incursion" des « savoirs occidentaux» dans la prise en charge de l'accouchement. Les marques de l'historicité transparaissent aussi dans l'établissement d'une anthropologie de la douleur chez Le Breton (1995). En croisant d'une part les données empiriques et analyses de ces deux auteurs et d'autre part, les pistes de recherche qu'ils offrent aux chercheurs, on peut conclure une historicité de la douleur de l'accouchement. L'expérience de la douleur ne relève guère de la modernité et sa prise en charge est loin d'être une invention du 19ème siècle (avec l'essor des progrès de la biomédecine). L'obstétrique traditionnelle chez les usagers des services de maternité dans la zone Sanitaire *Ouidah-Kpomassè-Tɔri*, permet de découvrir les preuves de l'historicité de la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

En effet, l'obstétrique traditionnelle permet de remonter l'histoire sociale des peuples de *Ouidah*, de *Kpomassè* et de *Tɔri*. Elle permet aussi d'apprécier le passage à la modernité aussi bien dans ses fondements que dans la démarche suivie. La période révolutionnaire au Bénin a non seulement impacté l'environnement politique et économique mais aussi le milieu religieux et coutumier dans ses implications en matière de prise en charge de l'accouchement. Selon les informateurs, le passage des heures de gloire de l'obstétrique traditionnelle à l'obstétrique moderne est d'abord et avant tout la manifestation d'une décision politique et non une désaffection à l'égard des pratiques coutumières et religieuses. Sous le régime révolutionnaire, la « chasse aux sorcières», s'est matérialisée par une remise en cause de la légitimité des dignitaires de culte *vodun*. Les couvents de culte endogène sont fermés et diverses pratiques coutumières sont interdites. Dans cette même perspective, la fréquentation systématique des centres de santé au détriment de l'action de ceux qui sont désignés aujourd'hui sous le vocable "acteurs parallèles" de soins, relève d'une imposition. Au lendemain de l'avènement de la démocratie, les pratiquants de l'obstétrique traditionnelle ont progressivement repris service avec la pratique des accouchements à domicile. Plus de la moitié des tradi thérapeutes et des dignitaires de culte endogènes sont à domicile. Si cette pratique a connu du recul dans la zone sanitaire couverte par l'étude, c'est beaucoup plus du fait, des campagnes de sensibilisation (en faveur du rejet de la pratique de l'accouchement à domicile) et de la remise en cause de l'efficacité de l'offre de service en obstétrique traditionnelle. La période démocratique est aussi celle du néocolonialisme avec

l'érection des politiques sanitaires centrée sur l'utilisation de l'offre des formations sanitaires. C'est aussi le règne de la pénétration des savoirs biomédicaux dans la prise en charge de l'accouchement et ce comme une référence en matière de santé publique.

En marge de ces évolutions, l'obstétrique traditionnelle a continué à inspirer les usagers des services de maternité et plus particulièrement l'action du milieu communautaire. De même, les données traitées dans le chapitre précédent indiquent l'imbrication des savoirs au niveau même du personnel sanitaire.

A l'origine, était donc l'obstétrique traditionnelle marquée par la présence fonctionnelle du religieux et du coutumier. Si les progrès de la biomédecine et l'action politique ont permis d'inverser les indicateurs d'utilisation de l'offre de service des formations sanitaires, ils n'ont pas pour autant empêcher le recours aux considérations religieuses et coutumières dans la prise en charge globale de la douleur de l'accouchement. L'historicité et la persistance des pratiques sociales relatives à la douleur de l'accouchement sont connues et défendues par les informateurs. Au nombre des raisons qu'ils évoquent, figurent, la valorisation des traits identitaires, la revendication d'une place de choix dans l'ingéniosité en matière d'accouchement et la préservation de la santé de l'enfant, du couple et des collectivités. Au titre de la valorisation des traits identitaires, figure l'expression des totems, tabous et autres mécanismes de régulation sociale. La revendication d'une place dans l'ingéniosité en matière d'accouchement concerne la mise en valeur des croyances, des vertus des plantes et de la géomancie, la valorisation des pouvoirs détenus par les agents symboliques notamment les divinités et autres entités religieuses. Et la préservation de la santé de l'enfant, du couple et des collectivités traduit un attachement à l'équilibre d'un ordre à la fois matériel et symbolique, de l'humain et du surnaturel. Selon une croyance répandue à *Tɔri,* la femme enceinte sert d'intermédiaire entre le « *les esprits surnaturels et le monde humain* ». C'est à ce prix qu'un enfant mort-né ou une femme enceinte qui perd la vie ou meurt à la suite d'un accouchement bénéficient de rituels spécifiques à leur enterrement. Ce triple fondement renseigne sur les raisons qui participent de l'ancrage communautaire de la prise en charge de la douleur chez les femmes enceintes et surtout les difficultés relatives à la collaboration entre acteurs de l'obstétrique traditionnelle et ceux de l'obstétrique moderne.

L'historicité donne donc à la douleur de l'accouchement un ancrage social. Avec cet ancrage, elle n'apparaît pas comme une simple douleur. Elle ne saurait être confondue avec la douleur liée à une blessure banale ou encore celle que ressent un sportif pour réaliser un exploit. En effet, si le sportif peut renoncer à la victoire par peur de la douleur, la femme enceinte ne saurait s'y soustraire. Elle fait partie du projet humain de la femme. Et comme l'affirme une nourrisse « *la césarienne, ne fait pas de la femme une mère. C'est la douleur qui permet cela. Il faut vivre cette douleur pour mériter des honneurs. Celles qui n'ont jamais pris par là, ne savent pas de quoi il s'agit* ». Si le contenu des propos peut inspirer une compassion, le visage "joyeux" de cette nourrisse fait disparaître toute hypothèse de tristesse et de regret liée à la douleur chez la femme enceinte. Elle répond, dans une certaine mesure, à un rite de passage. Au-delà de l'enfant, la douleur de l'accouchement offre à la femme, tout un crédit social au sein de la communauté. En dehors donc de l'historicité, la douleur de l'accouchement entretient une contrainte « douce ». C'est tout comme un « passage obligé » même dans la conscience des femmes qui ont souhaité avoir un accouchement par voie césarisée pour contourner la douleur.

En effet le travail d'accouchement est vécu comme un moment spécial dans la vie de la femme. On peut retrouver les preuves de cette particularité dans les propos des femmes enceintes reportés comme suit :

*« L'accouchement, c'est un combat » ;*

*« C'est la douleur de l'accouchement qui permet de reconnaître vraiment qui est femme » ;*

*« Le jour du travail d'accouchement est un autre jour. Ce n'est pas comme les autres jours) »*

La douleur de l'accouchement apparaît donc comme un "évènement particulier". Mais elle n'est pas exclusive car elle présente un ancrage communautaire, culturel et religieux.

Ainsi, Garrigou (2009), associe à l'accouchement le concept d' « *évènement* ». Considéré dans ces termes, l'accouchement devient donc un champ d'étude à part entière. Mais ce qui fait réellement de l'accouchement un évènement, c'est moins le fait de donner naissance que l'expérience vécue et exprimée au sujet de la douleur de l'accouchement. De par l'expérience (voulue et choisie) de cette douleur, la femme

rompt avec l'image que l'on avait d'elle dans le passé pour en offrir une nouvelle. Elle a pu traverser une épreuve avec succès.

### 6.2.2 : Quand la douleur chez la femme enceinte rime avec une construction sociale !

Les données jusque-là abordées et traitées peuvent répondre à un premier niveau de synthèse comme suit :

- la douleur est inhérente à la grossesse et l'accouchement ;
- la douleur de l'accouchement n'est pas perçue et vécue de la même manière, aussi bien par les agents que par les usagers des services de maternité ;
- la (les) manière (s ) dont les acteurs sociaux se construisent l'expérience de la douleur en général, celle de l'accouchement présente (nt) des implications sur la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte ;
- l'imbrication des savoirs (officiels et parallèles) chez les Sages-femmeset la diversité des recours chez les usagers des services de maternité renseignent sur l'absence de complémentarité aussi bien chez les acteurs de l'obstétrique moderne que ceux de l'obstétrique traditionnelle ;
- au-delà du biologique, la douleur de l'accouchement articule (fondamentalement), une dimension socio affective, une dimension religieuse, une dimension coutumière ;
- en marge des traits identitaires spécifiques aux peuples, aux groupes, la douleur de l'accouchement met en relief la nature et l'enjeu autour de la relation médicale et celle qui lie les usagers aux centre de anté d'une part et d'autre part les enjeux communautaires autour de la femme enceinte ;
- la douleur de l'accouchement met en évidence une diversité de douleurs entretenues par des agents qui sont de nature symboliques ou non ;
- l'expérience de la douleur de l'accouchement est aussi bien individuelle que collectives ;
- le milieu communautaire développe des usages sociaux de la douleur.

  On est donc en présence d'une panoplie de variables qui organisent l'expérience de la douleur chez la femme enceinte. Si la douleur de l'accouchement est souvent perçue comme une manifestation biologique ou psychologique, c'est

beaucoup plus parce que l'analyse est fondée sur le niveau d'expression de la douleur. En réalité, les mécanismes qui l'entretiennent et qui organisent sa place dans la perception des usagers des services de santé, sont éminemment sociologiques. Tout au long du présent travail, sont explorées et analysées diverses dynamiques sociales qui permettent de revendiquer la nature sociologique de la douleur. Mais il ne s'agit pas de l'inscrire dans un déterminisme social absolu et exclusif. L'interaction entre les facteurs, le regard que projette la femme enceinte sur le contexte de l'accouchement et les enjeux y afférents sont autant de paramètres décisifs. La figure 5 suivante permet une lecture synthétique de ces variables.

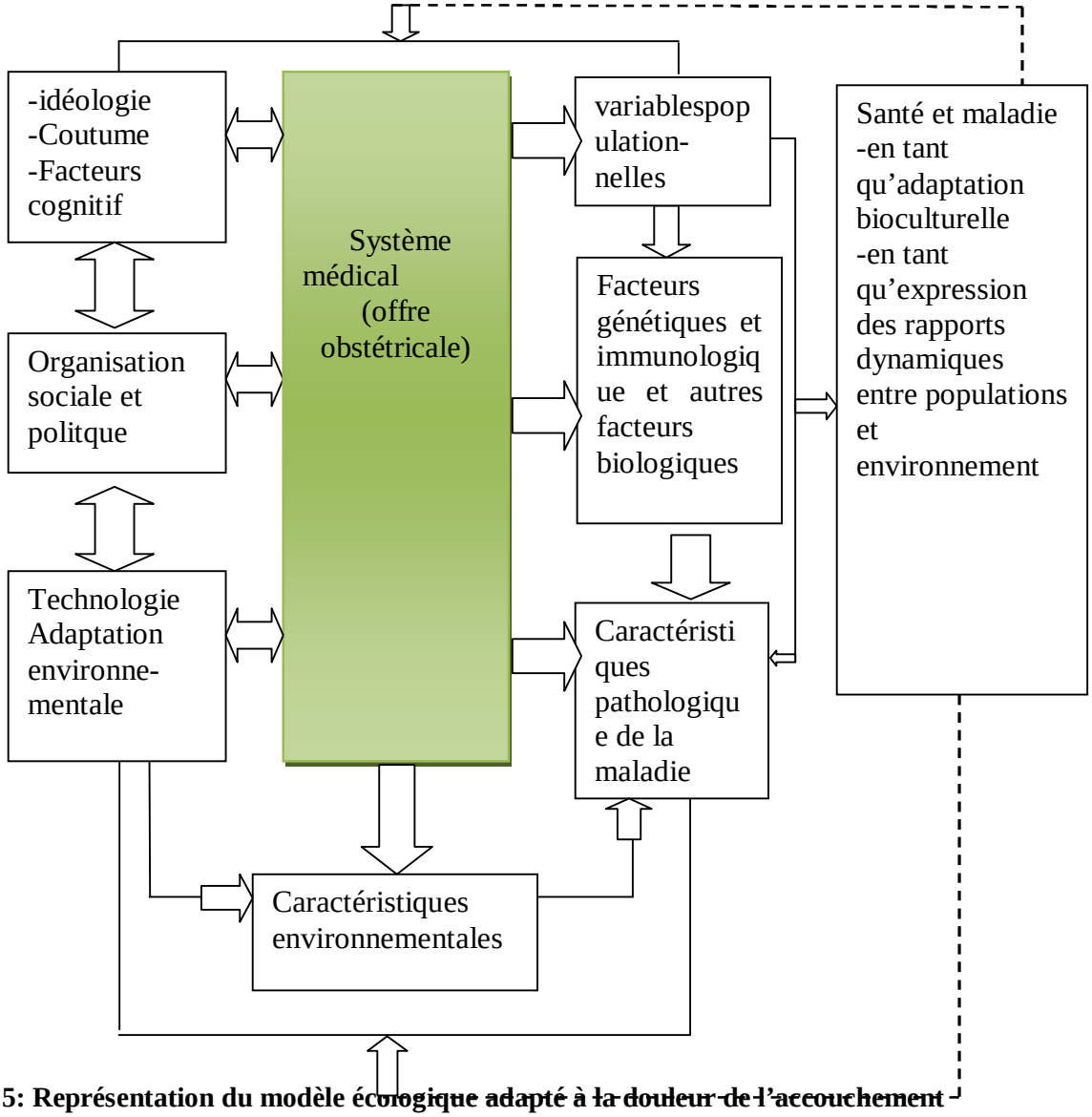



**Figure 5: Représentation du modèle écologique adapté à la douleur de l'accouchement**

Source : Réalisé sur la base d'une adaptation de cadre conceptuel de Massé (1995) repris par Lacourse (2002)

Le modèle écologique est souvent utilisé pour le compte du paradigme « système médical ». Il permet une lecture holistique de la formulation, de l'accès et de l'utilisation de l'offre de service dans les systèmes médicaux. Dans le cas d'espace, son intérêt est à trois niveaux majeurs : la perspective multifactorielle dans l'appréhension de la douleur de l'accouchement, les niveaux d'ancrage de cette douleur et l'angle systématique.

