



Mémoire
Présenté par
BADOU, Agnès Oladoun

**UNIVERSITE Cheikh Anta
Diop (Dakar) Faculté des
Lettres et Sciences**

**Logiques, stratégies et pratiques autour de la mise en
oeuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence
(SONU) au Bénin. Etude réalisée dans la Zone
sanitaire de Tchaourou**

Année universitaire :
2006-2007

UNIVERSITE Cheikh Anta Diop (Dakar)

≈0≈0≈0≈0≈0≈0≈0≈



Faculté des Lettres et Sciences Humaines

≈0≈0≈0≈0≈0≈0≈0≈

Département de Sociologie

≈0≈0≈0≈0≈0≈0≈0≈

Mémoire de DEA

THEME

**Logiques, stratégies et pratiques
autour de la mise en œuvre des Soins
Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
(SONU) au Bénin**

(Etude réalisée dans la Zone Sanitaire de Tchaourou)

Présenté par :

BADOU Agnès oladoun

Sous la Direction de :

Professeur Boubacar LY

ANNEE ACADEMIQUE 2006-2007

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réussite de ma formation à Dakar. En particulier :

- A mes professeurs du département de Sociologie
- A mon directeur de mémoire le Professeur Boubacar LY : de par votre simplicité, et malgré vos nombreuses occupations, vous avez aidé à améliorer ce travail. Recevez en nos hommages respectueux
- A M. Lamine N'diaye chef du département de Sociologie sincères gratitude
- A M. Sylvain Faye, pour avoir aidé à circoncire et clarifier nos premières idées sur ce thème, sincères gratitude
- Au CODESRIA pour son soutien méthodologique et financier
- A mon frère Wilfried Amoussou et sa femme pour leur hospitalité
- A mes amis téophane Patinvoh, Félicité Nkanza, Dariah Ouradéi, Valérie Idossou, Félix Obossou, Souleymane Thiam, infiniment merci pour vos soutiens
- A mes frères et sœurs, infinies gratitude

Sommaire

Première partie : Cadre Général et méthodologique

Chapitre 1 : Cadre Général

Chapitre 2 : Cadre Méthodologique

2ème partie : Description et analyse des données

Chapitre 3 : Politiques et stratégies de lutte contre les décès maternels au Bénin : choix nationaux ou directives internationales ?

Chapitre 4 : Le jeu des acteurs dans la mise en œuvre des SONU

Chapitre 5 : Les transformations induites par la politique des SONU et le jeu des acteurs

Conclusion Générale

Références bibliographiques

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

Résumé

La mortalité maternelle est un problème de santé majeure dans les pays en voie de développement. Au Bénin, les statistiques sanitaires affichent un taux de 498 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992. Dix ans après, ce taux n'a guère baissé malgré les différents programmes de lutte mise en œuvre dont les SONU (Soins Obstétricaux d'Urgence) constituent la principale composante. La nouvelle politique en cours après l'évaluation de 2003 et qui couvre la période de 2006 à 2015 est également basée sur la politique SONU. Or la mise en place au Bénin des SONU et de ses corollaires, s'est surtout focalisée essentiellement sur la formation des agents de santé notamment les sages femmes à l'identification et à la délivrance de soins obstétricaux d'urgence. Il s'agit du transfert d'un certain nombre de pratiques standards contenus dans des documents guides et que les professionnels doivent adopter.

L'application dans les maternités des leçons inculquées aux agents de santé, occasionne des dysfonctionnements dans le système notamment en ce qui concerne les interactions avec les usagers. Ce travail a consisté à saisir l'adaptabilité de la stratégie des SONU en rapport aux postures des acteurs en situation. C'est pourquoi il s'est intéressé aux logiques et pratiques des professionnels de la santé et des usagers qui affectent et remettent en cause l'efficacité pratique des SONU. Quels types de pratiques prônent ces normes et dans quel contexte ? Quelles en sont les modalités d'application ? Comment les acteurs s'organisent-ils autour de cette réforme et comment ils se la réapproprient ? Quelles sont les stratégies développées et les nouvelles situations qui en découlent ?

