



ANALYSE SOCIOLOGIQUE DES DETERMINANTS DE L'ABANDON ET DU RENONCEMENT A LA CONSULTATION PRENATALE (CPN) PAR LES FEMMES MULTIPARES EN MILIEU IFE AU CENTRE DU BENIN

SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THE DETERMINANTS OF ABANDONMENT AND RENUNCIATION OF PRENATAL CONSULTATION (PNC) BY MULTIPAROUS WOMEN IN IFE ENVIRONMENT IN THE CENTER OF BENIN

¹ MELIHO Codjo Pierre, ² OTTOKOU Codjo Adam,..

¹ Université Nationale d'Agriculture (UNA, Porto-Novo),
Laboratoire des Sciences Animales et Halieutiques (LaSAH),
Bénin, BP : 207 Cocotomey (République du Bénin), Tél. : 00229
95 05 48 15 / 97 38 53 84, WhatsApp : 00229 96 22 95 66 ; e-mail
: pmeliho@gmail.com

² Université d'Abomey-Calavi (UAC-Bénin), Département de
Sociologie-Anthropologie, Bénin, Tél. : 00229 66356513, e-mail :
adamottok@gmail.com

MELIHO Codjo Pierre et OTTOKOU Codjo Adam,
Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du
renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les
femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin,
Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé 5 (10), 187-206, [En
ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Cette recherche analyse les facteurs explicatifs de la satisfaction des femmes multipares et leur influence sur la consultation prénatale dans l'aire culturelle Ifè à Doumè dans la Commune de Savalou au centre du Bénin. La démarche méthodologique utilisée au cours de cette

recherche est fondamentalement qualitative, ce qui a permis d'utiliser les techniques d'observation directe et de l'entretien semi-directif. Au total 19 informateurs ont été approchés par l'échantillonnage à choix raisonné pour collecter des matériaux empiriques primaires triangulés dans la perspective de l'analyse de contenu appuyée par l'approche compréhensive et le modèle systémique de soins préventifs. Les résultats montrent que divers facteurs expliquent le renoncement et l'abandon des CPN par les femmes multipares. Ils sont classés par trois niveaux. Primo, il y a les facteurs individuels (illness) marqués par le faible niveau d'instruction, la perception de l'accueil et le profil socio-économique des femmes multipares. Secundo, la recherche met en exergue les facteurs collectifs représentatifs de l'environnement social des femmes sous la forme expressive du pouvoir de décision d'aller à la CPN détenu par l'époux, les ascendants et autre personne influente faisant partie du groupe organisateur de la thérapie, le genre et la perception sociale de la grossesse (sickness). Tertio, il est noté le rapport à la relation aux soins

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, (disease) soutenu par la sous information des mères multipares sur la CPN. Ce dernier facteur est renforcé par la complicité, la construction des relations parallèles et l'accueil sur fond de relation patrimoniale, amicale et du clientélisme entre soignant et soigné.

Mots clés : Renoncement, satisfaction, clientélisme, CPN, femme multipare, Ifè

Abstract

This research analyzes the explanatory factors of the satisfaction of multiparous women and their influence on the prenatal consultation in the Ifè cultural area in Doumè in the Commune of Savalou in central Benin. The methodological approach used during this research is fundamentally qualitative, which made it possible to use the techniques of direct observation and semi-structured interview. A fine 19 informants were approached by the technique of reasoned choice to have triangulated empirical data from the perspective of content analysis supported by the comprehensive approach and the systemic model of preventive care.

The results show that various factors explain the renunciation and abandonment of ANC by multiparous women. They are classified by three levels. First, there are the individual factors (illness) marked by the low level of education, the perception of reception and the socio-economic profile of multiparous women. Secondly, the research highlights the collective factors representative of the social environment of women in the expressive form of the decision-making power to go to the ANC held by the husband, the ascendants and other influential person who is part of the organizing group of therapy, gender and social perception of pregnancy (sickness). Thirdly, it is noted the relation to the relation to care (disease) supported by the under-information of multiparous mothers on the PNC. This last factor is reinforced by the complicity, the construction of parallel

relationships and the reception against the background of a heritage relationship, friendship and clientelism between caregiver and patient.

Keys words : Renunciation, satisfaction, clientelism, CPN, multiparous woman, Ifè

INTRODUCTION

En Afrique, les mythes, valeurs et croyances autour de la grossesse influencent significativement le comportement de la femme dans le recours aux soins pré et post natals. Cette réalité enchâssée dans la culture, induit parfois les acteurs du monde social et ceux de l'arène médicale dans un conflit de relation au cours du suivi de la grossesse. Ainsi, l'écart qui résulte de ce conflit entre les deux arènes trouve son origine à partir de l'étape où les femmes s'inscrivent dans une logique d'interruption ou d'abandon du suivi médical (S. Carillon, 2010, p. 2) pendant la grossesse. En effet, questionnant les femmes sur la façon dont elles parviennent ou non à s'approprier la médicalisation de la vie (P. C. Méliho, 2015, p. 132) en rapport avec la maternité, il s'est avéré que « la grossesse aujourd'hui si elle n'est pas pathologique, elle est médicalisée » (J. Béatrice, 2007, p. 2). Cette conception laisse croire que les prescriptions et recommandations de la santé publique s'imposent à la femme comme condition dont dépend le suivi de sa grossesse. Autrement, la médecine clinique considère la consultation pré natale comme un fait universel, qui doit se détacher de l'individualisme des femmes, voire des acteurs de l'environnement socio familial. Or, le rôle joué par les acteurs de l'environnement social de la femme dans le suivi de la grossesse est capital et non négligeable, reposant donc sur des connaissances, savoirs, expériences et croyances qui ont un fond patrimonial. C'est dire qu'on observe « une division sociale dans le suivi de la femme enceinte dans la communauté » (A. Laly, 2016, p. 84).

En réalité, cette divergence de regards autour de la CPN met en relief l'inobservance thérapeutique, qui anime le débat actuel en éthique de santé publique. Pour A. M. Louchez (2017, p. 75) « la thématique de l'observance nous amène à nous questionner sur notre système de santé et son adaptation à ces nouveaux enjeux » sociaux et conjecturels. On comprend donc que cette problématique de l'inobservance rime avec la notion d'interruption, d'abandon et de renoncement à la consultation pré natale. Elle fait partie des objets de recherche en sciences sociales, notamment en sociologie et en anthropologie de la santé afin de permettre une mesure objective de ses causes, de ses conséquences et de ses solutions (A. M. Louchez, 2017, p. 74). Malgré l'engagement de la politique sanitaire globale et des efforts de tous les acteurs d'aider la femme à conduire sa grossesse à une issue heureuse, des irrégularités liées au suivi de la grossesse sont constatées. Celles-ci sont rassemblées dans le panier de l'inobservance des normes médicales relatives au suivi de la grossesse. Ce qui renforce les complications répétées, causes de la mortalité maternelle et infantile pendant que les sciences médicales mettent tout en œuvre pour les éviter. Il se dégage à cet effet que l'observance du suivi médical de la grossesse, ne dépend pas uniquement du fonctionnement de la structure sanitaire, mais aussi et surtout de l'individu (la femme enceinte) et de la relation de soins (S. Carillon, 2010, p. 2) sans ignorer l'influence du corps social d'appartenance.

Au continuum de la réflexion de S. Carillon (2010), cet article restitue une contribution de la sociologie au débat actuel sur l'inobservance des normes relatives à l'éthique de santé publique en matière du suivi de la grossesse en milieu ifè de Doumé dans la Commune de Savalou au centre du Bénin. Il s'agit bien d'un contexte où la réduction de la mortalité maternelle et infantile préoccupe tant les politiques nationales qu'internationales de santé publique ainsi que les acteurs de l'arène périphérique. Aussi, la réflexion sur l'inobservance des CPN est-elle appréciée du fait que les services de maternité

démontrent comment le personnel soignant s'intéresse à l'évolution de la grossesse et en l'occurrence l'état de santé du couple mère-enfant. En fait, l'anthropologie médicale, après avoir démedicalisée la maladie en intégrant dans les objets de recherche les représentations sociales et les logiques thérapeutiques y afférentes en contexte large (P. C. Mèliho, T. T. Dikpo, 2019, p. 110), développe aujourd'hui ses outils pour questionner les systèmes et politiques de santé dont l'observance des CPN est un aspect fondamental abordé ici. Ainsi, partant de l'hypothèse que, « le recours au suivi médical de la grossesse est fonction de la satisfaction des femmes multipares des services à elles offerts », leurs perceptions sociales et celles de leur entourage sur la CPN sont interrogées pour expliquer les marges observées en milieu ifè à Doumé dans la Commune de Savalou. L'objectif général de cette recherche est d'analyser les déterminants liés à la satisfaction des femmes multipares et leur influence sur le suivi de la grossesse en contexte clinique. L'intérêt scientifique de la présente recherche repose sur le fait qu'avoir une bonne compréhension du sens de la grossesse en milieu ifè à Doumé va favoriser une meilleure acceptation des réponses apportées par les matériaux de terrain pour illustrer le drille de la consultation prénatale par renoncement et abandon des femmes expérimentées de l'environnement médical d'accouchement. En conséquence, la présente recherche apporte des informations à travers lesquelles les professionnels de la santé maternelle et reproductive sont invités à prendre en compte les comportements subjectifs des femmes multipares pour mieux s'occuper d'elles en cas de suivi pré et post natal. Pour y parvenir il a été proposé une méthodologie inspirée de l'approche sociologique.