En effet, la question de la douleur de l'accouchement est aussi celle de la rencontre entre le corps (le biologique) et le champ perceptif de la femme (la culture/les rationalités). On est donc face à une "enculturalisation du corps". Cette enculturation est le reflet d'un rapport dynamique (inter influence) entre les femmes enceintes et les environnements dans lesquels elles puisent les repères. Dans cet environnement, interagissent diverses autres composantes. L'idéologie, les us et coutumes, les facteurs cognitifs…construisent chez les acteurs les sens de la douleur de l'accouchement, son mode d'expression, ses significations et sa place dans l'activité obstétricale et l'accouchement. Le contexte devient donc une composante assez importante et permet de poser les divergences dans les manières dont les individus pensent et gèrent la douleur de l'accouchement. Si le corps et ses composantes biologiques sont (a priori) "similaires" dans leur composition, les aspects sociaux introduisent les différences.

On est alors en présence de construits sociaux. Les succès de ce concept mis en chantier par Berger & Luckmann (1966) peuvent être mis à profit dans le cadre de l'analyse de la douleur de l'accouchement. Au nombre des considérations qui font d'une réalité, une construction sociale, Hacking (2001) distingue le fait qu'elle relève d'un acquis et que sa nature à un temps donné n'est pas inévitable. La douleur telle que ressentie et exprimée par une femme n'est pas de l'ordre de l'inévitable. Elle peut ressentir autrement cette même douleur et l'exprimer différemment du fait des repères sociaux qui particularisent qui structurent ses choix et comportements. L'approche constructiviste de Bourdieu est significative pour l'analyse de la douleur dans la mesure où elle permet d'articuler les dimensions subjective et objective qui caractérisent le comportement des femmes face à la douleur. Ainsi, c'est au carrefour de deux niveaux

d'interaction que la femme enceinte construit son rapport à la douleur de l'accouchement. D'un côté, figure l'interaction dynamique entre les composantes sociales (et subjectives) liées à la vie (sociale) de la femme. On y retrouve les expériences individuelles et collectives, les valeurs éducatives et normes sociales et les enjeux et ambitions individuelles…D'un autre côté, se présentent, les interactions entre ces composantes et les considérations biologiques (sensation nerveuse par exemple). Il s'ensuit que la santé de l'individu est déterminée par des facteurs qui s'inscrivent dans des considérations d'ordre «social, culturel, économique, politique, génétique et environnemental » (Van Olmen et al, 2012 : 8).

### 6.2.3 : Le "rapport à la douleur " : un concept opératoire au service du développement

L'utilisation du "rapport à la douleur de l'accouchement" relève d'une suite logique des différentes analyses effectuées ; des informations produites sur la douleur de l'accouchement. Il permet une meilleure synthétisation des conclusions de la recherche et une meilleure mise en valeur de la part du social dans l'activité obstétricale. Le concept porte sur trois différents aspects développés par la présente recherche qui lui accordent des valeurs diverses :

- **la valeur théorique**

Les femmes enceintes ne conçoivent pas toujours de la même manière que les agents de santé la douleur de l'accouchement. A l'intérieur de chaque catégorie, la douleur est aussi construite différemment. De plus, chez la même femme, la douleur n'est pas construite, ressentie et exprimée de la même manière dans le temps. En effet, 69 % des multipares affirment n'avoir pas ressenti la douleur de l'accouchement de la même manière d'un accouchement à un autre. Selon les sages-femmes, les primigestes développent, généralement une faible résistance à la douleur de l'accouchement contrairement aux multipares. Cette opinion est partagée par des nourrisses interrogées. En racontant leur propre expérience, elles ont indiqué avoir connu une douleur plus intense à la première grossesse. Mais le nombre de ceux qui tiennent ce discours est faible dans l'échantillon de recherche soit moins des 1/3 (un tiers) des nourrisses et femmes enceintes. Par contre, une lecture comparative des informations liées à cet aspect permet de relativiser la thèse selon laquelle, plus une femme a de l'expérience

dans l'accouchement, moins elle souffre. Plus des 2/3 (deux tiers) de l'échantillon des nourrices et femmes enceintes multipares ont raconté avoir connu des expériences différentes de la douleur d'un accouchement à un autre. Dans les discours, il apparait clairement que l'intensité de la douleur et la souffrance ressentie n'ont pas connu une baisse régulière avec l'augmentation du nombre d'enfants. Avec un regard amusant, Une Sage-femme décide de s'exprimer sur les expériences de maternité qu'elle a connues en tant que patiente : « *Le premier, j'ai beaucoup souffert, j'ai failli demander une césarienne. Après je suis entrée dans cette profession. Au deuxième, j'ai moins souffert mais mon troisième, n'en parlons pas* » (son visage témoigne d'une douleur intense au troisième accouchement).

Dans le récit de vie A.O., nourrice à *Ouidah,* les extraits suivant retiennent l'attention :

« *Mon premier homme*[41]*m'avait laissée juste après l'accouchement. Je me rappelle, j'étais seule dans la salle d'accouchement. Ma sœur est venue après. Je n'ai pas crié…* » ; « *Même pendant les huit mois, j'ai pas connu ce que j'ai supporté avec l'enfant de mon mari. Chaque enfant avec sa tête*[42] ».

La formule « *chaque enfant avec sa tête* » est bien répandue. Dans certains ménages, des femmes (et les époux) ont choisi de faire l'exercice qui consiste à catégoriser les enfants suivant l'intensité de la douleur connue lors de la grossesse ou de l'accouchement de chacun d'eux. Dans certains cas, le discours de l'informateur porte aussi sur les circonstances sociales particulières. De même, la tendance à "sexuer" la douleur de l'accouchement est remarquée dans la plupart des discours des femmes qui ont effectué cette catégorisation. Sans pourtant justifier ses propos, une femme qui venait d'accoucher pour la troisième fois s'exprimait en ces termes :

« *Quand tu souffres beaucoup et que la douleur vient régulièrement, cela veut dire que tu attends un garçon. Mais si tu as moins mal, c'est une fille qui est dans ton ventre.* »

La douleur de l'accouchement n'est donc pas une donnée figée. Le concept de « rapport à la douleur de l'accouchement" permet donc de la relativiser et de la rattacher à l'individu, c'est-à-dire à la femme enceinte. Sous d'autres aspects, on parlera du

[41] Premier homme : pour désigner le premier mari

[42] Chaque enfant avec sa tête : une expression métaphorique pour désigner l'idée selon laquelle chaque enfant avec son destin et ce qui le particularise. Dans l'imaginaire populaire, certains enfants naissent avec un profil comportemental qui transparaît déjà dans l'ampleur de la douleur connue par sa mère à l'occasion de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

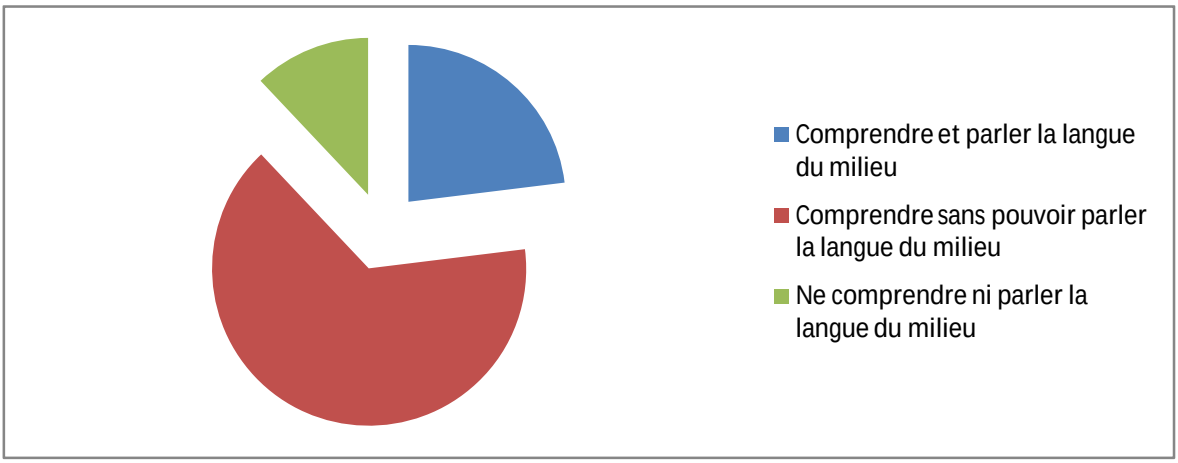
« rapport à l'emploi », du « rapport à l'alimentation », du « rapport à l'hygiène »….Il ne s'agit pas de concevoir la réalité en dehors de celui sur qui elle porte. Une politique sanitaire (et dans tout autre domaine de la vie) doit sa pertinence sociale au fait qu'elle porte non sur le fait lui-même mais plutôt sur le rapport que l'homme entretient avec le fait. La douleur de l'accouchement peut s'avérer universelle parce que connue par toutes les femmes qui accouchent notamment par voie basse. Mais le rapport développé entre elle et l'homme (la manière de la concevoir, de la ressentir et de l'exprimer) n'est pas connue d'avance ou universelle. Il faut y voir toute la pertinence de la notion d'habitus dans le constructivisme. L'habitus, chez Bourdieu renvoie à ces prédispositions qui organisent les manières de penser, d'agir, intériorisées par l'individu et qu'il extériorise. Ce n'est donc pas la douleur en soi que la femme enceinte extériorise mais plutôt la douleur socialement construite.

- **Valeur pratique**

La valeur pratique du concept « rapport à la douleur de l'accouchement » réside dans l'usage du protocole d'accouchement. Du fait des divergences dans le « rapport à la douleur de l'accouchement », le protocole en œuvre dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement ne saurait être univoque et stricte. Déjà, Olivier de Sardan (2001) a mis en évidence la particularité du métier d'accouchement chez les Sages-femmes. A la suite de l'auteur, je constate que le déroulement du protocole de surveillance n'est pas appliqué de la même manière d'une patiente à une autre. Ce n'est toujours pas le protocole qui fixe la conduite à tenir. Aucune des sages-femmes approchées n'a reconnu avoir observé le contenu strict du protocole obstétrical.

Mais relativiser la prise en charge de la douleur de l'accouchement, c'est entrer dans l'intimité de la femme enceinte ou encore développer une expertise dans l'appréhension de l'environnement global (économique, social, culturel, relationnel…) de la femme. C'est développer une relation de confiance avec la patiente. Schütz évoque, à cet effet, la notion d'intersubjectivité dans laquelle la communication occupe une place de choix. A ce sujet, les langues de communication dans la relation médicale entre patientes et sages-femmes ont été étudiées. Au nombre des résultats obtenus, quatre sont directement liés à la prise en charge de la douleur. Le français, langue de travail au Bénin est pratiquement absent dans les échanges au niveau des maternités. La

situation est évidente aussi bien dans les échanges entre agents de santé et usagers, que dans les échanges entre les agents de santé. Dans le rang des usagers, 98 % des patientes, même les fonctionnaires sont favorables à l'utilisation de la langue locale comme langue de travail dans les maternités. Elle facilite l'intercompréhension et l'expression des pensées des acteurs en présence. Dans le rang du personnel de santé, 66 % des sages-femmes reconnaissent avoir de la difficulté à communiquer avec les femmes enceintes. Au nombre des raisons évoquées, figurent, la non maîtrise de la langue de l'usager, la timidité, la tendance à garder le secret, l'insuffisance de temps nécessaire pour écouter chaque femme enceinte. Le graphique suivant renseigne sur la maîtrise des langues des usagers des services de maternité par les Sages-femmes.




**Graphique 16: Aptitudes linguistiques chez les agents obstétriciens**
Source : Données de terrain

Trois catégories de sages-femmes sont identifiées. La première catégorie concerne les sages-femmes qui comprennent et parlent bien la langue du milieu. Il s'agit de celles qui sont originaires du milieu, celles qui ont vécu plus de 5 ans déjà dans le milieu. La deuxième catégorie est constituée des sages-femmes qui comprennent la langue des usagers mais ne sont pas en mesure de s'exprimer dans cette langue. Elles sont originaires du milieu ou ont vécu pendant 3 ans déjà dans le milieu. Et enfin, la troisième catégorie est constituée de Sage-femme qui ne comprennent pas la langue du milieu et donc ne savent pas communiquer dans la langue. Elles maîtrisent, dans la plupart des cas, une autre langue apparentée. La proportion la plus élevée se situe au niveau des sages-femmes qui comprennent la langue du milieu sans être en mesure de

s'exprimer dans cette dernière convenablement. Par contre, la proportion la moins élevée concerne celle qui ne comprennent pas du tout la langue du milieu et qui s'appuient sur des langues apparentées pour exercer le métier.