Des données issues des investigations ainsi que l'analyse qui en découle, il ressort que les normes officielles des SONU sont réinterprétées c'est à dire mise en œuvre sur le terrain à la lumière des logiques et des stratégies propres aux acteurs. Les pratiques qui en découlent varient selon l'acteur en présence et l'objectif visé. Ainsi les uns préfèrent satisfaire les usagers au détriment du respect des normes ; tantôt à juste titre, tantôt avec des abus. D'autres par contre, appliquant avec zèle les normes avec les encouragements des supérieurs, sapent les attentes des usagers et occasionnent également des dérives. Tout ceci affecte les interactions entre agents de santé et usagers et engendre des "effets pervers".

Douleur, surmédicalisation, coût social, coût psychologique, coût économique sont le lot des usagers. Au fait les SONU qui selon l'appellation sont des soins réservés au cas urgents sont passés dans la routine des professionnels et sont automatiquement administrés à tous les cas d'accouchement.

Liste des sigles et abréviations

AQUASOU	Amélioration de la Qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence
BONC	Besoins obstétricaux Non Couverts
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CPN	Consultation Pré Natale
CS	Centre de Santé
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
DSF	Direction de la Santé Familiale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de L'Accouchement
MSP	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARSUON	Programme d'Amélioration de la Référence et des Soins d'Urgence Obstétricale et Néonatales
RU	Révision Utérine
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgences
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complet
UNFPA	Fonds des Nations Unies Pour la Population
UON	Unmeet Obstetric Need
ZS	Zone Sanitaire

Introduction générale : contexte de l'étude

Le choix du thème et du champ d'étude ne s'est pas fait ex nihilo. En effet, au cours de notre cursus professionnel à la Coopération Suisse au Bénin, nous avons eu (dans le cadre de l'appui à la zone sanitaire de Tchaourou) à participer à des débats sur la mise en œuvre de la stratégie des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU) dans la localité. Au cours d'une revue des indicateurs de résultats suivie de la restitution des résultats du monitoring du 1^{er} semestre 2006 le 11 août 2006, il s'est avéré que dans la plupart des formations sanitaires périphériques de la zone, les taux de référence des urgences obstétricales vers l'hôpital de référence ont anormalement augmentés et dans certaines maternités, la fréquentation pour cause obstétricale a régressé. (Maternité de Bétérou 45% de taux de référence, maternité de Tchaourou, 25%, maternité de Kika, 18%).

Lors des débats, les professionnels de la Santé, notamment les sages femmes, ont justifié ces contres performances par l'avènement des SONU et GATPA dans la Zone et les activités afférentes. De même l'autorité en charge de la coordination de la zone a trouvé qu'il y a une coïncidence fâcheuse à ce niveau. Pour lui, les normes recommandent de ne pas dépasser 15% de taux de référence. Mais de plus en plus les nouvelles normes élargissent les indications de la césarienne ce qui augmente la référence. Ce sont ces débats qui ont inspirées les questions qui soutendent notre problématique dans le cadre de cette étude.

Première partie : Cadre Général et méthodologique

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 1 : Cadre Général

Ce chapitre concerne l'ensemble théorique de l'étude à savoir la problématique, les objectifs et les hypothèses, la revue de la littérature et le modèle théorique.

1.1 Problématique

Dans le monde, on évalue à plus de 500.000 le nombre de femmes qui, chaque année, décèdent de causes maternelles, et 99 % de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement (De Brouwere et al, 1997). Au Bénin, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 498 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Le Ministère du Plan estimant ce ratio à 473, signale que la non communication probable de plusieurs cas signifie qu'il atteint environ 800 (EDS, 1996)¹. Cependant en se référant aux différentes données, les indicateurs n'ont guère baissé malgré les politiques et stratégies mises en œuvre depuis 1992. L'Enquête Démographique et de Santé au Bénin de 1992 et le Recensement Général de la Population de 2002, montrent qu'il n'y a pas de différences significatives en matière de Santé de Reproduction entre les deux opérations : 498 et 474,4 pour 100.000 naissances vivantes, ce qui implique que sur 210 femmes qui accouchent, 1 femme meurt.