1. Matériels et méthodes

L'armature méthodologique a porté sur deux aspects, notamment la présentation et la

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin,) justification du cadre de la recherche et l'organisation de la collecte des matériaux.

1.1. Présentation et intérêt du choix de *Doumè*

L'exposé sur la présentation et les raisons justifiant le choix du milieu *ifè* à *Doumè* dans la Commune de Savalou a documenté trois points. D'abord, la situation géographique, population, l'histoire de *Doumè* et les données sociolinguistiques. Ensuite, les dynamiques socio-culturelles et leur influence sur le suivi de la grossesse dans ce contexte précis ont été abordées. Enfin, le regard a été porté sur la couverture sanitaire pour situer le système de santé périphérique dans l'offre des services de maternité au Bénin.

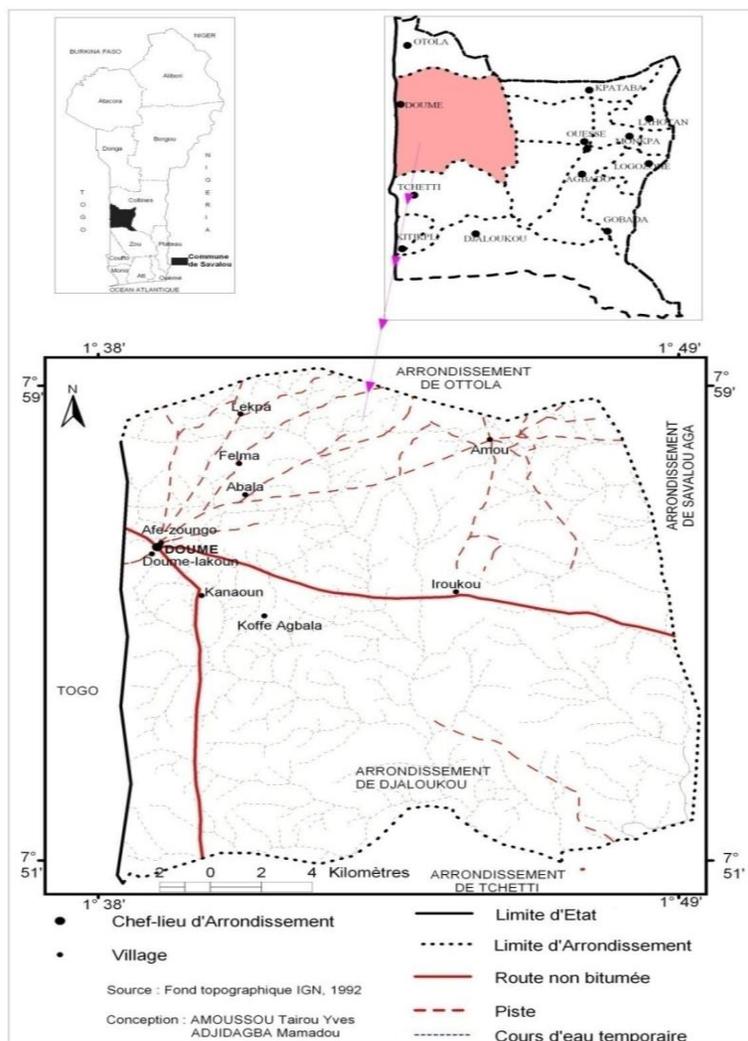
1.1.1. Situation géographique, population et socio-histoire de *Doumè*

Du point de vue géographique, *Doumè* est un arrondissement plus étendu en termes d'occupation de l'espace physique de la Commune de Savalou. Il est situé à l'Ouest, le

long de la frontière Bénin-Togo. *Doumè* est limité au Nord par l'Arrondissement d'*Ottola*, au Sud par *Tchetti*, à l'Est par *Aga* et à l'ouest par la République du Togo.

L'Arrondissement de *Doumè* est compris entre 1°38 et 1°49 de latitude Nord d'une part et 7°51 et 7°59 de longitude Est d'autre part. Il partage ses frontières avec les arrondissements d'*Ottola*, de *Tchetti*, d'*Aga* puis les localités limitrophes de la République du Togo. *Doumè* présente beaucoup d'atouts défavorables à une meilleure accessibilité aux services publics, notamment ceux de santé maternelle. Certains villages de l'Arrondissement de *Doumè* tels que *Iroukou*, *Bèbiani*, *Amou*, *Adanwé*, *Kpékpélou* et *Lekpa* sont difficiles d'accès. Ce qui engendre une forte distanciation géographique lorsque les populations ont besoin des services du centre de santé de *Doumè*. Cette situation est tributaire de la distance qui sépare ces villages du chef-lieu d'Arrondissement et les pistes rurales dégradées, en l'occurrence pendant la saison pluvieuse. La carte ci-dessous montre la localisation géographique de *Doumè*.

Carte n°1 : Situation et localisation géographique de l'arrondissement de *Doumé*



Source : documentation, Février 2018

En effet, avec un taux d'accroissement annuel de 3,7 l'Arrondissement de *Doumé* compte 11970 hommes contre 12591 femmes pour une population totale de 24561 habitants (INSAE, RGPH4, 2013). Cette population est répartie dans dix-huit villages et quartiers de villes que sont : Abbala, Abè-Okouta, Adjégoulè, Affé-Zongo, Agan, Aroudé, Amou, Bèbiani, Coffé-Agballa, Doumé-Lakoun, Ekpa, Felma, Iroukopu, Kannaoun, Kpéképélou, Lekpa, Mangowèssi, et Olouwakèmi.

Sur le plan historique, *Doumé* a été fondé à partir des migrations des populations *Ifè* parties de la localité d'*Iléifè* au Nigeria pour s'y installer après avoir pris par Grand-Popo, Tchetti, et Kannaoun. Il a donc connu à l'origine le phénomène de peuplement à la défaveur du dépeuplement de la localité d'*Iléifè*. Comme toute communauté endogène, la population *Ifè* du Nigeria s'est déplacée avec sa divinité *Dahdoumè*, d'où son toponyme *Doumé* par éludation du préfixe *Dah*. Cette divinité joue le

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

rôle protecteur à tous les fils et filles de *Doumè* en cas d'une situation critique (malheur, mésaventure, événement tragique, infertilité, grossesse, ...).

En ce qui concerne la sociolinguistique, actuellement *Doumè* est étendu vers l'actuel territoire de la République du Togo, ce qui justifie la présence massive des *Ifè* dans ce pays limitrophe à la République du Bénin. Ainsi, au-delà des populations autochtones, on rencontre à *Doumè* d'autres groupes sociolinguistiques qui ont contribué à son peuplement et à sa population. Les principaux groupes sociolinguistiques qui se partagent le territoire sont : *Ife, Fon, Adja, Peulh, Mina, Cabillaire, Itcha, Idaacha, et Mahi*. Les femmes issues de ces groupes sociolinguistiques installés à *Doumè* font recours à différentes pratiques culturelles, religieuses, sociales et sanitaires etc. qui enrichissent leur itinéraire du suivi de grossesse. Ces groupes sociolinguistiques participent ainsi à la dynamique socio-culturelle à *Doumè*.

1.1.2. Dynamiques socio-culturelles et leur influence sur le suivi de la grossesse

Décrire les dynamiques socio-culturelles en rapport avec le suivi de la grossesse revient à montrer ici les liens intrinsèques entre l'appartenance à une organisation sociale et le recours aux acteurs et divinités du milieu de vie considéré à l'échelle d'un espace thérapeutique. Pour le faire, il est abordé l'organisation socio-politique et l'univers religieux qui sont sollicités en cas de suivi de la grossesse.