La faible maîtrise de la langue constitue un obstacle dans la prise en charge de la douleur. Elle réduit l'intercommunication entre la patiente et l'agent de santé. Dans certaines formations sanitaires, les aides-soignantes sont mises à contribution dans ce cas. Or, le besoin de confidentialité et le registre de la honte caractérisent les attitudes des femmes enceintes (Moussa 2007). Le besoin de confidentialité traduit l'ambition de la femme de ne pas s'attirer la colère de son époux sur la base des informations qu'elle aurait apporté à la Sage-femme sur la nature des relations conjugales, les contraintes dont elle fait l'objet et les mesures parallèles prises par la belle famille pour son accouchement. Quant à la honte, elle porte sur le regard de la Sage-femme sur la vie sociale de la patiente, son intimité et les pratiques « peu recommandées » développées. Elle porte sur l'opinion de l'autre (Ouattara 1999) sur soi. Une femme enceinte affirmait n'être pas « *à l'aise* » quand les Sages-femmes « *entrent dans sa vie privée* ». Elle ajoutait par exemple « *elle me demande si ma douleur a commencé après l'acte sexuel ou pas et si j'ai pris un produit…Je ne sais pas. Elle n'ont qu'à faire le métier au lieu de mettre le nez dans ce qui ne les concerne pas* ». Mais cette même patiente est consciente de l'importance de l'information dans la prise en charge de sa douleur. Seulement le choix des expressions et l'absence de propos métaphoriques qui caractérisent le discours sur l'intimité et la sexualité en milieu rural (surtout) constituent des obstacles à l'activité des sages-femmes qui ne maîtrisent pas le registre sociolinguistique des patientes.

Ces différentes situations s'ajoutent aux différences religieuses, culturelles et sociales pour expliquer les frontières à la prise en charge médicale de la douleur de l'accouchement.

## 6.3. La socio anthropologie dans l'arène des soins obstétricaux

Le socio anthropologue est –il un "insider" ou plutôt un "outsider" dans le milieu obstétrical ? Voilà une question qu'on est désormais en droit de se poser. A défaut d'envisager la question en ces termes, on pourra simplement se demander s'il n'est pas plutôt l' « intrus qui connait la maison».

En effet, les soins obstétricaux constituent pour bien d'acteurs une "chasse gardée" de la biomédecine et de la santé publique. Les progrès enregistrés dans les laboratoires de la génétique, de l'anatomie, de la physique cellulaire et donc en biologie servent de catalyseur pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et la satisfaction des besoins de santé et de procréation chez les individus. Mais ces progrès ne sont tout de même pas parvenus à inscrire certains évènements comme l'expérience de la douleur dans le cadre général de vie des usagers des services de santé. Or, la valeur de la douleur par exemple dans l'idéal humain des populations est importante dans la vie quotidienne et la culture des sociétés (Peter 1993) . Cette importance procède du fait qu'elle permet de comprendre l'expérience que la patiente fait de la douleur dans la relation médicale.

Déjà, les tenants du courant de l'anthropologie médicale et de la socio anthropologie de la santé ont largement contribué au progrès des systèmes sanitaires. Le regard critique porté sur les idéologies et pratiques des systèmes sanitaires a permis d'intégrer des aspects non biomédicaux dans l'organisation et l'utilisation des services de santé. Le domaine de maladie et de l'épidémiologie est largement exploré à cet effet. Le domaine des soins obstétricaux y trouve aussi son intérêt. En effet, l'enfantement n'est pas seulement le résultat d'un processus biologique conduit et suivi par l'agent de santé. Si le commun des sages-femmes admet que l'acte d'accouchement renvoi à un détachement ou encore à un dénouement (l'enfant et le placenta sortis du ventre de la mère), Emy (1988) montre que le détachement et le dénouement n'est pas seulement entre l'enfant et la mère. Dans certaines cultures, le détachement renvoie aussi à une opération rituelle qui intervient lors du travail d'accouchement. Elle devra délier tous les nœuds qu'elle porte dans ses cheveux, ses vêtements, ses colliers au risque de ne pas connaître le dénouement de l'accouchement. A *Tɔri***,** deux pratiques séculaires sont identifiées dans ce sens. La première consiste à partir d'un rituel pour faire porter un

collier à la femme ou encore une amulette. Tant qu'elle les porte sur elle ou particulièrement à la taille, elle ne pourra pas accoucher quelle que soit l'expertise médicale développée. Cette pratique est une réponse aux menaces d'accouchement prématurées. La femme enceinte, lorsqu'elle est à terme, pourra défaire ou enlever dans un sens précis les nœuds ou colliers afin que le processus de délivrance puisse connaître un succès. Face à cette pratique, se développe une autre qui consiste à « *cadenasser* » la grossesse. A l'aide d'un cadenas, la grossesse est « *fermée* » et son « *ouverture* » n'est possible qu'après l' « *ouverture* » du cadenas (propos d'un devin soutenu par plusieurs autres informateurs). Le même auteur soutient l'idée selon laquelle les positions adoptées pour la délivrance répondent aussi à des référents culturels. Ainsi, le fait d'être couchée, accroupie, à quatre pattes, à genoux…répondent à des traits caractéristiques des cultures.

Les différents types de positions que les sages-femmes sollicitent chez les femmes enceintes sont parfois méconnues ou peu « acceptables » chez certaines femmes. Les observations directes effectuées dans les salles d'accouchement ont permis de constater notamment à *Ouidah* que certaines parturientes présentent des difficultés et gênes à adopter la position gynécologique. La position gynécologique a aussi un sens, une signification pour la patiente. C'est avec un visage défait que certaines femmes l'adoptent alors que d'autres s'y mettent avec beaucoup d'empressement et de facilité. En effet, à la suite de Mauss (1950), il faut reconnaître que le corps n'est pas neutre. Certaines positions sont moins douloureuses et inappropriées pour certaines femmes ; sans l'être pour d'autres. Il existe donc des référents sociaux qui déterminent le rapport au corps (Lacourse 2002).

Ainsi, l'activité obstétricale n'est donc pas un « terrain » étranger à la socio anthropologie. Elle y joue un rôle important. Elle permet par exemple, de ressortir le social qu'entretien le biologique dans la prise en charge de l'accouchement en général et de la douleur de l'accouchement en particulier. Elle offre des matériaux pour comprendre le rapport à la souffrance et à la douleur de même que les pratiques conséquentes. Les multiples inventions de la biomédecine et l'expertise de la Sage-femme en réponse à la douleur ne peuvent tout même pas arrêter la souffrance (Kpogo1990). Dans la souffrance, il y a une part importante du socio anthropologique. A la question de savoir si la patiente a mal (question fréquente dans les salles

d'accouchement), il faut reconnaître que les réponses enregistrées ont d'abord un sens subjectivement projeté pour la patiente avant de l'avoir pour l'agent de santé. Le refus d'exprimer la douleur ou non n'est pas toujours lié à la douleur elle-même mais plutôt à des usagers sociaux que les femmes et leur entourage en font. A *Kpomassè*, particulièrement dans les milieux ruraux, une croyance populaire enseigne qu'exprimer avec beaucoup de cris sa douleur est une « *porte d'entrée pour les mauvais esprits* ». Les femmes font donc l'effort de contenir la douleur avec comme conséquence des réponses erronées apportées aux questions de la Sage-femme.

Le sens socialement attribué à la douleur est donc pertinent pour l'activité médicale. Dans une recherche portant sur l'accouchement à Québec, Lemay (1997) a répertorié les significations associées à la douleur par les patientes. Si certaines femmes l'associent à un processus normal de l'accouchement, d'autres par contre, y retrouvent, une valeur initiatique et d'autres encore la construisent comme un sentiment d'accomplissement. Selon le sens apporté à la douleur, la collaboration de la femme enceinte ne serait pas la même. Si elle construit la douleur comme un rite initiatique, elle s'engagera à passer avec succès cette expérience ; donc à valoriser la douleur et réduire les plaintes. Par contre, si elle l'appréhende comme un processus normal de l'accouchement, elle acceptera l'épreuve mais n'y mettra pas un engagement particulier car elle n'apportera rien de plus à sa crédibilité. Ces repères ne sont incorporés en la femme que par les expériences individuelles, l'internalisation des réalités culturelles (Park, William & Bendelow 1998).

La gestion de la douleur de l'accouchement n'est donc pas un domaine exclusivement réservé à l'obstétricien. Si ce dernier y développe beaucoup plus un savoir destiné à réagir sur l'aspect physiologique, le socio anthropologue y trouve l'occasion de mettre en valeur toute la totalité de l'homme en tant qu'être en situation. C'est aussi l'avis de Cousson-Gelie & Bruchon-Schweister (1999). On pourra donc retenir que, « la douleur n'est pas seulement un fait physiologique, elle est d'abord un fait d'existence…Entre l'excitation et la perception, il n'y a pas seulement des neurones et un cerveau, mais aussi l'épaisseur d'un homme en tant que singularité, histoire, appartenance sociale et culturelle, un homme immergé dans une situation qui s'impose à lui avec une signification particulière » (Le Breton 1998, p : 42).

Soit l'équation[43] suivante qui se dégage donc : **Rd = Vc + Vr + ei**

Rd" représente le rapport à la douleur : c'est l'état dans lequel s'établit l'expérience de la douleur chez tout individu. Elle est le résultat d'un ensemble de processus biologiques mais aussi et surtout social. Elle se manifeste dans le discours, les pratiques sociales donc les comportements ou encore la réaction à la douleur chez de l'accouchement chez la femme enceinte. "Vc" représente la valeur constante de la douleur. C'est-à-dire la douleur connue. Précédemment, je l'ai nommée la douleur crue. Elle présente une dimension physiologique, anatomique, c'est-à-dire résulte des combinaisons biologiques. Elle fait de la douleur, une perturbation du système nerveux, une sensation qui nait chez toutes les femmes enceintes notamment à l'étape des contractions de l'utérus. C'est le domaine de prédilection de la biomédecine. Conçue dans une relation de cause à effet, elle s'exprime (pratiquement) de la même manière chez toutes les femmes présentant un même pronostic obstétrical (conformément au diagnostic). Un même produit de la gamme des utéro toniques ou antispasmodiques produira un même effet d'une femme à un autre. Mais à ceci, il faut ajouter la "Vr". C'est la valeur relative. Elle constitue la composante qui permet de distinguer la réaction à la douleur chez une femme enceinte par rapport à une autre. Elle porte sur les convenances religieuses, culturelles et/ou des expériences ou circonstances liées à

[43] Il s'agit d'un modèle inspiré par l'analyse des données. Il peut s'appliquer à tout fait de développement. Le principe général de ce modèle est la suivante : Dans toute pratique relative à une offre de service (de santé, de développement…), il existe une composante constante et une composante relative à intégrer. La composante constante est la particularité même de l'offre ou de l'innovation. Elle s'"administre" de la même manière à toutes les cibles et répond aux lois de l'offre ou de l'innovation. Mais la composante relative est particulière à la demande. Sa nature, sa valeur et son contenu varient d'un groupe de cible à un autre, d'une cible à une autre suivant le contexte, les interactions, les référents culturels, religieux….Elle s'obtient donc à travers l'étude (notamment socio-anthropologique) des aspects du contexte, des cibles et leurs interactions avec l'offre ou l'innovation (ou le système qui les entretient). La prise en compte de la variable relative permet d'adapter l'offre ou l'innovation à cible, de lui garantir une pertinence sociale et une acceptation (adhésion) chez les acteurs associés à sa mise en œuvre notamment les bénéficiaires. La dernière composante rejoint la marge d'erreur inhérente à toute formule générale qui porte sur l'homme (en tant que entité imprévisible. Il peut s'écarter de toute rationalité et c'est d'ailleurs ce qui renforce la différence entre l'homme et les choses (contrairement à la perspective durkheimienne qui envisage l'homme comme une chose) ou encore entre lui et les animaux.

l'expérience de la douleur ressentie. Elle porte aussi les empreintes des savoirs et réponses parallèles développées par les usagers des services de maternités et des rationalités subjectivement projetées par la femme pour des raisons diverses. Elle est donc de nature socio anthropologique et relève du domaine de prédilection des spécialistes en sciences humaines et sociales. La "Vc" connaît donc l'influence réelle des "Vr" pour expliquer le "Rd". C'est pourquoi, la même femme ne réagira pas (forcément) de la même manière d'une grossesse à une autre et d'un moment à un autre (pendant la même expérience de grossesse). De même, les femmes enceintes ne réagissent pas (systématiquement) de la même manière face à un utéro tonique ou de l'antispasmodique. Par ailleurs, "ei" représente la marge d'erreur. La prise en compte même des composantes socio-anthropologiques (ou encore psychologique, psychosociale…) n'empêche pas des réactions non prévues. C'est la part de l'incontrôlable ou la marge d'incertitude" chez la femme enceinte. Parfois, elle-même (et des informateurs ont témoigné cela lors des enquêtes) ne s'imagine pas (à l'avance) comment elle réagira à la douleur de l'accouchement. L'ensemble de ces processus interagissent pour produire la réaction à la douleur chez la femme enceinte. Je l'appelle donc "douleur cuite". Elle a connu l'action (l'effet) de considérations non biologiques pour s'exprimer sous une forme et contenu spécifiques.