En 1999, une nouvelle méthodologie avait été élaborée pour fournir une autre vision de l'ampleur de la mortalité maternelle. Il s'agit de l'indicateur qui mesure les besoins obstétricaux non couverts (Bonc) ou Unmet Obstetric Needs (UON). Cet indicateur s'obtient par le calcul des déficits en interventions obstétricales majeures pour des indications maternelles absolues. Le calcul de cet indicateur signale une répartition géographique des déficits favorisant ainsi l'identification des zones prioritaires pour l'action (Mongazi ; 2000).

Les études sur les besoins obstétricaux non couverts ont été réalisées au Bénin, et il s'est avéré qu'il y a entre autres, un énorme déficit dans le recours aux soins obstétricaux. Des disparités énormes sont relevées selon les régions et dans une même région, entre milieu urbain et milieu rural. Ainsi, le Borgou-Alibori présente un déficit global de 38% qui s'élève, dans certains milieux ruraux comme Karimama, à 96%. Même le milieu urbain n'est pas épargné dans ces départements, lorsqu'on considère les entités urbaines de Banikoara, Nikki, N'dali et Malanville qui présentent des déficits supérieurs à 70 %, laissant croire que ces hôpitaux ne remplissent pas leur rôle de structures de référence. Dans les Zou et Collines, le

¹ Enquête Démographique et de Santé

déficit est de 6% avec un pic de 36% à Zogbodomey. Même à Abomey où il y a le Centre Hospitalier Départemental (CHD), on constate un déficit allant jusqu'à 24%. L'Ouémé-Plateau affiche un déficit moyen de 36% qui va parfois à 63% avec la zone sanitaire Kétou-Pobè (Coopération Suisse au Bénin, 2002).

La lutte (si l'on peut parler en ces termes) contre la mortalité maternelle au Bénin n'a donc pas porté les fruits escomptés. En effet au Bénin, la lutte contre les décès maternels s'est traduit par l'adoption par le Ministère de la Santé Publique (MSP) des Politiques, Normes et Standards des Services de Santé Familiale, ainsi que des protocoles de Santé Familiale dont les SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence), constituent une des composantes ; l'une des stratégies destinées à réduire les taux de mortalité maternelle et infantile.

Suites à une série d'évaluations réalisée en 2003, il s'est avéré que l'accès aux soins obstétricaux d'urgences dans les formations sanitaires souffre de trois principaux problèmes liées à leur disponibilité, à leur utilisation judicieuse par les différents acteurs et à leur qualité. Cette évaluation a suscité des questions sur la pertinence et l'efficacité des interventions et stratégies développées et mise en œuvre au Bénin depuis des décennies. C'est alors qu'une nouvelle Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale 2006 – 2015 a été redéfinie et basée toujours sur la logique SONU (MSP/DSF, 2006) faisant appel à la demande et l'offre de soins dans un environnement sanitaire peu favorable soumis à des dysfonctionnements du système de santé et à des déviances de la part des différents acteurs. (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Selon les professionnels de la santé publique, les complications obstétricales sont aujourd'hui la cause majeure de décès pour les femmes en âge de procréer dans les pays en développement et constituent l'un des problèmes sanitaires les plus urgents et les plus difficiles à résoudre dans le monde.

Au cours des 10 dernières années, les priorités mondiales en matière de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles ont été réorientées. Dans le passé, les chercheurs et les praticiens pensaient qu'il était possible de déceler et traiter les grossesses à risque élevé et que les soins prénatals pouvaient prévenir de nombreux décès maternels. Ils ont aussi demandé que les accoucheuses traditionnelles soient formées à réduire les risques de décès ou de maladie durant la grossesse. Toutefois, ces deux interventions n'ont pas réduit la mortalité maternelle.