En matière d'organisation socio-politique, la tradition existe encore à *Doumè* comme dans la plupart des localités du Bénin. Aujourd'hui, règne sa majesté *Oyébalé*, Roi de *Doumè* et garant de la tradition. Ce dernier est assisté d'autres rois dans plusieurs villages et quartiers de *Doumè*. Le Roi et sa suite, dans la mesure de leur possibilité, participent au règlement des différends, à la gestion des problèmes de santé dont le suivi de la grossesse est un aspect en observation ici ; ce qui contribue au

développement harmonieux de l'arrondissement. Dans cette perspective, le Roi accompagne l'organisation socio-politico-administrative dont le chef d'Arrondissement est l'autorité politique et administrative travaillant sous la tutelle du Maire de la Commune de Savalou, lui-même sous la tutelle du Préfet du Département des Collines. Le Chef d'Arrondissement de *Doumè* est l'autorité hiérarchique compétente à la tutelle des Chefs de villages et quartiers de ville. C'est dire que le Conseil Communal et le Maire sont des acteurs du système décentralisé qui co-produisent le service public élémentaire de la santé dont faite partie la maternité et les soins infantiles avec le soutien des chefs de villages et de quartiers. Les activités phares dans lesquelles on retrouve ces acteurs concernent les campagnes de vaccination contre la poliomyélite par exemple. Toutefois, il n'est jamais organisé de campagne sur la Consultation pré natale, c'est une faiblesse du système de santé entre les échelles globales et locales.

Au plan religieux, il existe des croyances endogènes et des divinités auxquelles font recours les hommes et les femmes à la recherche de remède à leurs multiples problèmes de santé, et en l'occurrence le suivi de la grossesse. Ils reposent sur l'adoration des dieux à travers plusieurs divinités. D'après les croyances populaires, le panthéon religieux à *Doumè* est composé de : *Ayera* (dieu du tonnerre ou de la foudre), *Chankpannan* (dieu de la terre ou de la variole), *Ogou* (dieu du fer ou de la guerre), et *Dahdoumè* (dieu de la protection). Dans ce panthéon, chaque divinité joue un rôle et ceci dans un domaine spécifique comme l'indique leur nom. Riche de diverses pratiques et de rituels, ce panthéon constitue un recours à la femme pour ses problèmes de grossesse et de fécondité / fertilité. Ainsi, en cas d'infertilité, les femmes vont implorer la grâce des divinités pour tomber enceinte. Lorsque leur demande est fructueuse, et dans ce cas précis, la confiance et la fidélité à la divinité qui a donné la grossesse oblige un suivi en contexte large au détriment du centre de santé. Le *vodun*, dans la religiosité

patrimoniale des *Ifè* se pratique par les adeptes appelés *Arouwin*. De ce fait, on pourrait formuler l'hypothèse à vérifier d'un drille de la consultation pré natale par une femme adepte de divinité. Puisqu'étant en réclusion pour des rites et rituels elle ne peut aller suivre une grossesse au centre de santé. La justification, c'est qu'il y a une durée d'internement pendant laquelle l'adepte est préparé à changer de statut dans sa communauté d'appartenance. Pendant cette période, il / elle n'est pas autorisé(e) à rencontrer des acteurs du monde profane, et les agents de santé maternelle et infantile en constitue un groupe soutenu par le *disease*, mieux l'étiologie de la santé publique à l'opposé de l'étiologie *Ifè*. Ainsi, dans le clan *Arouwin* de *Doumè*, l'animal totem est le porc comme le *python* chez les *Xwla de Grand-Popo* (P. C. Mêliho, B. Sènouvo, C. A. Kpatchavi, 2019, p. 84). Les *Arouwin* ne doivent pas manger la viande du porc. Aussi, le porc est-il proscrit en élevage à *Doumè*, car il est considéré comme un animal capable de susciter ou de renforcer la vulnérabilité des communautés ; surtout à certaines maladies (rougeole, variole, etc.), notamment chez la femme enceinte et les enfants. A l'opposé des religions endogènes, certains acteurs pratiquent les religions exogènes dont le christianisme et l'islam. Les femmes enceintes font aussi recours aux acteurs de ces religions qu'elles soient pratiquantes ou non en cas du suivi de grossesse. C'est dire que ces religions et l'organisation sociale influencent l'accès au service public de santé maternelle et infantile dont dépend la couverture sanitaire à la périphérie.

1.1.3. Couverture sanitaire à *Doumè*

La couverture sanitaire est constituée de l'ensemble des documents de politiques d'orientation, des ressources matérielles, humaines, financières et technologiques réunies pour assurer une offre de service optimale aux populations dans le secteur de la santé. A ce titre, la politique sanitaire du Bénin définit un système de santé à base pyramidale à trois niveaux à savoir le niveau central ou national, le niveau

intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique (zone sanitaire). C'est à ce dernier niveau (zone sanitaire) qu'appartient le centre de santé d'Arrondissement de *Doumè*. Ce niveau apparaît comme le niveau local, le plus décentralisé de l'organisation du système de santé.

En réalité, à l'échelle de zone sanitaire, la pyramide sanitaire, et ce, en ce qui concerne l'offre de soins est constituée des centres de santé de commune, d'arrondissement, et des unités villageoises de santé, l'ensemble étant rattaché à un hôpital de zone qui couvre une à trois communes actuellement. Ainsi, *Doumè* dispose d'un Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) qui dépend du point de vue hiérarchique dans l'offre de soins de l'hôpital de zone de Savalou / Bantè, cette zone sanitaire couvre deux communes.

En effet, l'Arrondissement de *Doumè* qui a servi de cadre de référence empirique (P. C. Meliho, 2014, p. 69) à cette recherche, est le plus peuplé de la Commune de Savalou. Il compte 18 villages et ne dispose qu'un seul centre de santé du premier recours situé dans le quartier *Affé-Zongo*. Rappelons que l'Arrondissement de *Doumè* compte 24561 (INSAE, RGPH4, 2013). Le CSA de *Doumè* offre à cette population les services sanitaires à savoir : le dispensaire, les services de vaccination et la maternité. La présente recherche a été menée au service de maternité. La supervision des activités dans ce centre de santé est sous la responsabilité d'un infirmier diplômé d'Etat, reconnu sous le nom de *Major*. Hiérarchiquement, le service de la maternité est sous la responsabilité d'une sage-femme diplômée d'Etat. La couverture en personnel de santé au service de maternité au CSA de *Doumè* en 2018 montre : une Sage-femme ; une Matrone et trois Aides-soignantes / filles de salle. Au total, cinq agents de santé assurent les différents services offerts à la maternité, notamment : le suivi de grossesse, l'accouchement et le suivi post natal. Il en résulte que le nombre de personnel de santé disponible ne répond pas aux normes de l'OMS (25 pour 10.000 habitants), cité par le ministère de la santé

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, au Bénin (MS, 2013, p. 251). Cet état de fait, est susceptible d'engendrer de disfonctionnement au service de maternité à *Doumè*, ce qui est un facteur favorable à l'inobservance des CPN par les femmes multipares dont a rendu compte les données primaires collectées.

1.2. Organisation de la collecte et du traitement des données

Cette recherche de nature qualitative a été menée à partir d'une immersion de deux mois en milieu *ife* à *Doumè* dans la Commune de Savalou, Département des Collines au centre du Bénin. Ainsi, par l'échantillonnage à choix « raisonné », une vingtaine d'entretiens ont été réalisés avec les différents groupes cibles. Il s'agit de cinq agents de santé, neuf femmes multipares (car considérées comme gestionnaires discrètes de leur début de grossesse, expérimentées dans la garde et l'entretien de grossesse et attachées à certaines restrictions alimentaires) et cinq personnes de l'entourage. Dans l'ensemble, les guides d'entretien administrés respectivement à eux sont articulés autour de :

- ♣ Perception de la grossesse ;
- ♣ Suivi social de la grossesse ;
- ♣ Suivi de la grossesse en contexte clinique ;
- ♣ Perception autour de l'accueil à la CPN ;
- ♣ Comportement des femmes vis-à-vis des CPN ;
- ♣ Séance d'information pendant les CPN ;
- ♣ Opinions autour du suivi social de la grossesse ;
- ♣ Motifs de l'inobservance des CPN ;
- ♣ Interdits alimentaires et comportementaux ;
- ♣ Motif de ne pas fréquenter ou de ne pas être régulier à la CPN ;
- ♣ Gestion des signes de complication de la grossesse ;
- ♣ Préparation des femmes enceintes à l'accouchement ;
- ♣ Analyse genre en ce qui concerne la prise de décision d'aller à la CPN.

En fait, l'option de l'échantillonnage à « choix raisonné » s'explique par l'avantage qu'il présente, en permettant de sélectionner les enquêtés, détenteurs d'informations utiles.