Ainsi, la réaction à une sensation douloureuse n'est pas (toujours) instinctive. Bendelow (1998) y découvre une double dimension de la douleur : la douleur privée et la douleur publique. Il y voit l'action de convention propre à un milieu social et culturel. C'est dans cette perspective que Boureau (2001) parvient à la conclusion selon laquelle l'homme des sociétés traditionnelles africaines n'exprime pas (ou ne construit pas les origines) de la même manière sa souffrance celui des sociétés européennes. Il va falloir donc partir de ce principe pour répondre aux inquiétudes face à l'expérience de la douleur de l'accouchement. La distanciation dans l'activité obstétricale devient déterminante. L'agent de santé ne peut savoir a priori comment telle ou telle patiente se comportera exactement face à la douleur ou à l'usage d'un produit qui devrait intensifier ou soulager sa douleur.

Si la femme fait l'expérience d'une douleur publique, elle pourra l'exprimer comme cela se doit. Mais si elle construit cette douleur comme une douleur privée, elle ne l'exprimera pas ouvertement. C'est dans ces circonstances que certaines femmes

s'abstiennent d'exprimer la douleur qu'elles ressentent. De même, la femme exprime la douleur jugée négative et en appelle au secours de son entourage. Dans le cas où, elle l'envisage comme une douleur positive, elle se refusera de l'exprimer ou de se plaindre. Dans plusieurs des observés, les femmes enceintes elles-mêmes tentent d'expliquer la valeur positive ou non de la douleur ressentie. Il est constaté que les femmes enceintes se plaignent plus des douleurs qui interviennent dans les cinq premiers mois de la grossesse. Ceci, parce qu'elle les considère comme le "signe" d'une menace d'accouchement prématurée. Mais déjà dans le sixième et septième mois, elles conçoivent que c'est une douleur inévitable et donc positive du fait qu'elle annonce l'accouchement. La femme enceinte cherche donc à se construire un comportement en raison de la valeur et de la place de cette douleur. En dépit d'une douleur intense, certaines femmes enceintes présentent une humeur assez chaleureuse pour exprimer l'acceptation de la douleur et la puissance qui caractérise la puissance des femmes sur la table d'accouchement (Grégoire & St-Amant 2004, p : 19).

Fort de ces observations, Isabelle (1995) conçoit la nécessité, pour les médecins, de s'ouvrir aux spécialistes des autres disciplines pour mieux cerner la douleur sous toutes ses variantes. Ainsi, les dynamiques sociales rattachées à l'expérience et à la prise en charge de la douleur, font du socio anthropologue, un « intrus » qui connait la maison. Il y trouve donc toute la pertinence de son implication dans les réflexions et réponses portant sur la santé de la mère et de l'enfant en général et la douleur de l'accouchement en particulier. Ceci transparaît dans les cadres conceptuels suivants. Ces cadres conceptuels présentent une lecture synthétique de la diversité des variables qui influent sur l'attitude des patientes en matière de douleur de l'accouchement.

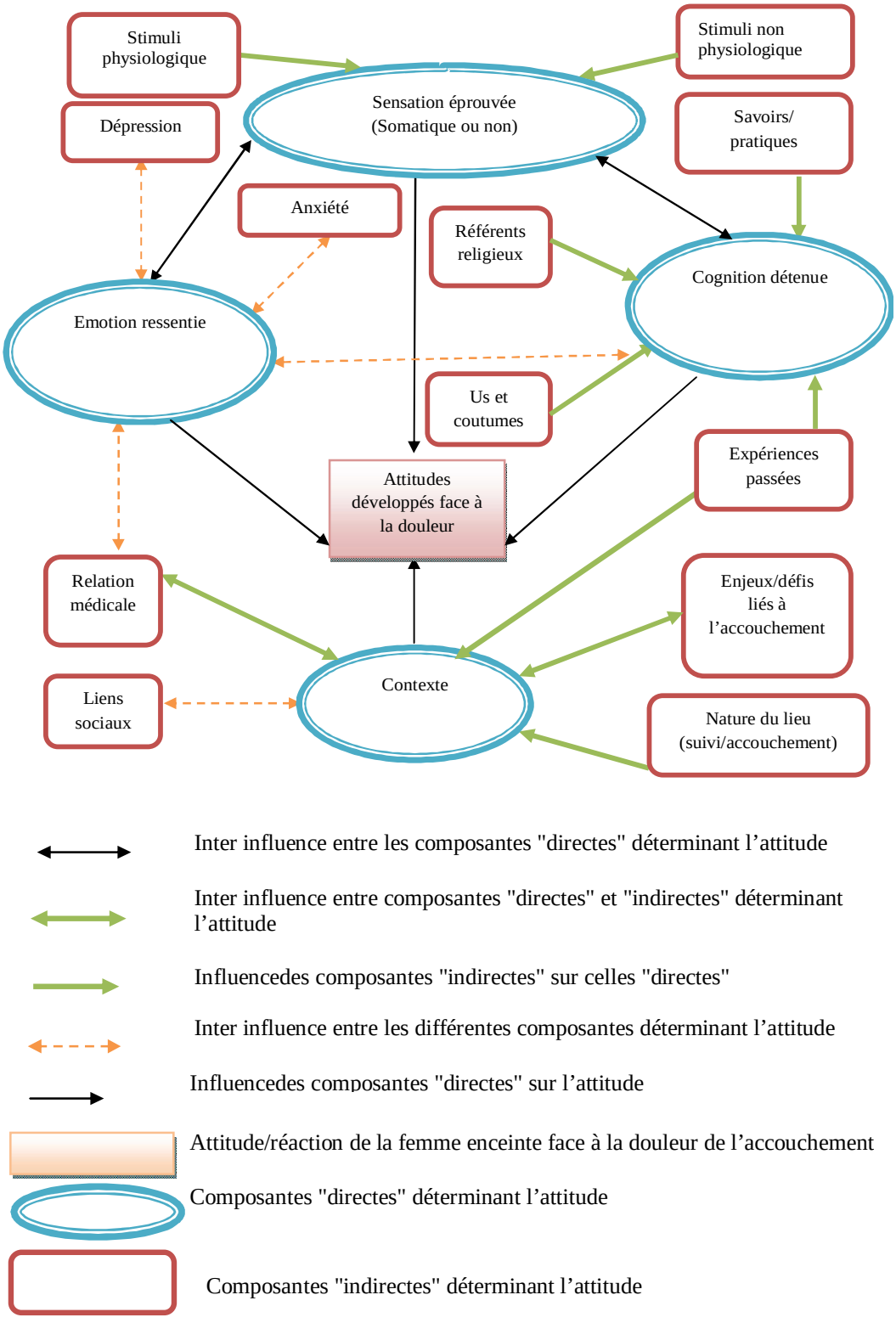



**Figure 6: Composantes de l'attitude relative à la douleur de l'accouchement**

Source : Réalisé à partir des données de terrain

Le cadre conceptuel représenté par la figure 6 renseigne sur l'ensemble des facteurs qui interviennent dans l'analyse du comportement de la femme enceinte face à la douleur de l'accouchement. Ce cadre conceptuel ressort aussi les niveaux d'articulation et la nature des relations entre ces variables. Il s'agit donc d'un condensé des résultats de la présente recherche. Le comportement de la femme enceinte face à la douleur de l'accouchement est influencé par deux catégories de composante. Il s'agit des composantes directes que constituent la sensation éprouvée face à l'excitation, l'émotion ressentie, le système de savoirs auquel font recours les acteurs en situation de douleur et les éléments du contexte dans lequel se déroule l'expérience de la grossesse (et de l'accouchement) notamment l'environnement social et médical. Ces quatre composantes sont aussi entretenues par plusieurs autres facteurs. Il s'agit des composantes indirectes. Elles concernent des considérations physiologiques (excitation somatique) et des considérations psychosociologiques. Les composantes "directes" et "indirectes" entretiennent des relations d'influence (réciproques ou non) pour déterminer les attitudes des femmes face à la douleur. C'est la raison fondamentale pour laquelle les femmes enceintes réagissent différemment à la douleur de l'accouchement. Il est donc important d'inscrire l'analyse du rapport à la douleur de l'accouchement dans une perspective multi variée.

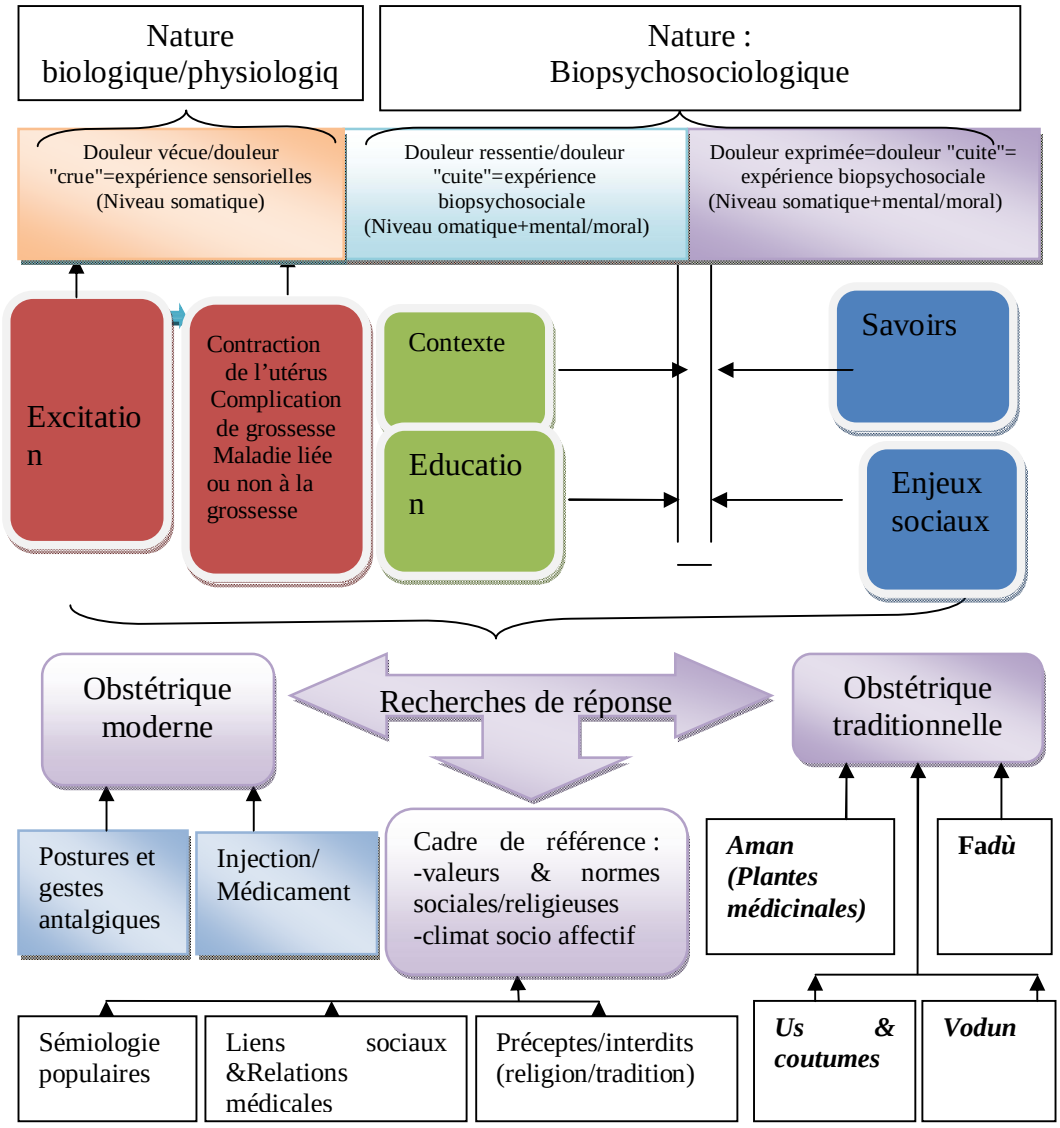



**Figure 7: Cadre conceptuel relatif aux composantes de la douleur de l'accouchement**

Source : Réalisé à partir des données de terrain

La douleur de l'accouchement apparaît sur trois paliers d'analyse chez la femme enceinte : la douleur vécue (encore nommée douleur "crue"), la douleur ressentie et la douleur exprimée (encore nommées douleur "cuite"). La première relève d'une expérience sensorielle et donc de nature biologique et physiologique chez la femme enceinte. Elle intervient avec une excitation et affecte le niveau somatique. Généralement, l'excitation naît avec les contractions de l'utérus, les complications de grossesse et les maladies liées ou non à la grossesse. Les deux autres paliers renvoient à la douleur ressentie d'une part et d'autre part la douleur exprimée. Elles relèvent du "biopsychosocial". Au-delà du somatique, l'état d'âme de la patiente est affecté (du fait ou non de la douleur). L'état d'âme est, par contre, entretenu par le contexte, l'éducation dont a fait l'objet la femme en matière de douleur et ses expériences, la connaissance faite de la douleur de l'accouchement et les intérêts représentés dans l'expérience de l'accouchement. Si la douleur somatique est pratiquement générale à toutes les gestantes et parturientes, celle qui affecte l'état d'âme varie d'une femme à une autre. La part de la douleur somatique qu'elle entretient est influencée par le climat social dans lequel se développe l'expérience de la grossesse (et de l'accouchement), les référents (et pratiques) sociaux et religieux qu'elle intègre et les savoirs (endogénionéisés ou non) associés à la prise en charge de cette douleur.

Ainsi, les acteurs sociaux alternent l'obstétrique moderne et traditionnelle. Les pratiques ne sont toujours pas identiques au niveau de ces savoirs. Mais elles convergent vers une même prise en charge de la douleur. Les acteurs font recours à ces savoirs en fonction des modèles explicatifs de la douleur.