Aussi les professionnels de la santé et les décideurs s'accordent t-il désormais généralement à reconnaître que la plupart des décès maternels procèdent de problèmes qu'il est difficile de déceler ou dépister – toute femme pouvant connaître des complications durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum – mais qui se prêtent presque toujours à un traitement, pourvu que des soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité soient accessibles. Ils ont mis alors l'accent sur les interventions jugées les plus efficaces : donner aux femmes, un plus large accès à une assistance qualifiée durant l'accouchement; améliorer les centres dispensant des soins obstétricaux d'urgence, et l'accès des femmes à ceux-ci, pour traiter les complications de l'accouchement; et veiller à ce que des systèmes d'aiguillage et de transport soient en place pour que les femmes souffrant de complications puissent recevoir rapidement les soins nécessaires (UNFPA ; 2004).

La mise en place au Bénin des SONU et de ses corollaires¹, s'est surtout focalisée essentiellement sur la formation des agents de santé notamment les sages femmes à l'identification et à la délivrance de soins obstétricaux et néonataux d'urgence d'une part et aux problèmes liés à la référence d'autre part.

Pour ce qui concerne les formations, Il s'agit du transfert d'un certain nombre de pratiques standards contenus dans des documents guides et que les professionnels doivent adopter. Quant à la référence, les actions sont plutôt orientées pour la plupart vers la construction de centre de santé, la dotation d'ambulance, la réduction voire la gratuité des frais de transport, la mise en place de réseaux aérien de communication (RAC), etc..

De récentes observations sur le terrain dans des zones d'application des SONU révèlent que les formations sont entachées de beaucoup d'irrégularités et sont trop sélectives. Parfois elles ne visent pas la bonne cible. L'application sur le terrain, des leçons inculquées aux sages femmes, occasionne d'autres dysfonctionnements dans le système notamment en ce qui concerne les interactions avec les usagers. En effet, l'application stricte des standards SONU par les sages femmes des centres périphériques, entraîne entre autres, une augmentation du taux de référence vers les hôpitaux. Selon les propos d'une sage femme d'un centre périphérique, « depuis que j'applique les formations SONU, la population ne fréquente plus le centre car on nous a dit d'évacuer dès qu'il y a des signes associés à la grossesse tels

¹ à savoir SOE (Soins Obstétricaux Essentiels), SOUB (Soins Obstétricaux d'Urgences de Base), SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgences Complets), sans oublier les sous programmes ou projets sectoriels plus ou moins ponctuels issus de ces derniers et les technologies médicales afférentes comme GATPA (Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement), PARSUON (Programme d'Amélioration de la Référence et des Soins d'Urgence Obstétricales et Néonatales), AQUASOU (Amélioration de la Qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence), etc.

que la toux, la fièvre, etc. Et quand j'évacue à l'hôpital, les femmes finissent toujours par accoucher par voie basse soit à l'hôpital, soit dans le cabinet clandestin du village tenu par une aide soignante mettant ainsi en doute mes compétences. » (Discussion du 11-08-06).

La mise en place d'équipement pour la référence ne résout par non plus de façon systématique les problèmes d'accès rapide aux soins d'urgence.

Il est à remarquer que la mise en œuvre des SONU n'est ni détachée ni isolée de l'ensemble du système de santé et son succès dépend largement de l'ensemble dans lequel elle s'insère. Les trois retards qui fondent la stratégie SONU sont plus imputables au système et au personnel soignant qu'à la communauté et même les logiques et les positions de cette dernière sont largement influencées par les dispositifs en place et les pratiques des professionnels. Il s'agira pour nous dans le cadre de ce travail, de saisir l'adaptabilité de la stratégie des SONU en rapport aux acteurs en place. En d'autres termes, la pratique professionnelle des agents de santé en rapport à l'innovation que représente l'introduction des normes SONU.