Parallèlement, ces entretiens ont été complétés par une série d'observations directes réalisées chaque vendredi et échelonnées sur une période de deux mois à la maternité du centre de santé de *Doumè*. Le choix de la journée de vendredi est justifié par le fait que c'est ce jour qui accueille le plus grand nombre de femmes à la CPN. Ainsi, ces observations ont permis de noter le type d'accueil réservé aux femmes en lien avec le protocole optimal, leur temps d'attente, les discours des femmes et leur collaboration avec le personnel soignant.

Les données issues de l'enquête de terrain ont été analysées au regard du modèle systémique des soins préventifs (J. M. Walsh et S. J. Mcphee, 1992, p. 170). A travers ce modèle, le comportement préventif est présenté comme la résultante de l'action combinée de l'utilisateur et du soignant. Puisque tous deux sont influencés par des facteurs prédisposant et facilitant Beker (1975) dont les facteurs organisationnels, les activités préventives et les facteurs situationnels. En conséquence, si les acteurs, mieux les femmes enceintes font recours à plusieurs registres de soins ou sont irréguliers à la CPN, il y a des intentionnalités qui les sous-tendent que la démarche compréhensive de M. Weber (1967, p. 293) a permis d'élucider. L'intérêt étant de comprendre les significations des acteurs sociaux sur leurs comportements. Car, toute action exercée par l'acteur social a un sens subjectif, mieux une signification (A. Ottokou, 2019, p. 26). A cela, nous avons associé l'analyse de contenu et la combinaison de ces approches a permis de présenter cinq résultats.

2. RÉSULTATS

La restitution des résultats aborde l'intérêt de la consultation prénatale pour les femmes multipares, leurs perceptions et vécus de l'accueil à elles réservé, la construction du rapport genre autour de la prise de décision d'aller à la CPN, le statut de la femme et le niveau de vie du ménage sans occulter la préparation à l'accouchement médicalisé.

2.1. Connaissance de l'intérêt de la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares

En ce qui concerne la connaissance des femmes enceintes enquêtées lors de cette recherche, plus de la moitié ne maîtrise pas le calendrier de la consultation prénatale (CPN), le nombre exact de CPN à faire et les complications au premier trimestre devant leur permettre de recourir aux services de la maternité. Dans l'imaginaire populaire en milieu *ifè* à *Doumè*, la femme ne doit aller à la CPN que lorsqu'il y a un mal qui la dérange. Il n'est pas souvent rare d'entendre au cours du séjour d'immersion ethnographique, les expressions comme « elle ne sent rien, pourquoi va-t-elle aller à l'hôpital ! » ou « mon souhait, c'est de ne pas souffrir d'une maladie qui va m'amener à l'hôpital ! ». Ces propos laissent transparaître le souhait de pouvoir éviter tout contact avec les services de santé maternelle pendant la grossesse. Mais on peut venir y accoucher ou pas (les matrones sont là). Tout porte à croire que les acteurs de l'environnement social sont sous informés de l'importance de la CPN. Chez les *ifè* à *Doumè*, il y a un dispositif, lequel permet de suivre la femme enceinte en contexte global. Car la femme enceinte est vue comme un être sacré du fait de l'objet social qu'elle porte. Il en résulte que les gestantes et leur entourage socio familial, font toujours la confusion entre recevoir les soins et aller faire consulter la grossesse dont la nosographie en milieu *Ifè, éfoun wiwo* (regarder la grossesse) ou *lamba bibou fou abéfoun* (faire suivre la grossesse). Ce qui justifie que l'assertion selon laquelle « la grossesse n'est pas une maladie, pourquoi vais-je recourir à l'hôpital ? » reste une réalité dans l'imaginaire populaire, notamment l'émique *ifè* à *Doumè*.

Un agent de santé corrobore cette perception éémique.

« Faire les CPN n'est pas synonyme de recevoir les soins pour le suivi de la grossesse. Les sage-femmes leur expliquent qu'elles peuvent venir ici recevoir les soins à tout moment sans

rendez-vous. Il y a beaucoup de nos femmes qui ne comprennent pas cela. Elles attendent une complication avant de se rendre au centre de santé (CS). D'où les évacuations répétées et les césariennes nombreuses » (Extrait de l'entretien en français réalisé le 13/04/2018 avec un responsable du CS de *Doumè*).

A travers ce verbatim, on retient que les facteurs explicatifs du renoncement à la CPN ont pour corollaire le retard du recours à la maternité en cas d'accouchement. Pour les femmes multipares fréquentant le CSA de *Doumé*, la prise en charge de la grossesse est influencée par trois problèmes. Premièrement, le manque d'argent est un facteur prépondérant. Dans un second temps, la prise en charge de la grossesse repose sur l'automédication. En troisième lieu, elle résulte de la mauvaise connaissance du dispositif médical par les femmes et au non maîtrise du discours délivré *via* les CPN. Ce qui montre qu'en cas de maladie au cours de la grossesse, la femme utilise d'abord les ressources disponibles dans son environnement familial. C'est lorsque le mal persiste qu'elle fait recours au CSA. Cette réalité est soutenue par le fait que « les soins domestiques constituent un volet essentiel des systèmes ethnomédicaux et les femmes sont, dans la plupart des sociétés, sinon dans toutes, celles qui développent, dispensent et transmettent les pratiques et les savoirs qui leurs sont reliés » (F. Saillant, 1999, p. 2). Aussi, l'inobservance des CPN, ne se limite-t-elle pas à la connaissance des femmes multipares des services de santé délivrés, l'accueil à elles réservé par le personnel soignant en dépend.

2.2. Perception et vécu des femmes multipares autour de l'accueil à la CPN

De l'ensemble des informations collectées, il ressort de cette recherche que l'accueil est un facteur de renoncement, d'abandon ou du non observance des CPN chez les femmes multipares en milieu *Ifè* à *Doumè*. En effet, à la maternité de *Doumè* où la présente recherche a été réalisée, on se rend compte que l'admission à la salle de CPN

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin,) suit un protocole d'accès complexifié par l'ingérence des acteurs, qui le rend parfois assez long. D'abord, les femmes à leur arrivée, chacune dépose son carnet de suivi selon l'ordre chronologique. Cela permet à l'aide-soignante de les ranger suivant l'ordre d'arrivée. C'est cet ordre que la sage-femme suit pour inviter les femmes à la salle de consultation. Mais les séances d'observation ont permis de constater des contournements du protocole comme restitué en encadré 1.

Encadré 1 : séquence d'observation de l'accueil au centre de santé de Doumè

C'était le vendredi trois avril 2018. Nous nous sommes rendus très tôt au CS de Doumè. Il sonnait neuf heures du matin quand une femme enceinte est venue pour la CPN. Arrivée à la véranda de la maternité, elle salua les femmes enceintes et aussitôt elle est rentrée dans la salle de consultation. Après une discussion de cinq minutes environ avec la sage-femme, elle est ressortie pour se diriger vers la pharmacie. Par la suite, elle est revenue avec un sachet en main pour s'asseoir à côté des femmes en attente. Dix minutes après, la sage-femme sort de la salle de CPN pour demander à cette femme de lui acheter de la bouillie à côté. A son retour, elle est revenue avec le bol de bouillie et son sachet en main ; puis elle est allée voir la sage-femme dans la salle de consultation. Elle y a passé une vingtaine de minutes, puis elle est ressortie avec une autre femme qui était à la consultation. Les deux ont pris la route de leur maison respective. Les femmes en attente ont commencé par bourdonner après son départ. De leurs bourdonnements on pourrait entendre « c'est parce qu'elle est l'enfant de son propriétaire de location, nous autres nous n'allons pas dormir ici ! » A ce moment précis, la sage-femme est ressortie pour les supplier et leur expliquer que la femme en question avait un programme de voyage sur Savalou, ce qui fait qu'elle était pressée. Après nous avoir rapproché de ces femmes, à la fin de la scène, certaines parmi elles nous ont fait comprendre que la dame en question est l'enfant du bailleur de la sage-femme.