# CONCLUSION

« *As-tu mal ? » ; « sens –tu de la douleur quelque part ? »* ; *«Que ressens-tu ? »*, voilà quelques questions auxquelles est régulièrement soumise, la femme enceinte. Et les réponses du genre *« je n'ai rien* » ; « *j'ai mal* » ; « *je souffre* » ou encore le silence, l'indifférence, l'amertume chez la femme enceinte offrent l'occasion d'interroger le rapport à la douleur de l'accouchement chez les femmes enceinte au Bénin. Que cela soit chez l'acteur à l'origine de la question ou chez la patiente, les idées exprimées ne sont pas une simple association de propos. Il faut y découvrir la mise en valeur des convenances sociales, des référents religieux, de l'idéologie portée par les sciences médicales (soutenue par la bio médecine et la santé publique) et les implications des différentes expériences de la douleur et de l'accouchement. Ainsi, vouloir s'enquérir de l'information sur la douleur de l'accouchement, l'exprimer ou en assurer la prise en charge, c'est accepter une confrontation des rationalités et donc une incursion dans les construits sociaux d'une part et d'autres part les savoirs associés à cette douleur. C'est bien là, le projet scientifique qui sous-tend la présente recherche.

En effet, les politiques publiques en matière de santé de la reproduction et celles portant particulièrement sur les soins obstétricaux, dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement, accordent une place de choix à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et la santé de la reproduction. Le processus de prise en charge de l'accouchement est donc devenu un point d'ancrage pour l'ensemble des politiques associées à la santé maternelle et infantile. A cette prise de conscience politique, il faut associer une prise de responsabilité dans le milieu des sciences traditionnellement rattachées à l'activité médicale. La santé publique d'une part et d'autre part la biomédecine sont alors mises à profit pour une réduction des risques et une prise en charge de la douleur de l'accouchement.

L'implication de la santé publique aux côtés de la biomédecine n'évitera pas la manifestation d'une hyper médicalisation de la douleur de l'accouchement. A cette hyper médicalisation de la douleur de l'accouchement, il faut ajouter un protocole obstétrical "standardisé" avec une tendance généraliste. Cette double réponse du système médical n'a pu pour autant garanti une effective prise en charge complète de la douleur chez la femme enceinte. Le défaut d'harmonisation entre initiatives médicales

(chez la Sage-femme) et mécanismes parallèles (chez l'agent de santé) fait le quotidien des maternités dans la Zone Sanitaire OKT.

L'écart entre les attentes associées à l'intervention obstétricale en matière de prise en charge de la douleur de l'accouchement et les réactions des patientes devient donc le point d'ancrage du problème abordé dans la présente recherche. Une double préoccupation structure la recherche. La première, à caractère social qui consiste à savoir en quoi la prise en compte des considérations culturelles et des interactions sociales offre t- elle une meilleure lecture du rapport à la douleur de l'accouchement et de sa prise en charge. La deuxième question quant à elle, se rapporte sur la nature du rapport à la douleur de l'accouchement. Elle interroge alors l'acceptation ou non, le caractère individuel ou collectif du rapport à la douleur de l'accouchement. Il s'agit donc de réfléchir sur la manière dont les usagers des services de maternité d'une part et d'autre part les agents de santé conçoivent, expliquent et gèrent l'expérience de la douleur d'accouchement et les facteurs qui entretiennent cela.

Au titre des hypothèses de recherche, la recherche articule une relation causale entre le rapport à la douleur de l'accouchement et les construits sociaux d'une part et d'autre part une relation implicative entre le recours aux savoirs endogénéïsés et le rapport à l'accouchement.

Au terme des analyses, il ressort que :

i. l'offre de soins obstétricaux dans la zone sanitaire répond à l'organisation administrative et technique du système sanitaire représentée par la pyramide sanitaire. Mais la hiérarchisation de l'offre, si elle est théoriquement connue, n'est pas toujours respectée par les usagers des services de maternité ;
ii. l'amélioration constatée du point de vue des indicateurs d'utilisation de l'offre de service en soins obstétricaux dans les formations sanitaires ne traduit pas une adhésion exclusive à l'offre de service obstétrical dans les maternités ;
iii. la douleur de l'accouchement introduit de profondes controverses dans la prise en charge de l'accouchement occupant une place de choix en matière de soins obstétricaux. En effet, le protocole de prise en charge biomédicale de la douleur de l'accouchement entretient, chez la Sage-femme, aussi bien des certitudes que des incertitudes. Suivant les patientes, elle apparaît comme une normalité ou non et l'éviter, au moyen des découvertes de la biomédecine, constituent chez

certains acteurs sociaux une preuve de déviance à l'égard des préceptes religieux et instruments de régulation de la vie sociale.

iv. L'expérience de la douleur de l'accouchement renseigne sur le fait qu'à travers la patiente, ce sont des rationalités individuelles non seulement individuelles et collectives mais aussi une intersubjectivité qui se manifestent. Les gestes, les discours, les réponses aux questions de l'agent de santé et bien d'autres réactions des patientes mettent en évidence des fondements souvent différents des idéologies de la biomédecine. A ce titre, la recherche établit que la douleur connue par la patiente n'est pas toujours celle qu'elle ressent de même que celle qu'elle exprime ». Les propos des agents de santé comme ceux des patientes ne sont donc pas "neutres". Une telle controverse entretient dans la relation médicale des difficultés d'intercompréhension, source de contre performance dans la prise en charge de la douleur. De même, la recherche met en relief une diversité de douleur « rangée » dans la grande famille de la douleur de l'accouchement.

v. le protocole de prise en charge médicale de la douleur de l'accouchement présente des tâches généralement standardisées. Destinée à garantir une maternité à moindre risque pour la femme, elle porte particulièrement sur la dimension biologique de la douleur avec (dans son application) une faible tendance aux aspects non biologiques. Or, ces aspects constituent pourtant les plus déterminants dans l'expérience et la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte.

vi. Face aux limites et aux contraintes diverses, associées au protocole officiel de prise en charge de la douleur de l'accouchement, les Sages-femmes s'engagent généralement dans une imbrication des savoirs. Le contenu de la formation académique devient moins une référence (absolue) au profit des règles pragmatiques inspirées par la "réalité du terrain". En effet, le processus d'accouchement n'obéit pas toujours à des considérations toutes faites et connues d'avance. Parfois admis comme relevant d'un mystère, l'accouchement fait l'objet de diverses intrigues qui échappent au contrôle des spécialistes de l'obstétrique moderne dans les formations sanitaires. Une approche communautaire devient inévitable avec notamment l'implication des acteurs

parallèles qui constituent des acteurs de référence dans la prise en charge des aspects paramédicaux. A cet effet, les valeurs éducatives, les sémiologies populaires sur l'accouchement apparaissent comme des matériaux de travail pour une meilleure compréhension de l'expérience de la douleur chez la femme enceinte.

vii. La douleur de l'accouchement présente un ancrage social qui met en évidence les limites de l'obstétrique moderne et la valeur pratique de l'obstétrique traditionnelle. L'interférence des normes sociales dans la relation médicale et la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte, fait alors de l'obstétrique traditionnelle, une alternative en faveur du dualisme dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

viii. Particulièrement porté par les acteurs que sont le "*amawatɔ"* (attaché à l'utilisation des plantes), le *vodunnɔ (*avec le recours aux divinités) et "boconon" (spécialiste du fa), l'obstétrique traditionnelle fait le lit du religieux dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement. Le statut scientifique des savoirs n'apparaît donc plus comme le principal critère qui entretient les "oppositions" entre obstétrique moderne et obstétrique traditionnelle. Les différences religieuses et culturelles entre agents de santé et patientes d'une part et d'autre part en agents de santé et acteurs parallèles de soins, participent de la faible mise en valeur des savoirs religieux et traditionnels dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

ix. Une relecture du protocole de prise en charge de la douleur de l'accouchement dans les formations sanitaires au Bénin relève donc d'une nécessité. A ce titre, la prise en compte des aspects non biologiques et paramédicaux apparaît comme une réponse à la disposition des obstétriciens. Le concept de "rapport à la douleur de l'accouchement " y trouve toute sa pertinence. Au plan théorique, il permet de concevoir la douleur de l'accouchement comme, non seulement un évènement social mais aussi et surtout comme une construction sociale. Il paraît opportun de renforcer la mise en valeur des us et coutumes, des manières de concevoir et de gérer la douleur au plan communautaire, les aspects psychosociaux, les usages subjectifs et des savoirs traditionnels pour une complémentarité dans la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte.

> Sur une telle démarche, la socio anthropologie trouve toute sa place dans l'arène des soins obstétricaux.

Il ressort de ces différents niveaux d'articulation des résultats de la recherche que les expressions "douleur" et "souffrance" disposent des contenus socialement et subjectivement construits. Elles renvoient à des idéologies spécifiques. Toutes les femmes sont appelées à faire l'expérience de la douleur de l'accouchement mais elles la ressentent et l'expriment différemment. S'il est évident que les progrès de la médecine offrent des réponses à la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte, il n'en demeure pas moins que cette douleur n'est pas toujours "systématisable". Chaque nouvelle patiente devient une nouvelle expérience pour la Sage-femme avec la nécessité de mener une distance thérapeutique (Eliane et al, 2002) dans la manière de dérouler la prise en charge. Il en est de même pour chaque nouvelle grossesse chez la même femme. La prise en compte de l'action des acteurs parallèles de soins obstétricaux, de l'entourage des patientes relève donc d'une nécessité. La politique de santé en matière de reproduction humaine ou de maternité nécessite donc « un engagement à l'échelle de tout le système » (OMS 1995 : 8).

La biologie ne disposant pas du monopole et de l'exclusivité de l'explication et de la réponse à la douleur chez la femme enceinte il devient important d'intégrer le vécu quotidien de la femme enceinte et « le monde intérieur, physique, puissant, dans lequel va se dérouler l'accouchement » (Brabant 2003 :183). La patiente n'est donc pas seulement l'objet de l'intervention obstétricale. L'obstétricien ne doit pas remettre en cause sa place dans la définition et le déroulement du protocole de prise en charge (Green et al 1994). Elle est aussi un acteur à part entière de cette intervention. Sa collaboration, la prise en compte de ses discours et opinions sur le processus de prise en charge sont d'une importance certaine pour l'amélioration de la qualité des interventions obstétricales. Une telle démarche en sa dimension étique (tenir compte de la patiente pour lui administrer les soins), participe déjà du soulagement de la patiente (Allué 1999 ; Marlène 2006). Les capitaux culturel et symbolique de (Bourdieu 1994 ; Bonnewitz, 2002 ; Durand, Weil, 2006) de la femme servent alors de levier pour une réponse efficace et socialement pertinente dans la conception et la mise en œuvre de tout protocole d'intervention obstétricale. Ajoutés aux contextes de la relation médicale,

ces capitaux permettent d'admettre la divergence des sens attribués à la douleur (Benoit 1996) et les réponses socialement pertinentes à apporter. Avec un regard socio anthropologique porté sur l'expérience de la douleur chez la femme enceinte, le système médical béninois trouve les éléments de réponse à une préoccupation préjudiciable au maintien de la santé de la mère et de l'enfant : les controverses dans l'expérience et la prise en charge de la douleur chez la femme enceinte. Il en découle une nécessaire collaboration entre acteurs de l'obstétrique traditionnelle et ceux de l'obstétrique moderne.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Akon & al, 1950, the authoritarian Personality, New-York, harper.

Akoun, A., &Ansart, P., 1999, Dictionnaire de Sociologie le Robert, Paris Seuil, 587p.

Allué, M., 1999, La douleur en direct, in Anthropologie et sociétés, N°23, 2 : pp 117-137.

Amouzouvi, H., &Medegnon, D., 2012, Et si le *vodun* n'est pas une religion ? Perception du *vodun* par les populations au sud-bénin 2012 in les Cahiers des Maitrises Professionnelles, Volume 4 Numéro 6 LACEEDE /DGAT / UAC, pp 117-124.

Amouzouvi, H., 2012, Comment *bokonon et marabouts* figurent-ils parmi les entrepreneurs lesplus riches? Les savoirs para religieux et médicaux entre marchandisation, conversion et reproduction sociale à Savalou au sud-bénin in Revue Togolaise des Sciences, Volume 6 Numéro 1 ISSN 0531-2051, pp 105-117.

Amouzouvi, H., 2012, Catholique hier et protestant aujourd'hui ! Logiques et facteurs de la mobilité religieuse au sein de la communauté chrétienne à Cotonou in Rev. Spe. Jour. Sci. FLASH volume 2 Numéro 3, pp 186-195.

Amouzouvi, H., 2010, On ne provoque pas impunément la colère des dieux : perceptions et vécus de la solidarité sociale en situation de catastrophe naturelle au sud-bénin in BenGéo N° 08 DGAT/Université d'Abomey Calavi, pp 152-167.

Amouzouvi, D., 2005, Le marché de la religion, Berlin, Ed. Koester.

Ann, S., 1987, rapport de la Conférence internationale sur la maternité sans risque, Kenya, Nairobi.

Auge, M., 1975, théorie des pouvoirs et idéologie, Paris, Hermann.

Auge, M., 1968, anthropologie de la maladie in l'homme, 26 (1- 2) : pp 81- 89.

Bachelard, G., 1932, le nouvel esprit scientifique, 10ème éd., Paris

Bartoli, M., 1998, *Venir au monde, les rites de l'enfantement dans les cinq continents*, Paris, Plon.

Barron et al, 1990, Médicine de la femme enceinte sous la direction, Paris, Flammarion

Baszanger, I., 1995, douleur et médecine, la fin d'un oubli, Paris, Seuil.

Béatrice J., 2007, Sociologie de l'accouchement**,** Paris : PUF.

Becker, H., 1940, « constructive typology in the social sciences » in American sociological Review, février, pp 40 -55.

Benoit, J., 1996, Soigner au pluriel, essai du pluralisme médical, Paris, Ed Karthala.

Benoist, L., 1975, Signes, symboles et mythes, que sais-je *?* Paris, PUF.

Bible (La Sainte*)*, 1959, La Maison de la Bible, Genève.

Bierschenk, T., 1995, Rituels politiques et construction de l'identité ethnique des Peuls au Bénin, in Cahiers des Sciences Humaines, 31(2) : pp 457-484.

Bouillié, J. &al**,** 2008, Pédiatrie en maternité, Paris,

Boulle, G., 2005, Les maladies parodontales : un facteur de risque additionnel pour les accouchements prématurés ? Mémoire présenté à la faculté des études supérieures de l'Université de Laval, Québec.

Bourdieu, P., 2003, L'objectivation participante in The Journal of the Royal Anthropological Institute, pp. 281-294.

Bourdieu, P., &Passeron, J.C., 1964, les héritiers, Paris, Editions de Minuit.

Bourdieu, P., 1982, le sens pratique, Paris, les éditions Minuit.

Bourdieu, P., 1979, la distinction. Critique sociale du jugement, ed. de Minuit.

Bradant, I., 2003, Une naissance heureuse. Bien vivre sa grossesse et son accouchement, Montréal, Editions Saint martin.

Le Breton, D., 2010, Expérience de la douleur. Entre destruction et renaissance, Paris Éditions Métailié, 272 p.

Le Breton, D., 2005, Anthropologie du corps et modernité, Paris, PUF, 278p.

Le Breton, D., 1998. La construction sociale de la douleur. In Cook, J. &Tursz, A. (Eds.).

Le Breton, D., 1995, Anthropologie de la douleur, Paris, Ed. Métailié.

Cazeneuve, J., 1976, Dix grandes notions de la sociologie, Paris, Seuil, 245p.

Chapoulie, J-M., 2000, Le travail de terrain. L'observation des actions et des interactions, et la sociologie, in Sociétés contemporaines, n°40, pp. 5-27

Chapouthier, G., 2008, La douleur : des animaux à l'homme (sous la direction de T. Auffret Van Der Kemp et J. C. Nouët), in Collection « Le mouvement des savoirs », Paris, Editions de l'Harmattan, , pp 25-38.

Cousins, N., 1980, La volonté de guérir, (insensibilité de la douleur chez les lépreux), Paris, Le Seuil.

Curry, T., 1993, « A Little Pain Never Hurt Anyone : Athletic Career Socialization and the Normalization of Sports Injury » in *Symbolic Interaction*, n°16, pp 273-290.

Daneaut, S. & al, 2007, Souffrance et médecine, Québec, presses de l'université de Québec.

Dao, M., 2004, la douleur, de la subjectivité à l'objectivité, in revue Médecine et hygiène, vol. 62, pp. 1366-1371

Davis – Floyd, R. E., 2001, « the technocratic, humanistic, and Holistic paradigms of childbirth », International Journal of Gynécology and Obstetics, 75 :S5-S23.

Del Bayle Loubet, J-L., 1987, Introduction aux méthodes des sciences sociales, Paris, Seuil, 227 P.

Delassus, J-M., 2002,Le sens de la maternité : cycle du don et genèse du lien, Paris, Dunod.

Delcroix M. & Gomez, 2005, Soins en gynécologie obstétrique, Paris, Maloine

Demeulenaere, P., 2000, les normes sociales, Paris, PUF.

Dijkhuiizen, F.J V. &Enenkel,K. A. E., 2009, the sens of suffering, constructions of physical Pain in early modern culture, boston (ouleiden) brill.

Donabedian A., 2005, Evaluating the quality of medical care, in Milbank, Quartely, 691-729.

Dozen, J-P., et Fassin, D., 2001, Critique de la santé publique, une approche anthropologique, Paris, Balland.

Dozon, J.P., 1987, ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire, in politique africaine 28, pp 9-20.

Dozon, J-P., 1974, Les mouvements politico-religieux, syncrétisme messianismes, néo-traditionalisme, in la construction du monde, Maspero, pp. 57-111.

Dufresne, J., et al, 1985, Traité d'anthropologie médicale, Québec/Lyon, IQRC, PUQ ET PUL, 1245 p.

Durand, D., 1996, « la santé, usages et enjeux d'une définition », prévenir, n°30, pp. 3-6.

Durand, J-P., & Weil, l. R., Sociologie contemporaine, Vigot, 815 P.

Durkheim, E., 1895, les règles de la méthode sociologique, Paris, Alcan.

Elias, N., 1991, qu'est-ce-que la sociologie ? éd. De poche pocket, coll. « Agora ».

Erny, P., 1988, Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance, Paris, L'Harmattan.

Fainzang, S., 1986, l'intérieur des choses, maladies divination et reproduction sociale chez les bisa du Burkina, Paris, harmattan.

Fassin, D., 2000, Lesenjeux politiques de la santé, in Etudes sénégalaises, équatɔriennes et françaises, Paris,Karthala.

Fassin, D., 1998, Les figures urbainesde la santé publique. Enquête sur des expériences *locales*, Paris, La Découverte.

Fassin, D., 1996, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie,Paris , PUF.

Fassin, D., Aiach P., 1994, Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Anthropos, Paris.

Fassin, D., 1992, Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar, Paris, PUF.

Fassin, D., 1992, pouvoir et maladie en Afrique, Paris, PUF, 359 p.

Fassin, D. &Jaffre, Y., 1990, "Maladie et médecine", Paris, Les Éditions Ellipses, pp. 38-49, 287.

Fassin, D. &Jaffre, Y., 1990, *Sociétés, développement et santé,* Paris Ellipses/AUPELF.

Fassin, D., Fassin E., 1989, la santé publique sans l'état ? participation communautaire et comité de santé au Sénégal, in revue tiers monde pp. 881-891.

Fassin, D., Fassin, E., 1988. Traditional medicine and the states of legitimation in Senegal, in social science and medicine, pp. 353-357.

Ferragut, E., et al, 2002, thérapie de la douleur, Paris, Masson.

Foucart, J.B., 2004, Editeur : De Boeck (26 février), Collection : Ouvertures Sociologiques 322 pages.

Freedmann, L., 2005, Achieving the MDGs: Health systems as core social in institutions. Developpement, pp.19-24.

Grandsard, C., 2000, Approche ethnopsychiatrique de la douleur, pp. 115-119.

Green, D., 1995, Shaprio I. : « choix rationnels et politiques . Pourquoi en savons nous toujours aussi peu », in revue africaine des sciences politiques, vol 45, n°1, pp. 96- 130.

Gurvitch, G., 1966, les cadres sociaux de la connaissance, Paris, PUF.

Gurvitch, G., 1963, la vocation actuelle de la sociologie, Paris, PUF, tome 1.

Hastrup, K., 1995, A passage to anthroplogy : between Experience and Theory, London, Routledge .

Heiman, C. G., 1990, health and illness, London, Wright.

Herzlict, C., 1969, santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, paris-la haye, mouton.

Hirschorn, M., 2007, l'individu social : autres réalités, autre sociologie ?, Québec, Presse de l'université de Laval, 285 P

Hirsziwski, F., Diez, F., &, Boureau, F., 2001, La douleur, le réseau et le médecin *généraliste,* Ed. John LibbeyEurotext,

Hours, E., 1985, l'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun, Paris, Harmattan.

Jacques, & al, 2007, Sociologie de l'accouchement, Paris, PUF.

Jacquemin, D., 2005, « la souffrance des soignants en soins palliatifs », in frontières, 17 (2), pp28-4.

Kpatchavi, A. C., 2011, Savoirs, Maladie et Thérapie en Afrique de l'Ouest, pour une anthropologie du paludisme chez les fɔn et Waci du Bénin, Cotonou, Editions Ablɔdjè, 355p.

Kpogo, L., 1990, le sens "Ewe" de la souffrance, essai de théologie morale, ICAO.

Lacourse, M-T., 2002, Sociologie de la santé, Montréal, les éditions de la Chenelièreinc, 256P.

Lambert, Y., &Michelat, G., 1992, Crépuscule des religions chez les jeunes ?, Paris, L'Harmattan, 264 P.

Lavelle, L., 2005, Le mal et la souffrance, in collection Présences, Paris, Plon.

Lemay, C., 1998, l'accouchement à la maison au Québec : les voix di dedans, mémoire de maîtrise en anthropologie, Université de Montréal.

Lévi-Strauss, C., 1958, anthropologie structurale, Paris, plon

Lévy-Bruhl, L., 1947, la mentalité primitive, Paris, Puf,

Lévy-Bruhl, L., 1935, la mythologie primitive, Paris Alcan.

Lévy-Bruhl, L., les fonctions mentales dans les sociétés inférieures, Paris, Alcan.

Levy, O., 2009. Penser l'humain à l'aune de la douleur, Paris, Éd L'Harmattan.

Maisonneuve, J., 2000, Introduction à la psychologie, Paris, PUF, 323p.

Marx, K., 1977, contribution à la critique de l'économie politique. Paris, éditions sociales.

Marx, K., Engels, F., 1968, sur la religion, paris, éd. Sociales Mauss, M. 1950 sociologie et anthropologie, paris, PUF.

Masse, R., 1995, culture et santé publique, ed. Gaétan Morin , Québec, bibliothèque nationale de canada.

Mauss, M., 1950, « les techniques de corps », Paris, Quadrige/PUF.

Médistratégies, 2001, guide pratique de la communication avec le patient, technique, actions et erreurs de la communication Masson, MMI éditions.

Memel-Fote, H., 1998, les représentations de la maladie chez les ivoiriens, Paris, l'harmattan.

Mendras, H., 1975, éléments de sociologie, Armand colin.

Melhuus, M., 2002, «Issues of Relevance: Anthropology and the challenges of Cross cultural comparison", in Anthropologogy, by comparison.Londres, Routledge, p p70-92,

Michel,Y., 2005, Parents et sage-femme : l'accompagnement global : rencontres sur le chemin de la naissance, Paloma Chaumette.

Olivier De Sardan, J.P., 2001, "La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest.", in *Autrepart*, n° 20, pp 61-73.

Olivier De Sardan, J-P., 1994, la logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, in sciences sociales et santé.

Olivier De Sardan, J-P., Fassin, D., Jaffre, Y., 1990, *Sociétés et développement*, in Sociétés, développement et santé, Paris, Ellipses, pp. 28-37.

OMS, 1994, forum mondial de la santé, revue inter de développement sanitaire, vol15, N°2

Organisation Mondiale de la Santé, 1995, soins à la mère et au nouveau-né dans le centre de santé, Guide pratique, Genève.

Papiernik et al, 1995, obstétrique, Paris, Flammarion

Peter, J.P, 1993, de la douleur, paris, la cité.

Pfleiderer, B., et al, Greifeld K., 1995, Ritual und Reilung, eineEinführung in die Ehnosmedizin, Reimer, Berlin.

Pike, E., 2000, « Illness, Injury and Sporting Identity: A Case Study of Women's Rowing», unpublished doctoral dissertation, Loughborough University, UK.

Pike, K. L., 1993, Toward conscious knowlege talk, though and think. The emic and the etic approache in social sciences, Roadge, Dalles.

République du Bénin, Ministère de la Santé, 2008, politique et stratégies de développement du sous secteur soins infirmiers et obstétricaux République du Benin,

République du Bénin, Ministère de la Santé, 2010, directives nationales pour la promotion de la sante au niveau communautaire.

République du Bénin, Ministère de la Santé, 2010, Annuaire des Statistiques Sanitaires, année 2009, Cotonou.

République du Bénin, Ministère de la Santé, 2009, Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Bénin, Plan Détaillé de Mise en Œuvre de l'Evaluation.

République du Bénin, Ministère de la Santé, 2007, Plan national Stratégique de développement des Ressources Humaines en santé.

-République du Bénin, Ministère de la Santé Publique, 2006, stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et Néonatale

République du Bénin, Ministère de la Santé Publique, 2003, Stratégie spécifique de communication en santé de la reproduction au Bénin.

République du Bénin, Ministère de la Santé Publique, 1991, Politique nationale de l'information-Education-Communication pour la Santé 22p.

Rey, R., 2000, histoire de la douleur, Paris, ed. La Découverte, 420 p.

Riffault, H., 1994, les valeurs des français, paris, PUF.

Rocher, G., 1968, Introduction à la sociologie générale, tome 1, Seuil, coll.

Rotsart de Hertaing, L., &Courlejoie, J., 1998, maternité et santé, notions d'obstétrique, 446 P

Saillant, F., et Genest, S., 2005 ancrage locaux, défis globaux, Québec, la presse de l'université de Laval.

Saillant, F., et Gagnon E., 1999, « présentation, vers une anthropologie des soins », anthropologie et sociétés, pp. 5-14.

Sambieni, E., 2008, Peul et Somba de la région de Tanguiéta au Bénin : Etude comparative des pratiques d'accouchement, in « Communication présentée au Séminaire doctoral transfrontalier des universités de Luxembourg, Liège, Sarre et de Metz ».