Source : données d'observation, centre de santé de Doumè, trois avril 2018

De l'analyse de ces données d'observation, on en déduit que malgré l'existence du protocole d'accès à la CPN qui puisse limiter la construction des relations parallèles, certaines femmes arrivent à briser les contraintes et ceci avec la complicité des sage-femmes. Ainsi, la relation sociale de proximité est un facteur d'influence sur l'accueil à la CPN. Cet état de fait

décourage les femmes puis les amène à prendre le *dégoût de l'hôpital*. C'est bien un déterminant de l'accouchement à domicile. On comprend donc que le mode de fonctionnement et l'organisation des activités dans les formations sanitaires aussi constituent des facteurs explicatifs du comportement des femmes enceintes à suivre ou non leur grossesse dans un dispositif médical. Ce sont des pratiques qui ne respectent pas la bonne gouvernance dans le secteur de la santé et qui induisent la faible fréquentation des formations sanitaires publiques. Au regard du Plan National de Développement Sanitaire (2018-2020) du Bénin, c'est une situation qui perturbe le bon fonctionnement des centres de santé et ne permet pas aux gestantes de se faire suivre réellement au centre de santé. L'accueil à la CPN, reste valablement un facteur explicatif de l'abandon et du renoncement des soins doublé du rapport au genre comme « rapport social de pouvoir » (E. Macé, 2017, p. 499).

2.3. Rapport genre dans la décision du recours à la CPN

Au cours de cette recherche en milieu *Ifè* à Doumè, l'influence des époux dans la décision du recours à la CPN vient en première position dans les discours. En réalité, l'initiative de recourir à la CPN est très souvent prise par la femme enceinte elle-même, mais il demeure que son effectivité n'est possible, très souvent, qu'avec l'accord des proches qui sont le conjoint et quelques fois les beaux-parents ou les parents directs (ascendants). En milieu *Ifè* à Doumè, c'est le conjoint qui autorise, la plupart du temps, le recours au centre de santé, car c'est lui qui assure les dépenses de soins. Dans ces conditions, certaines femmes assistent à des CPN tardives ou n'y recourent pas du tout. Le cas échéant, elles

ne perçoivent pas la nécessité d'y aller à temps comme l'explique une interlocutrice.

« Chez nous ici, c'est le mari qui te donne l'argent pour aller faire les consultations à l'hôpital. Même pour faire les dépenses d'autres soins, la tâche lui revient. Pour le suivi de ta grossesse, si le jour du rendez-vous d'une CPN est venu, s'il ne te donne pas l'argent, tu restes jalousement à la maison. Dans ce cas, lorsque tu souffres de quelque chose, si toi-même tu as d'argent tu l'utilises et le mari te le rembourse après, s'il veut être gentil » (extrait de l'entretien avec A. B., 35 ans, mère de cinq enfants, Lekpa, le 02/03/2018).

Une autre informatrice renchérit.

« C'est lui l'auteur de la grossesse et responsable du foyer. S'il n'autorise pas d'aller à la consultation, tu vas faire comment ? Même si toi-même tu as d'argent, il faut que tu prennes son avis. Sinon, tu seras auteur de tout ce qui peut survenir après, lorsque tu ne respectes pas ses consignes. Comme cela, tu es obligée de rester à la maison ; sinon il va te traiter autrement » (Extrait d'un entretien avec M. A., 32 ans, femme enceinte, Ekpa, le 09/03/2018).

Au regard de ces deux verbatims, on retient clairement qu'en milieu *Ifè à Doumè*, les rôles relatifs au genre autour du suivi de la grossesse au centre de santé prennent deux tournures. D'une part, la garde de la grossesse que l'homme a donné par la femme, c'est son rôle social. D'autre part, le mari tient la décision du recours à la CPN à travers son pouvoir d'argent. Dans ces conditions, sans l'avis motivé du mari il ne peut y avoir de CPN. Le système est autant enraciné

qu'il est remplacé parfois par d'autres acteurs (parents proches, ascendants et autres) en cas d'absence ou d'indécis. Le mari est donc le dernier recours qui prend la décision d'aller aux soins même s'il ne donne pas d'argent. Au cas où l'idée d'aller à la CPN vient de la femme, il revient au mari de donner son avis favorable en tant que chef du ménage. Ce respect de l'autorité du mari occasionne parfois un retard ou un abandon de la CPN qui a pour conséquence la fréquence des complications de grossesse et la mortalité maternelle, infantile ou encore les deux, mieux la fistule obstétricale au cas où la femme survie. Il convient de retenir une *domination masculine* (P. Bourdieu, 1998) dans le recours à la CPN, telles que les inégalités entre hommes et femmes dans les instances décisionnelles. Ce résultat confirme celui de S. Agbo et al. (2018, p. 732) qui montre que « *les rapports genre quelque peu spécifique dans les ménages apparaissent comme influençant l'adhésion aux soins de santé médicaux* » et alternatifs. Ainsi, le rapport genre et les inégalités de sexe influencent le suivi médical de la grossesse par une domination masculine dans le recours à la CPN en milieu *Ifè à Doumè*. Mais cela n'occulte pas le statut de la femme et le niveau de vie du ménage comme des facteurs explicatifs prépondérants au recours à la CPN.

2.4. Statut de la femme et niveau de vie du ménage comme facteurs d'influence à la CPN

Le statut de la femme et le niveau de vie du ménage sont primordiaux dans le recours à la consultation prénatale. En effet, il est noté que les femmes enceintes, en fonction de leurs expériences de maternité (primipares ou multipares) n'ont pas toujours les mêmes raisons de l'inobservance des CPN. Les femmes multipares, en ce qui les concerne, se voient dotées d'une certaine expérience à propos du

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, suivi et de la *garde de la grossesse*. Elles ont une

tendance à croire que les anciennes expériences et les leçons des précédentes vécues de la gestion de la grossesse sont utiles pour conduire le nouveau projet de donner vie à un nouveau-né à nouveau. De ce point de vue, l'expérience de la maternité fait que les femmes n'ont pas les mêmes raisons de non observance des CPN, puisque, chaque maternité, a ses risques et ses réalités. Pour un personnel de santé « *les multipares se comportent comme des anciennes, c'est-à-dire des femmes expérimentées. Ce qui fait qu'elles négligent les CPN. Les primipares, au contraire, ont peur des complications ; ce qui fait qu'elles sont plus attachées à la CPN* » (extrait de l'entretien avec un personnel du CS de Doumè, le 13/04/2018). C'est un *comportement idéal* qu'on retrouve également chez certains écoliers, élèves et étudiants, qui, reprenant une classe se considèrent comme " anciens, connaisseurs, sachants ou savants et expérimentés dans la classe où ils redoublent ". Ce qui les rattrape parfois dans un double redoublement subit. Ils sont donc étonnés de leur rejet par leurs établissements, source de décrochage parfois.

Revenons aux opinions restituées ci-dessus pour dire qu'il est perceptible que la notion d'expérience s'observe dans les comportements reliés à la santé chez les femmes multipares. Dans ces conditions, plus le nombre de grossesse que porte la femme augmente, plus elle est dotée de certaines attitudes et connaissances dans l'entretien, la gestion et la garde de la grossesse (*efoun bibanin* en *ifè* signifie qu'elle tient la grossesse). Ayant donc une bonne expérience pacifique du suivi de grossesse antérieure, les femmes multipares ne trouvent pas la raison de faire suivre leur grossesse à la maternité une nouvelle fois et à la bonne date.

Aussi, l'absence des problèmes de santé revient-elle dans les causes de non observance des CPN chez ces femmes multipares. « *Je n'ai même pas fait beaucoup de dépenses cette fois-ci, comme tout va bien à mon niveau. A moins qu'un malaise m'arrive, sinon, je souhaite ne plus repartir là-bas encore avant mon accouchement* » (entretien 5 avec M. A., 48 ans, Lekpa le 06/04/2018). De l'analyse de l'opinion de cette femme multipare, on comprend que le recours à la CPN se fait lorsque la femme se trouve confrontée à une maladie ou un problème de santé particulier. Ce qui occasionne parfois des irrégularités à la CPN chez les femmes surtout les multipares. Même si elles connaissent le calendrier des CPN, elles ne s'inscrivent pas dans une même logique de prévention des complications de grossesse comme l'envisage les professionnels de santé. Ce qui peut d'ailleurs amener les personnes de l'espace social et celles de l'arène médical à vivre une dissonance dans la relation aux soins.

En fait, les femmes multipares rencontrées au cours de cette recherche en milieu *ifè* à Doumè ont évoqué des facteurs explicatifs assez récurrents. Elles évoquent, entre autres, le problème d'argent. Elles sont nombreuses (soit la majorité) à évoquer le problème financier lié au coût indirect (frais de transport, de repas, etc.) et direct (paiement des médicaments, analyses, échographie, frais de consultation, carnets et autres) liés à la CPN. On peut formuler l'hypothèse que les femmes adoptent des comportements de rationalité économique. Ce facteur rime bien avec la réflexion de l'OMS selon laquelle, le non accès à des services de santé de base est essentiellement lié à la pauvreté qui est la pire des malédictions dont souffre l'humanité (OMS, 2000, p. 54). S'il est vrai que les femmes driblent la CPN pour diverses

raisons, comment gère-t-elle le plan d'accouchement en fin de grossesse ?