Sehoueto, L. M., 1996 ; savoirs locaux ou savoirs localisés ?, la production et la diffusion des savoirs empiriques au Bénin :éléments empiriques pour une anthropologie sociale des savoirs "locaux", Inaugural-Dissertation zurErlangung des DoktorgradesamFachbereich Philosophie undSozialiwissen der Universität Berlin.

Sewane, D., 2003, Le Souffle du mort. La tragédie de la mort chez les Bètammaribè du Togo, Bénin, Paris, Plon.

Suarez. B. & Erika Teissiere, 2008, Naître : de l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance

Vuille, M. ., 1998, Accouchement et douleur. Une étude sociologique, éditions Antipodes, collection existences et société 156 p.

Walk, S., 1997, « Peers in Pain : The Experiences of Student Athlete Trainers » in *Sociology of Sport Journal*, n°14, pp 22-56

Werner, S., 1986, Die pockenpriester west-Afrikas. EinEthnomedizischerRuckblick, in curare, pp. 199-204

Yong, M., F. D. 1971, knowledge and control, London, collier-McMillan, 289 p.

## Références sitographiques

Ann Pharm 2000, « La prise en charge de la douleur », htt://www.em-consulte.com/revue/pharma/58/2, vol. 58, n° 2, mars, p. 75-144 (ISSN 0003-4509) consulté le 23 mai 2010 à 5h.

Bernard, B. C. 2004, Apprivoiser la douleur, [en ligne], http://fr.wikipedia.org/wiki/Bernard_Calvino, consulté le 22 février 2011 à 13h.

Blanchard, J.F., 2010, *Fluidité sociale et souffrance* », L'Harmattan, [en ligne], URL : http://lectures.revues.org/927/, consulté le 06 juillet 2012 à 9h.

Le Breton, D., 2010, Expérience de la douleur: entre destruction et renaissance, Paris,Éditions,Métailié,272p,[enligne],http://fr.wikipedia.org/wiki/Sp%C3%A9cial: ouvrages_de_r%C3%A9f%C3%A9rence9782864247289,. (ISBN 978-2-86424-728-9), consulté le 22 février 2011à 16 h.

Le Breton, D., 2005, « Filles au risque de l'adolescence; une anthropologie de la souffrance au féminin » ,[en ligne], Hakima Aït El Cadi/, http://wwwalsatica.eu/fr/recherche/?alsaticaParam, consulté le 20 22 Février 2001à 15 h.

Palpant., P., Le mal et la souffrance, LE TERME « ÉVÉNEMENT» [en ligne], http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/douleur-mal-inacceptable-et-necessaire, consulté le 10 Décembre 2010 à 9h.

Caccia, N., Windrim,R., 2009, le contrôle de la douleur associée au travail et à l'accouchement, www.aboutkidshealth.ca/fr consulté le 13 novembre 2010 à13h.

Chapouthier,, 2008, La douleur : des animaux à l'homme, "Homme et animal: de la douleur à la cruauté", in Collection « Le mouvement des savoirs », Editions de l'Harmattan, Paris, pp 25-38 ,[en ligne],http://fr.wikipedia.org/wiki/Georges, consulté le 09 février 2011 à 9h.

Faculté de Médecine Pitié-Salpêtre, Douleur, cours en ligne, [en ligne], http://www.chups.jussieu.fr, chapitre 5: consultée le 29 janvier 2009 à 7h.

Fainzang S., 2000, *La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale*, Ethnologies Comparées [en ligne], http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm, consulté le 07 janvier 2011 à 8h.

Garrigou,A., 2009, Accouchement et Ordre social, une anthropologie de la naissance, [en ligne], http://chezjeannette.blog4ever.com/blog/lire-article-65637-1358625, consulté le 13 Octobre 2010, à 9h.

IASP (International Association for the Study of Pain), Navigation HTTP: _fr.Wikipédia.org_wiki, http://chezjeannette.blog4ever.com/Blog/lire-article-65637-1358625, consulté le 12 Février 2012 à 6h.

Lavelle, L., 2005, Le mal et la souffrance, [En ligne] http : //www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales, consultéle 13 Mars 2011 à 11h.

Zaatoutramdane, Pouruneapprochebiopsychosocialedeladouleurchronique:l'exempledela douleurencancérologie [En ligne], http://www.ordredesmedecinsdeghardaia-dz.com/doc/la_douleur_approche_bio_psycho_sociologique.pdf, consulté le 12 Avril 2013 à 13h.

# ANNEXES

## Guide d'entretien adressé aux acteurs de soins parallèles

1. Plaintes/Offres parallèles

| Plaintes | Offres |
|---|---|
| Plaintes enregistrées en relation avec la grossesse | Offres disponibles |
| | |

2. Offres et critères d'accès

| Activités initiées en direction des femmes enceintes | Profils des participants | Critères de participation |
|---|---|---|
| | | |

3. Au sujet des éventuelles causes de la douleur de l'accouchement

| Caractéristiques de la douleur de l'accouchement | Périodes possibles | Causes possibles | Observations |
|---|---|---|---|
| | | | |

4. Sollicitation dans les cas suivants et sacrifices/autres dispositions

| Période | Problèmes de santé identifiés | Causes possibles | Disposition parallèle FS ? | Entité spirituelle sollicitée |
|---|---|---|---|---|
| 1-3 mois | | | | |
| 4-6 mois | | | | |
| 7-9 mois | | | | |
| 9 – 9 mois + | | | | |
| Contractions | | | | |
| Jour de la naissance | | | | |
| Période | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| travail | | | | |
| Naissance prématurée | | | | |
| Maux de ventre | | | | |
| Ouverture de colle | | | | |
| Fièvre ou palu | | | | |
| Infection urinaire | | | | |
| Mal de dos | | | | |
| Mal de tête | | | | |
| Courbature | | | | |
| Difficultés à marcher | | | | |

5. Au sujet des éventuelles causes de la douleur de l'accouchement

| Caractéristiques de la douleur de l'accouchement | Périodes possibles | Causes possibles | Observations |
|---|---|---|---|
| | | | |

## Guide d'entretien adressé aux acteurs religieux (judéo-chrétiens)

1. Offre de service

| Aspects spécifiques d'intervention | Critères d'accès | Source du savoir |
|---|---|---|
| | | |

2. Douleurs reliés à l'accouchement et significations

| Aspects de la douleur | Réponses de l'enquêté |
|---|---|
| Discours que vous partagez avec les fidèles au sujet de la douleur de l'accouchement | |
| Le comportement que vous attendez d'une femme enceinte quant-à la douleur de l'accouchement | |
| Que dites-vous des femmes qui renoncent à la douleur de l'accouchement ? | |
| Rôle de la religion dans la gestion de la douleur chez les femmes enceintes | |

3. Au sujet des éventuelles causes de la douleur de l'accouchement

| Caractéristiques de la douleur de l'accouchement | Périodes possibles | Causes possibles | Observations |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Questionnaire adressé aux femmes enceintes et parturiente**

1. Evolution de la grossesse, demandes et offres sollicitées

| Période | Problèmes de santé identifiés | Disposition en direction des FS ? | Disposition parallèle FS ? |
|---|---|---|---|
| 1-3 mois | | | |
| 4-6 mois | | | |
| 7-9 mois | | | |
| 9 – 9 mois + | | | |
| Contractions | | | |
| Jour de la naissance | | | |
| Période travail | | | |
| Naissance prématurée | | | |
| Maux de ventre | | | |
| Ouverture de colle | | | |
| Fièvre ou palu | | | |
| Infection urinaire | | | |
| Mal de dos | | | |
| Mal de tête | | | |
| Courbature | | | |
| Difficultés à marcher | | | |
| Mal au bas ventre (rein-vagin…) | | | |

2. Douleur et significations

| Aspects liés à la douleur | Informations recherchées | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Fré-quence | Par-ties du corps | Manifes-tations | Significations apportées par soi | Significations apportées par les proches (non soignants) |
| 1er trimestre | | | | | |
| 2ème trimestre | | | | | |
| 3ème trimestre | | | | | |
| 3sources de douleur relatives de la grossesse | | | | | |
| Est-il possible d'accoucher sans douleur? expliquer | | | | | |

3. Au sujet des éventuelles causes de la douleur portant sur l'accouchement

| Caractéristiques de la douleur portant sur l'accouchement | Périodes possibles | Causes possibles | Observations |
|---|---|---|---|
| | | | |

| pyramide sanitaire spécifique à l'offre obstétricienne | | |
|---|---|---|
| plateau technique spécifique à l'offre sanitaire à Ouidah/Kpomassè | points forts | et points faibles |

4. Calendrier obstétricale parallèle

| Mois | Consultation | | Autres interventions |
|---|---|---|---|
| | Oui | Non | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 12+ | | | |

**Guide d'entretien adressé au personnel des formations sanitaires (obstétriciens)**

1. Liste des plaintes hospitalières au sujet de la grossesse

| Période /aspects liés à la grossesse | Plaintes identifiées | Causes possibles | Offres sanitaires appliquées | Contraintes (sociales-culturelles et financières |
|---|---|---|---|---|
| 1-3 mois | | | | |
| 4-6 mois | | | | |
| 7-9 mois | | | | |
| 9 – 9 mois + | | | | |
| Contractions | | | | |
| Jour de la naissance | | | | |
| Période travail | | | | |
| Naissance prématurée | | | | |
| Maux de ventre | | | | |
| Ouverture de colle | | | | |
| Fièvre ou palu | | | | |
| Infection urinaire | | | | |
| Mal de dos | | | | |
| Mal de tête | | | | |
| Courbature | | | | |
| Difficultés à marcher | | | | |
| Mal au bas ventre (rein-vagin…) | | | | |

2. Au sujet des éventuelles causes de la douleur de l'accouchement

| Caractéristiques de la douleur de l'accouchement | Périodes possibles | Causes possibles | Observations |
|---|---|---|---|
| | | | |

3. Au sujet des recours

**Guide d'entretien/responsabilité parentale directe de femmes enceintes**

| Aspects couverts par les dépenses | Formations sanitaires | Praticiens tradition-nels | Pharma-cie parallèle | Auto médication par les plantes | Pratiques reli-gieuses | Prati-ques culturel les | Autres/ observati ons |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estimation financière des dépenses | | | | | | | |
| Pour quelle demande (attente) | | | | | | | |
| Cocher si recours est ≥5 | | | | | | | |

1. Aspects et valeurs financières des dépenses liées à la grossesse et justification

| Aspects couverts par les dépenses | Forma-tions sanitaires | Praticiens tradition-nels | Pharmacie parallèle | Auto médication par les plantes | Pratiq ues religie uses | Pratiq ues cultu-relles | Autres/ observat ions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ce que vous approuvez dans l'offre | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ce que vous désapprouvez dans l'offre | | | | | | | |

2. Préférence de registre en cas de douleur lors de la grossesse

| Aspects couverts par les dépenses | Formations sanitaire | Praticiens traditionnels | Pharmacie parallèle | Auto médication par les plantes | Pratiques religieuses | Pratiques culturelles | Autres/ observations |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Conseiller une offre en matière de prise en charge de la douleur | | | | | | | |
| Déconseiller une offre en matière de prise en charge de la douleur | | | | | | | |

3. Evolution de la grossesse, demandes et offres sollicitée

| Période | Problèmes de santé identifiés | Disposition en direction des FS ? | Disposition parallèle FS ? |
|---|---|---|---|
| 1-3 mois | | | |
| 4-6 mois | | | |
| 7-9 mois | | | |
| 9 – 9 mois + | | | |
| Contractions | | | |
| Jour de la naissance | | | |
| Période travail | | | |
| Naissance | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| prématurée | | | |
| Maux de ventre | | | |
| Ouverture de col | | | |
| Fièvre ou palu | | | |
| Infection urinaire | | | |
| Mal de dos | | | |
| Mal de tête | | | |
| Courbature | | | |
| Difficultés à marcher | | | |
| Mal au bas ventre (rein-vagin…) | | | |

6. Appréciation du plateau technique

| pyramide sanitaire spécifique à l'offre obstétricienne | | |
|---|---|---|
| plateau technique spécifique à l'offre sanitaire à Ouidah/Kpomassè | points forts | et points faibles |
| | | |

## Guide d'entretien adressé aux sages et gardiens des traditions

### 1. Langage de l'obstétrique traditionnelle

| Aspects | Désignation en langue locale | Interprétation (sémantique) |
|---|---|---|
| Grossesse | | |
| Accouchement | | |
| Douleur | | |
| Saignement | | |
| Mal de ventre | | |
| Travail d'accouchement | | |
| Enfant mort né | | |
| Décès maternel | | |
| Fausse couche | | |
| Sage-femme | | |
| Matrone | | |
| Gynécologue | | |
| Consultation pré natale | | |
| Menstruation | | |
| Douleur d'accouchement | | |
| Période d'ovulation | | |
| Tomber enceinte | | |
| Propos pour exprimer la douleur | | |

2. Au sujet des éventuelles causes de la douleur de l'accouchement

| Caractéristiques de la douleur de l'accouchement | Périodes possibles | Causes possibles | Observations |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Questionnaire adressé aux acteurs de l'offre parallèle de soins**

**I-identification**

1. Nom et prénom :
2. Sexe : ⌴ ⌴

   Masculin Féminin
3. Tranche d'âge : ⌴ ⌴ ⌴ ⌴

   15-18 ans 19-22ans 22-25 ans 26-30 ans
4. Groupe sociolinguistique :
5. religions pratiquées :
6. Statut socioprofessionnel : ⌴ ⌴ ⌴ ⌴