2.5. Nécessité d'une préparation des femmes multipares à l'accouchement médicalisé

Les informations nécessaires à la préparation à l'accouchement médicalisé concernent, entre autres, la date probable, le massage pour préparer le corps, la gestion de l'accouchement assisté, le choix du lieu, la sage-femme compétente identifiée et l'accompagnant retenu dans l'environnement familial. L'objectif de ce protocole à la préparation de l'accouchement est d'informer, de rassurer et d'expliquer aux femmes comment l'accouchement va se dérouler. De façon pratique, la préparation consiste pour la future maman d'apprendre à respirer, à relaxer et à pousser pour être enfin prêts pour le moment venu (Document de travail exploité à la maternité du centre de santé de *Doumé*, avril 2018). Certaines réflexions précédentes confirment ces informations.

« L'instauration de cours de préparation à la naissance est un moyen de donner un lien de libre parole aux femmes enceintes, leur permettant d'aborder des sujets autres que les questions strictement médicales. C'est également un lieu de diffusion des modèles dominants et de normalisation des pratiques » (J. Menuel, 2012, p. 8).

Au-delà du protocole de préparation de l'accouchement médicalisé ci-dessus évoqué, il existe encore différentes alternatives relatives à la préparation de l'accouchement, mais les techniques courantes sont celles énumérées plus haut. Bien qu'elles relèvent des normes médicales, comment le plan d'accouchement (PPA) est géré à la maternité par les intervenants en santé ?

Les agents de santé, après avoir reçu une femme enceinte pour la consultation, commencent à partager des informations utiles à elle, à ce sujet. Ces informations portent sur le bilan des diagnostics, ce qui est très nécessaire, les instructions sur l'utilisation des médicaments, les conduites à adopter et *les aliments prescrits versus ceux proscrits* (P. C. Mèliho, B. Sènouvo et A. C. Kpatchavi, 2019), c'est-à-dire à éviter ou à manger. Les agents de santé enquêtés à la maternité avouent qu'elles transmettent ces informations aux femmes à chaque séance de CPN. Également, elles déclarent avoir expliqué aux femmes enceintes que l'accouchement à domicile (AAD) n'est pas une bonne pratique tout en leur énumérant ses risques et conséquences. Les femmes multipares, pour leur part, estiment n'avoir pas eu ces informations sur le plan d'accouchement. Il adviendrait que les gestantes n'ont pas une connaissance de la préparation à l'accouchement même si celle-ci est mise en œuvre directement ou indirectement. Comme le disait une enquêtée, « *Ahoouou ! On ne nous dit rien sur les choses comme cela* » (entretien avec une femme enceinte, 30 ans, Iroukou, le neuf avril 2018). Il s'instaure par conséquent une mauvaise gestion de l'information qui n'est pas sans effet sur le déroulement de la grossesse (entre le début et la fin) discutée ci-dessous.

3. DISCUSSION

Le débat autour de la santé maternelle est préoccupant et actuel. Il intègre selon certains auteurs quatre composantes. Il s'agit de la consultation prénatale avec un accent particulier sur le retard de prise en charge de la grossesse, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida (PTME), l'assistance à l'accouchement médicalisé et la planification

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, familiale (N. L. Niang et A. Niang-Diène, 2019, p. 263). Dans ce débat récent, la consultation prénatale préoccupant à travers cet article est indispensable pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale (M. Niang, 2014, p. 201). D'ailleurs, elle constitue un des quatre piliers du programme de l'OMS pour une maternité sans risque afin de favoriser un accouchement dans de très bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux d'urgence (OMS, 2006, p. 66) aux femmes.

Pour en débattre, notre point d'entrée a été de scruter autour de la connaissance de l'intérêt de la CPN par les femmes multipares. Au nombre des connaissances des femmes multipares décrites dans la présente recherche, il est retenu celle relative au calendrier de suivi de grossesse, aux différents risques encourus par la femme multipare au cours d'une nouvelle grossesse et leurs connaissances relatives à la prévention des complications liées à la grossesse et aux avantages du premier trimestre. Au regard des données présentées, les résultats obtenus montrent à l'instar d'autres auteurs qu'il apparaît que les paramètres sous-jacents de l'utilisation non optimale des services de CPN sont aussi bien individuels, familiaux, organisationnels et systémiques (R. Bonono et P. Ongolo-Zogo, 2012, p. 14). Pour ces mêmes auteurs, les facteurs individuels sont le niveau d'instruction de la femme et du conjoint, le statut matrimonial, les revenus du ménage, l'âge et la parité, les antécédents obstétricaux de la femme. Par contre, les facteurs familiaux et collectifs sont, entre autres, la religion qui interfère aussi bien avec les croyances, les perceptions et pratiques socio-culturelles. Les facteurs organisationnels et systémiques peuvent être rangés autour de ceux liés à l'offre de CPN dont l'accueil, la disponibilité, la qualité et l'accessibilité, qu'elle

soit physique, géographique, culturelle et financière. Ces facteurs sont critiques pour une utilisation effective (R. Bonono et P. Ongolo-Zogo, 2012, p. 14) de la consultation prénatale. N. L. Niang et A. Niang-Diène (2019, p. 270) restituant leurs résultats de recherche à propos du retard de la première consultation prénatale évoquent l'accessibilité géographique et le niveau de vie comme des variables ayant un lien significatif avec le retard des visites prénatales. Ces deux variables ont aussi une influence remarquable dans cette recherche, car les voies d'accès à la maternité sont dégradées surtout en période de pluie et les ménages ont un faible niveau de vie.

Sous cet angle, cette recherche a contribué à la description de certains facteurs sous-jacents et de leur implication dans le suivi de la grossesse en contexte social. En effet, les perceptions et vécus des femmes multipares autour de l'accueil telles que documentées par les données présentées ci-dessus, ont montré que la CPN se fait sur un fond des relations sociales de proximité permettant l'accès fluide à la consultation par les femmes. C'est bien un accès sur fond de favoritisme, de relation patrimoniale et de clientélisme dont les agents de santé construisent un environnement de complicité. Dans le cas d'espèce, la facilité à l'accès fluide à la consultation prénatale prend parfois la forme d'une *redevabilité mutuelle* (P. C. Méliho et Ch. Martins, 2019, p. 35 ; P. C. Méliho, 2019, p. 38 ; P. C. Méliho, 2018, p. 43) à un service rendu auparavant ou simultanée, voire assujetti à la CPN. Ce qui a été observé montre une sollicitation des femmes enceintes à rendre un service urgent aux personnels de santé à l'instant, et ce, soutenu par des relations antérieures à la CPN. C'est un bien alibi forgé par la sage-femme pour introduire frauduleusement des proches en bousculant le protocole à la CPN.

Cet acte est réputé pour susciter le dégoût à la CPN chez les femmes multipares ne faisant pas partie de réseau social construit à travers les amitiés, les *relations de parenté ou de paternité* (E. A. Akpi et al., 2019, p. 187), ou n'ayant pas de relation particulière avec les professionnels de santé dans cette aire de santé, mieux cette unité territoriale de la santé (N. L. Niang et A. Niang-Diène, 2019, p. 263).

En outre, si « *la consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues autour de la grossesse* » (S. Maïga, 2008, p. 10), elle est aussi influencée par les rapports du genre en milieu culturel *ifè*. Puisque, les résultats de cette recherche s'appuient sur les conclusions de plusieurs études qualitatives à l'instar de celles de V. Adjwanou (2013, p. 21). Ces études indiquent que le « *contexte véhicule des normes sociales et de genre qui ont le double effet de renforcer les inégalités de genre au niveau du ménage en même temps que de freiner le recours aux soins de santé maternelle chez les femmes* » (V. Adjwanou, 2013, p. 21). En cas de non-respect de l'autorité masculine par exemple, garant de la décision d'aller ou non à la CPN, la femme *Ifè* est exposée à des menaces socioculturelles sanctionnées par des naissances à domicile avec les risques néfastes. Ces résultats recourent et interfèrent les réflexions antérieures de N. L. Niang et A. Niang-Diène (2019, p. 272) qui ont mis l'accent sur les considérations financières, l'accessibilité géographique, la qualité des soins, la disponibilité du personnel de santé qualifié et le temps d'attente imposé aux parturientes en tant que principaux facteurs de l'accouchement à domicile. Dans d'autres contextes, cette réalité est vécue autrement. S. Becker et al. (2005) ont prouvé que le fait pour certaines femmes de laisser au mari le dernier

mot ou « *final say* » n'équivaut pas nécessairement à l'absence de pouvoir de décision.

L'analyse des résultats a également démontré que le statut de la femme et le niveau de vie du ménage sont des facteurs d'influence sur la CPN. Le dispositif d'accueil et les représentations des personnes de l'entourage de la femme, ont tout de même leur influence sur le parcours de la femme enceinte. Cette tendance avait été déjà confirmée par la contribution de S. Carillon (2010, p. 2). Des résultats de ses recherches, on retient que « *les logiques sous-jacentes aux ruptures de suivi médical sont à rechercher à trois niveaux : au niveau individuel, au niveau de la relation de soin et celui de la structure de prise en charge* » (S. Carillon, 2010, p. 2). En conséquence, cette contribution replonge le lecteur dans le débat autour du *sens du mal* ou de la maladie (M. Augé et Cl. Herzlich, 1984) dont les trois concepts en anthropologie médicale *anglo-saxon* reviennent. D'abord, le suivi prénatal décidé par l'individu, ici la femme enceinte (garde grossesse) ou son mari (donneur de grossesse, auteur de grossesse), (*illness*). Ensuite, la prise en charge dans une structure de santé (*disease*) en arrimage avec les recommandations de la santé publique, mieux l'éthique médicale. Et enfin, la relation de soin dont les acteurs font partie du contexte social large (*sickness*), mieux les accompagnants ou groupe organisateur de la thérapie. Ce décryptage montre la relation intrinsèque entre *illness*, *sickness* et *disease* pour matérialiser la socialisation de la grossesse à l'instar de la maladie signifiée, socialisée ou médicalisée. Ce qui renoue nos propos avec les réflexions, considérations et objets patrimoniaux de l'anthropologie médicale portés par A. Young (1982 ; F. Saillant et S. Genest, 2005) d'une part et l'anthropologie de la maladie (M. Augé, 1986 ;

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

A. Zempleni, 1985, 1988 ; R. Massé, 1995 ; S. Fainzang, 2000), etc., d'autre part. Cette tendance s'explique par le fait que le contexte social joue un rôle central dans le recours ou non des femmes à la CPN sans occulter leurs propres expériences individuelles. C'est bien ce qui justifie le choix des femmes multipares bien expérimentées dans la gestion de la grossesse et de l'accouchement dans cette recherche.

La discussion des résultats de la présente recherche s'achève sur la préparation des femmes multipares à l'accouchement médicalisé, c'est-à-dire l'accouchement dans une institution hospitalière, et non pour la césarienne au besoin. Puisque, *le soleil ne doit jamais se lever deux fois sur une grossesse, lorsque la femme est en travail, il faut éviter un défaut de césarienne qui peut être considéré comme principale cause de la fistule obstétricale* (M. D. R. Domingo, P. C. Mèliho, et A. C. Kpatchavi, 2020, p. 45). Pour preuve,

« À l'opposer de la conception populaire qui soutient que la durée de la douleur de l'accouchement marque l'ascension sociale de la femme, le modèle biomédical la perçoit comme un danger pour la santé de la femme et de l'enfant et dont l'une des conséquences tangibles est la fistule obstétricale » (M. D. R. Domingo, P. C. Mèliho, et A. C. Kpatchavi, 2020, p. 45).

C'est bien ce qui justifie que la préparation des femmes multipares à l'accouchement médicalisé se fasse dans un double contexte : social et médical. La première repose sur le modèle sociologique et les dimensions spirituelles de l'acte de l'accouchement au regard de l'émique *ifè*. Celui-ci consiste aux choix de la date probable de l'accouchement, le massage pour

préparer le corps, le choix du lieu, la sage-femme compétente identifiée et l'accompagnant retenu dans l'environnement familial. La seconde consiste dans le fait d'apprendre à la future maman à respirer, à relaxer et à pousser pour être enfin près pour le moment venu selon les recommandations en santé publique. Dans l'un ou dans l'autre cas, ces deux contextes se prolongent, s'interfèrent, s'entremêlent pour une bonne délivrance.

En conséquence, la nécessité d'optimiser le recours à la CPN en milieu *ifè* à *Doumè* se pose à l'issue de cette discussion. Dans la droite ligne du plan intégré de communication pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin, il est nécessaire d'encourager les politiques collaboratives, notamment les interactions entre les communautés et les prestataires de santé. Cette politique a déjà porté ses fruits dans les communautés du sud Bénin, en occurrence dans la zone sanitaire Covè - Zagnanado - Ouinhi sur un financement de l'USAID en 2018.

CONCLUSION

Cette recherche à portée qualitative est une contribution de la sociologie au débat actuel sur l'inobservance des CPN. Dans un contexte socioculturel spécifique à la femme *Ifè*, les préoccupations relatives à l'abandon et au renoncement, voire au drille des CPN, sont mises en débat pour explorer les facteurs explicatifs de cet enjeu à la fois local et global. Ainsi, grâce à l'échantillonnage à choix raisonné, la présente recherche a mobilisé le personnel soignant, les femmes multipares et les personnes de leur entourage qui ont pris part, chacun à un entretien semi-directif au moyen d'un guide. Ces entretiens sont complétés par des séries d'observations directes à base d'une grille. Les données issues de la phase empirique sont tri-

thématisées et analysées au regard de l'approche compréhensive et du modèle systémique des soins préventifs.

Les résultats issus des matériaux de terrain, montrent qu'il y a une convergence de facteurs explicatifs de l'observance des CPN par les femmes multipares en milieu Ifè à Doumè. De façon générale, il s'agit des facteurs individuels, collectifs et reliés à l'environnement de soins. En termes de facteurs individuels on retient les opinions/vécus des femmes de l'accueil à la CPN, leur statut et le niveau de revenu du ménage. A propos des facteurs collectifs, il y a le pouvoir de décision sous influence du rapport au genre et du pouvoir de l'argent. Dans le contexte socioculturel Ifè, la recherche a permis de retenir que le parcours du suivi de la grossesse est influencé par les acteurs de l'arène social et ceux de l'espace médical. Ceci à travers les croyances, pratiques, comportements, perceptions d'une part et organisations des soins et capacité d'achat des médicaments d'autre part. En conséquence, et ce, pour aborder le dernier facteur, la consultation prénatale comme étant un des moyens les plus sûrs et efficaces pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile au regard des normes de santé publique est marginalisée et négligée sous influence des logiques individuelles, collectives et la relation aux soins. Ainsi, l'étude des facteurs liés à la satisfaction des femmes au cours des services de CPN constitue une source de connaissance nécessaire à l'élaboration des futures programmes/stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Prenant en compte ces considérations, il paraît nécessaire que les différents acteurs en interaction pour le suivi de la grossesse doivent rester dans une relation de complémentarité en vue de la prévention des complications liées à la grossesse pour un accouchement sans risque, respectant les normes de l'éthique médicale (disease) en interaction avec celles de l'éthique Ifè (sickness) et l'éthique sociale (illness). Enfin, la consultation prénatale, est un long processus dont dépend l'effectivité du recours à une relation d'alliance gestante - entourage - socio

famille - prestataires de soins au regard des enjeux locaux et des défis globaux de santé maternelle et infantile. Il est donc important, de prendre en compte le contexte social et l'arène médicale pour mieux assurer le mécanisme du suivi de grossesse en vue d'un accouchement médicalisé réalisé avec succès pour l'atteinte des ODD relatifs à l'effectivité / efficacité et la jouissance d'une bonne santé à la femme et à l'enfant dans leur relation grossesse-accouchement-survie. Ceci a un intérêt pour la marche vers le développement durable qui a commencé depuis la Conférence de Bucarest en 1992.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADJIWANOU Vissého, 2013, Contexte de genre, autonomie des femmes et utilisation des services de santé maternelle en milieu rural africain : analyse par modèles d'équations structurelles, Thèse de doctorat, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal, 117 p.

AGBO Sonagnon Inès Elvire, AKPI Eric, AMOUZOUVI Dodji, JOHSON Roch Christian, 2018, « Enjeux de négociation en santé communautaire : cas des relais communautaires/membres du groupe de soutien dans la lutte contre l'ulcère de buruli à Sèdje-Houègoudo (sud-Bénin) », Cahiers du CBRSI, N° 13 Juin 2018, Cotonou, pp. 725-752

AUGE Marc , HERZLICH Claudine, 1984, Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Archives Contemporaines, 287 p.