   Guérisseur Amanwatoamansisato Alpha
7. ⌴ ⌴

   chef de culte endogène responsable religion importé

   Autres :
8. situation matrimoniale : ⌴ ⌴ ⌴ Autres détails :

marié conjoint de fait divorcé

9. Niveau d'instruction : ⌴ ⌴ ⌴ Autres détails (nbre d'enfants):

   CEP BEPC BAC
10. Lieu de résidence :
11. Zone de couverture des prestations :

**II- Connaissance des savoirs et des offres de service**

12 Depuis combien d'années ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴

| | | |
|---|---|---|
| | intervenez-vous en faveur des femmes enceintes ? | -1-5 ans 6-10 ans 11-15 ans 16-20 ans 20 ans et plus |
| 13 | A qui devez-vous ces savoirs ou connaissances ? | ⊔ ⊔ ⊔ Géniteur autre parent Autre : |
| 14 | Quels sont les domaines que couvrent vos interventions en faveur des femmes enceintes ? | ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ fertilité fausses couches douleur santé de l'enfant décès maternel Autres |
| 15 | Quelle est la fréquence d'intervention ? | ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ -2/mois 2-5/mois 6-10 :mois 11-20/mois plus de 20/mois |
| 13 | A combien peut-on estimer le nombre de femmes bénéficiaires sur l'ensemble de deux dernière années ? | ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ -50 51-75 76-100 101- 150 151-200 plus de 20/mois |
| 14 | Quels sont les types de liens avec les bénéficiaires ? | ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ Voisin parenté ami fidèles collègues inconnus Autres : |
| 15 | Les conditions d'accès à vos services | ⊔ financière ⊔ gratuit Autres : |
| 16 | Décrivez-nous l'une de vos recettes dans le cadre de la douleur de l'accouchement | |
| 17 | A votre avis, à quoi peut-être liée la douleur de l'accouchement ? | |
| 18 | A votre avis, peut-on se prévenir de la douleur de l'accouchement ?si oui en quoi faisant ? | |
| 19 | Comment remarquez-vous qu'une femme ressent la douleur de l'accouchement ? | |
| 20 | Quelle est selon vous l'importance de la douleur dans le processus conduisant à l'accouchement d'une femme enceinte ? | |
| 21 | Quelles différences faites-vous entre la douleur de l'accouchement et les autres cas de douleur | |

**Questionnaire adressé aux acteurs de l'offre parallèle de soins**

**I-identification**

1. Nom et prénom :
2. Sexe : ☐ ☐
   Masculin Féminin
3. Tranche d'âge : ☐ ☐ ☐ ☐
   15-18 ans 19-22ans 22-25 ans 26-30 ans
4. Groupe sociolinguistique :
5. religions pratiquées :
6. Statut socioprofessionnel : ☐ ☐ ☐ ☐
   Sage-femme Gynécologue Anesthésiste Aide soignante
7. Lieu de résidence :
8. Zone de couverture des prestations :
9. Ancienneté dans la zone sanitaire :
10. Ancienneté dans la profession :
11. Maîtrise de la langue locale : ☐ oui ☐ non

**II- Connaissance des savoirs et des offres de service**

| | | |
|---|---|---|
| 12 | Depuis combien d'années intervenez-vous en faveur des femmes enceintes ? | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>-1-5 ans 6-10 ans 11-15 ans 16-20 ans 20 ans et plus |
| 13 | A qui devez-vous les savoirs ou connaissances que vous utilisez dans le cadre de votre profession? | ☐ ☐ ☐ ☐<br>Formation Géniteur autre parent Autre : |
| 14 | Quels sont les domaines que couvrent vos interventions en faveur des femmes enceintes ? | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>fertilité fausses couches douleur santé de l'enfant décès maternel<br>Autres : |

| | | |
|---|---|---|
| 15 | Quelle est la fréquence d'intervention ? | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>-2/mois 2-5/mois 6-10 :mois 11-20/mois plus de 20/mois |
| 13 | A combien peut-on estimer le nombre de femmes bénéficiaires sur l'ensemble de deux dernière années ? | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>-50 51-75 76-100 101- 150 151-200 plus de 20/mois |
| 14 | Quels sont les types de liens avec les bénéficiaires ? | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>Voisin parenté ami fidèles collègues inconnus<br>Autres : |
| 15 | Les conditions d'accès à vos services | ☐ financière ☐ gratuit<br>Autres : |
| 16 | Décrivez-nous l'une de vos recettes dans le cadre de la douleur de l'accouchement | |
| 17 | A votre avis, à quoi peut-être liée la douleur de l'accouchement ? | |
| 18 | A votre avis, peut-on se prévenir de la douleur de l'accouchement ?si oui en quoi faisant ? | |
| 19 | Comment remarquez-vous qu'une femme ressent la douleur de l'accouchement ? | |
| 20 | Quelle est selon vous l'importance de la douleur dans le processus conduisant à l'accouchement d'une femme enceinte ? | |
| 21 | Quelles différences faites-vous entre la douleur de l'accouchement et les autres cas de douleur | |

**Grille d'observation (arrondissement Kpomassè/Ouidah)**

| Qualités des voies qui mènent aux formations Sanitaires | luminosité des voies menant aux Formation Sanitaire | Nombre/ types de Formation Sanitaire | Intervalles des distances population/ Formation Sanitaire | Nombre/ types de Formation Sanitaire | Nombre/ types d'acteurs parallèles | Intervalles des distances pop/A.P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

# Tables des Matières

**AVANT-PROPOS** ..... 1

**DEDICACE** ..... 3

**REMERCIEMENTS** ..... 4

**NOTES ET TRANSCRIPTIONS** ..... 8

**LISTE DES SIGLES** ..... 9

**LISTE DES TABLEAUX** ..... 10

**LISTE DES GRAPHIQUES** ..... 11

**LISTE DES FIGURES** ..... 12

**SOMMAIRE** ..... 13

**RESUME** ..... 14

**ABSTRACT** ..... 15

**INTRODUCTION** ..... 16

**PREMIERE PARTIE** ..... 22

**LA DOULEUR DE LA PARTURIENTE COMME CHAMP D'ETUDE DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE** ..... 22

**CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE ET CHAMP THEORIQUE DE LA RECHERCHE** ..... 22

1-1 : Du problème social au problème scientifique ..... 22

**1-1.1. A chaque obstétricien, son cimetière : un problème de recherche d'ordre social** ..... 24

**1-1.2 : Le prolongement social de l'expérience de la douleur chez la parturiente: un problème de recherche d'ordre scientifique** ..... 26

**1-1.3 : Synthèse du problème de recherche** ..... 31

1-2 : La question de recherche : répondre à une préoccupation sociale ou scientifique ? ..... 31

**1-2.1 : Une recherche au service de la santé de la mère et de l'enfant : dimension sociale de la question de recherche** ..... 32

**1-2.2 : Une recherche au service de la science : dimension scientifique de la question de recherche** ..... 32

1-3 : Hypothèses et objectifs de recherche .....33

**1-3.1 : Formulation des hypothèses de recherche**.....33

**1-3.2 : Définition des objectifs de recherche** .....34

1-4 : L'univers conceptuel de l'étude.....34

1-5 : Quelques axes actuels de la discussion .....40

**1-5-1 : Quand l'étude de l'accouchement offre des arguments anthropologiques pour l'étude des cultures** ! .....40

**1-5-2 : La douleur, un mal nécessaire !**.....41

**I-5-3 : l'expérience de la douleur, la preuve d'un "moi social"** .....43

**1-5-4 : le rapport à la douleur, une question de socialisation**.....45

**1-5-5. La synthèse de la littérature puis de nouvelles orientations de recherche** .....47

1-6 : Délimitation des champs disciplinaires : la socio-anthropologie en appoint aux soins obstétricaux .....48

**I-6-1 : Re écrire les notes de l'obstétrique ou lui servir d'appoint ?**.....48

**1-6-2 : La part de la socio-anthropologie dans l'étude de la douleur** .....50

**1-6-3 : Une socio-anthropologie de la souffrance et de la douleur** .....51

**1-6-4 : Une socio-anthropologie de l'accouchement et de la naissance**.....51

**CHAPITRE II : LES ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE**.....53

2-1 : La zone sanitaire Kpomassè-Ouidah -Tɔri : un champ privilégié pour une sociologie de la douleur chez les femmes enceintes .....53

**2-1-1 : Vivre de façon particulière le rapport à la douleur n'est pas spécifique à une culture mais aux cultures !** .....53

**2-1-2 : Les chiffres qui "parlent"!**.....54

**2-1-3 : Quand l'accès aux soins obstétricaux justifie le cadre d'étude !** .....59

2-2 : Orientations méthodologiques .....60

**2-2.1 : Le double choix de la recherche "in situ" et de la dialectique : une épreuve pour le chercheur !**.....61

**2-2.2 : Les localités approchées** .....62

**2-2.3 : Population cible et échantillon de recherche**.....64

**2-2.4 : Les techniques utilisées**.....67

**2-2.4-1 : Le recours aux procédés d'observation : le "risque du métier de chercheur-observateur!** .....68

2-3 : Les modèles d'analyse : le modèle écologique comme modèle dominant.....71

**2-3-1 : Du modèle "biopsychosociologie"** .....71

**2-3-2 : Du constructivisme au modèle systémique : le modèle écologique comme modèle dominant**....72
2-4 : Durée et calendrier de la recherche....73
**DEUXIEME PARTIE :**....74
**LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT : LES ILLUSIONS DE LA PRISE EN CHARGE BIOMEDICALE DE LA DOULEUR**....74
**CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE BIOMEDICALE DE LA DOULEUR DE LA PARTURIENTE**....74
3-1 : Les soins obstétricaux au Bénin: regards croisés sur la pyramide sanitaire....74
**3-1.1 : La santé de la mère et de l'enfant**....74
**3-1.2 : La hiérarchisation de l'offre de service en soins obstétricaux**....78
**3-1.2-1 : Aperçu général sur l'organisation administrative du système sanitaire**....79
**3-1.2-3 : La face cachée de l'"iceberg"**....83
**3.2.2 : « *o vĭ, a vi* » : l'expérience de la douleur, une normalité !**....93
**3.2.3 : L'accouchement sans douleur : un idéal ou une dérive ?**....94
3.3 : La douleur : l'expression d'un « moi social»....98
**3-3.1 : Les paliers de l'expérience de la douleur chez les patientes !**....98
**3.3.2 : Le "dialogue de sourd" entre sages-femmes et patientes**....103
**3.3.3 : La douleur entre l'individuel et le collectif**....106
**CHAPITRE IV. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE LA DOULEUR : LES CONTROVERSES AUTOUR DU SAVOIR BIOMEDICAL**....114
4.1. La douleur au pluriel....114
**4.1.1. Douleur du travail d'accouchement ou douleur des contractions de l'utérus !**....114
**4.1.2. Au-delà des contractions des douleurs chez la femme enceinte !**....118
**4.1.3. Douleur du corps versus douleur de l'âme : les deux faces d'une même pièce !**....122
4.2. Le protocole de prise en charge médical de la douleur : la standardisation des tâches....126
**4.2.1 La « maternité à moindre risque » : une obsession !**....126
**4.2.2. Quand la réponse obstétricale à la douleur porte sur le corps !**....128
**4.2.3. Quand la réponse obstétricale à la douleur porte sur l'"esprit" !**....132
4.3. L'offre de service face à une imbrication des savoirs....145

**4.3.2. Quand la salle d'accouchement devient le lieu des intrigues !**.....149

**TROISIEME PARTIE : DE NOUVEAUX REPERES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**.....153

**CHAPITRE V : LES REPONSES DE L'OBSTETRIQUE TRADITIONNELLE**.....153

5.1. : Les repères sociaux! .....153

**5.1.1. La socialisation : un cadre théorique pour une approche communautaire dans les soins obstétricaux**.....153

**5.1.2 : La douleur de la femme parturiente face à la sémiologie populaire de l'accouchement** .....164

5.2 : Les repères traditionnels .....166

**5.2.1. Quand les normes sociales interfèrent dans la relation médicale !**.....166

**5.2.2. L'obstétrique traditionnelle, une alternative à la prise en charge de la douleur ?** .....170

**5.3.1. Le vocabulaire de l'obstétrique traditionnel**.....177

**5.3.2 : Retrouver la dimension pratique de l'obstétrique traditionnelle** .....186

**5.3.2.1 : Le amanwatɔ et les vertus des plantes**.....186

**5.3.2.2 : Le *vodunon* et la puissance des divinités** .....190

**5.3.2.3. : Le Boconon et les vertus du *fa dù***.....191

**CHAPITRE VI. LE DISPOSITIF PROTOCOLAIRE MODERNE FACE AUX AUTRES REPERES SOCIAUX DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**.199

6.1. Le mythe de la santé parfaite ! .....199

**6.1. 1 : Pour un nouveau pacte social entre acteurs intervenant dans l'offre de soins obstétricaux**.....205

**6.1.2 : Pour de nouveaux repères dans la prise charge de la douleur**.....212

6. 2 : L'ancrage social du rapport à la douleur.....214

**6.2.1 : Quand la douleur chez la femme enceinte rime à un évènement social !** .....214

**6.2.2 : Quand la douleur chez la femme enceinte rime avec une construction sociale !**.....218

**6.2.3 : Le "rapport à la douleur " : un concept opératoire au service du développement** .....221

6.3. La socio anthropologie dans l'arène des soins obstétricaux .....226

**CONCLUSION**.....236

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES** .....242

**ANNEXES** .....252