AUGE Marc, 1986, « L'Anthropologie de la maladie », In : L'Homme, tome 26, n°97-98, L'anthropologie : état des lieux, pp. 81-90, doi : <https://doi.org/10.3406/hom.1986.368675>

https://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1986_num_26_97_368675

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

AKPI Eric Ayedjo, MELIHO Pierre Codjo, KPATCHAVI Codjo Adolphe, LAYEYE Anatole, 2019, « Citoyenneté culturelle au prisme des conflits de paternité chez les Aïzo d'Abomey-Calavi : une contribution anthropologique », in *Revue Echanges Ethnité et citoyenneté en Afrique*, N° 012, juin 2019, pp. 180 – 198

BECKER Saul, Mullany, B., Hindin, M., 2005, "Can women's autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal?", *Social science & medicine*, 61(9), pp. 1993-2006

BENINGUISSE Gervais, 2004, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », *Etude de la population africaine*, pp. 25-64

BONONO Renée Cécile et ONGOLO-ZOGO Pierre, 2012, Optimiser l'utilisation de la consultation prénatale au Cameroun, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - Hôpital Central, Yaoundé, 14 p.

BOUKOUAN Eugène, 2011, « Déterminants de la faible proportion des femmes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo (Burkina-Faso) », *Recherche en épistémologie*, 205 p.

BOURDIEU Pierre, 1998 (préface 2002), *La domination masculine*, Paris, Editions du Seuil, 174 p.

CARILLON Séverine, 2010, « Rupture de suivi médical de la grossesse en milieu africain : l'ex de Kayes (Mali) », *Transcriptases no143*, 5è conférence francophone VIH/Sida de Casablanca organisée par Solthis, Ceped, pp. 2-10

DOMINGO Marie-Damicella Rufine, MELIHO Pierre Codjo et KPATCHAVI Codjo Adolphe,

2020, « Taxinomie versus itinéraires thérapeutiques des femmes porteuses de fistule obstétricale soignées au CHU-MEL à Cotonou », in *Revue Ivoirienne de Sociologie et des Sciences Sociales (RISS)*, Vol. 1, N° 2, juin 2020, pp. 39 - 51

FAINZANG Sylvie, 2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », in *Revue Ethnologie comparées*, *Revue électronique semestrielle*, n° 1, 18 p.

FAINZANG Sylvie, 2014, « L'influence des cultures et des croyances sur le rapport au médicament », *Journal Ordre National des Pharmaciens*, 153 p.

INSAE, 2016, *Effectifs de la population des villages et quartiers de ville du Bénin RGP4*, 2013, 85 p.

JACQUES Béatrice, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, coll. « Partage du savoir », 208 p.

JAFFRE Yannick et OLIVIER de Sardan Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 462 p.

JEROME Lucile, 2010, *La grossesse chez les adolescentes Étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008*, Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université d'Angers, 51 p.

LALY Ambroise, 2016, *Gestion sociale de la grossesse en milieu Ayizo de Toffo*, Mémoire de DEA, Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université d'Abomey-Calavi (UAC), 84 p.

LOUCHEZ Aniss Marie, 2017, *L'observance thérapeutique - présentation du concept, moyens de promotions et évaluation d'inégalités d'accès*

- à L'ETP, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille, Université de Lille 2, 75 p.
- MACE Éric 2017, « Le genre comme rapport social de pouvoir », Entretien inédit pour le site de Ballast. <https://www.revueballast.fr/eric-mace-genre-rapport-social-de-pouvoir>, 499 p.
- MAÏGA Souleymane, 2008, Consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako, Thèse de médecine, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, Université de Bamako, 81 p.
- MASSE Raymond, 1995, Culture et santé publique, Montréal – Paris, Gaëtan Morin, Éditeur, 499 p.
- MELIHO Pierre Codjo, 2015, « Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayizɔ (Sud-Bénin) Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants Vers une anthropologie de l'autothérapie », in Carine Baxerres, Véronique Guienne, Roch Hounghin, Charlie Marquis, L'automédication et ses déterminants : Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, Cotonou, pp. 132 – 142
- MELIHO Pierre Codjo, 2018, « Regard sociologique de la recevabilité mutuelle par la société civile et les élus dans la gouvernance sanitaire au Bénin », in LES CAHIERS DE L'ACAREF, Vol. 1 Numéro 1/ DEC. 2018, pp. 43 – 59
- MELIHO Pierre Codjo, 2019, « Usages de la contraception en contexte de redevabilité sexuelle chez les adolescents scolaires au Bénin », in Revue Della, Vol. 1, N° 4, septembre 2019, pp. 34 – 63
- MELIHO Pierre Codjo et DIKPO Thélesphore Toliton, 2019, « Représentations de la thérapie de l'angine chez les enfants à l'interface du social et du biomédical à Zè », in Annales de la FASHS Nouvelle édition, Vol. 2, N° 002, novembre 2019, pp. 110 - 132
- MELIHO Pierre Codjo, SENOUVO Brigitte et KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2019, « Mangeable versus proscrit à la mère allaitante Entre émique Xwla (Grand-Popo) et étique santé publique-Anthropologie », in Sapientia Hominis, décembre 2019, pp. 77 – 89
- MELIHO Pierre Codjo, MARTINS Christian, 2019, « Vers une responsabilisation sociale des défis globaux et des enjeux locaux de santé au Bénin », in LES CAHIERS DE L'ACAREF, Vol. 1 Numéro 2, Sciences sociales et développement durable : regards sur l'Afrique, Géographie, Anthropologie, Sociologie, pp. 28 - 51
- MENUEL Julie, 2012, « Devenir enceinte Socialisation et normalisation pendant la grossesse : Processus, réceptions, effets », In Dossiers d'études, n° 148, janvier CNAF, 8 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2018, Plan national de développement sanitaire (2018-2020), 82 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2013, Stratégie coopérative de l'OMS avec les pays, 25 p.
- NIANG Mariétou, 2014, Le non-recours aux services de soins prénatals : expériences de femmes vivant dans la commune rurale de Kokologho au Burkina Faso, Maîtrise en santé communautaire, Laval University, 201 p.
- NIANG Ndèye Léna, NIANG-DIENE Aminata, 2019, « Santé maternelle : les déterminants de l'utilisation des structures publiques de soins dans le district sanitaire de Kaffrine (Sénégal) », in Anoh Kouassi Paul, Tuo Péga, Ymba Maïmouna Espace, territoires, sociétés et santé, Côte-d'Ivoire, Editions Universitaires de Côte-d'Ivoire (EDUCI), pp. 261 - 275

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

OLIVIER de Sardan Jean-Pierre, Moumouni Adamou, Souley Aboubacar et Vangeenderhuysen Charles, 1997, Recherche socio-anthropologique sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum Représentations et pratiques populaires au Niger, Niamey, 64 p.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2000, Rapport sur la santé dans le Monde, 2000 Pour un système de santé plus performant, 248 p.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2006, Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé, 243 p.

OUMAR Mallé Samb, 2014, La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso, Thèse de doctorat, Université de Montréal, p. 4

SAILLANT Francine, 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique Présentation Vers une anthropologie des soins », *Anthropologie et Sociétés*, 23 (2), pp. 15 - 9

SAILLANT Francine et Genest Serge (dir.), 2005, *Anthropologie médicale Ancrages locaux, défis globaux*, Les Presses de l'Université Laval, 493 p.

SARRADON-ECK Alain, 2007, « Le sens de l'observance Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences sociales et santé*, 31 p.

SORGHO Emile, 2017, Déterminants du non recours aux services de soins prénatals : cas du centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Zitenga du District Sanitaire de Ziniaré, Mémoire du master II, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Science de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE), 166 p.

UNATED STATES AGENCY IN INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID), 2018, « L'engagement des communautés augmente les consultations prénatales à Covè-Zagnanado-Ouinhi, Bénin », No. 117, Programme d'amélioration de la santé de la reproduction, du nouveau-né et de l'enfant, Cotonou, 2 p.

WALSH Judith Marie, & MCPHEE Stephen J., 1992, "A systems model of clinical preventive care: An analysis of factors influencing patient and physician", *Health Education Quarterly*, 19, pp. 157-175

WEBER Max, 1904, Traduction, 1964, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 2ème édition, 1967, 293 p.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2000, Rapport sur la santé dans le monde 2000 Pour un système de santé plus performant, Genève, Organisation mondiale de la santé, 237 p.

YOUNG Allan, 1982, "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Ann. Rev. Anthropol*, 11, pp. 257-285

ZEMPLENI Andras, 1985, « La maladie et ses causes : introduction », in *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, l'Ethnographie*, n° 96-97, pp. 13-44

ZEMPLENI Andras, 1988, "Entre sickness et illness De la socialisation à l'individualisation de la maladie, *SW. 5, Merl, Vol. 27. No. II*, pp. 1171-1182