C'est pourquoi nous nous intéressons à la logique des acteurs du système de santé (dans la mise en œuvre des SONU) qui font que l'accès aux soins obstétricaux d'urgences pose problème. De façon plus précise, il s'agit d'investiguer les pratiques et les stratégies des professionnels et des usagers qui affectent et remettent en cause l'efficacité pratique de la stratégie des SONU. Quels types de pratiques prônent ces normes et dans quel contexte ? Quelles en sont les modalités d'application ? Comment les acteurs s'organisent ils autour de cette réforme des SONU et comment ils se la réapproprient ? Quelles sont les stratégies développées dans la mise en œuvre des normes officielles et les situations qui en découlent ?

Il s'agit donc à travers ces questions, de décrire et d'analyser la mise en œuvre de cette stratégie telle que pensée et vécue par les acteurs sur le terrain afin de faire ressortir sous un angle socio anthropologique, les éléments qui constituent des goulots d'étranglements durant le processus de mise en œuvre des normes des SONU. Ainsi identifiées, la connaissance et l'analyse de ces logiques propres aux acteurs en scène, pourront éclairer davantage les promoteurs de cette politique.

1.3 Objectifs de l'étude

De façon générale, il s'agit d'investiguer les formes concrètes de la mise en oeuvre des SONU à travers les logiques et pratiques des différents acteurs en présence.

De façon spécifique,

- Décrire les grandes étapes de la lutte contre les décès maternels au Bénin ;
- Recueillir des vécus des soignants et des usagers en rapport avec la stratégie des SONU dans les maternités périphériques de la zone sanitaire de Tchaourou ;
- Décrire l'environnement d'application de la stratégie des SONU dans les maternités périphériques de la zone sanitaire de Tchaourou ;
- Identifier les stratégies et pratiques des acteurs qui transforment les principes théoriques des SONU ;
- Analyser les modalités d'application de la stratégie des SONU dans les maternités périphériques de la zone sanitaire de Tchaourou ;
- Dégager les implications des différentes applications.

1.4 Hypothèses

Des réflexions issues de notre cadre théorique, nous avons identifié trois hypothèses :

Les normes officielles des SONU contenues dans les documents sont réinterprétées sur le terrain à la lumière des logiques et des stratégies propres aux acteurs ;

L'application des préceptes des SONU par les professionnels affecte les interactions entre agents de santé et usagers et engendre des "effets pervers" ;

La stratégie des SONU comme moyen de réduction de la mortalité maternelle est en contradiction avec les attentes des acteurs et l'environnement de l'offre des soins ;

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

1.5. Clarification conceptuelle

Logiques

Le concept de logique en sociologie, a été utilisé par les tenants de la microsociologie suites aux travaux d'Olson et de Boudon. Ils parlent de logique sociale, de logique de l'action ou de logiques des acteurs. Selon Jean Marc Dutrénit dans le dictionnaire de Sociologie le Robert, « la Logique sociale est une suite d'évènements résultant de la combinatoire des stratégies des individus d'un ou plusieurs groupes régulée par la réciprocité ». La stratégie des acteurs et l'interactivité sont au cœur de cette définition. Selon Olivier de Sardan, l'exploration de logiques sous jacentes aux comportements des personnels de santé renvoie aux représentations, normes et stratégies relativement partagées par eux. (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Dans le cadre de notre sujet, il s'agit des différentes rationalités qui soutendent les pratiques et les stratégies développées et qui sont propres aux différents acteurs en jeu. Nous voulons suivre et interpréter la manière de penser, de concevoir la politique des SONU propre aux différents acteurs notamment à travers les discours justificatifs avancés pour expliquer les stratégies et pratiques qu'ils adoptent vis-à-vis des SONU.

Stratégies

Pour Jean Marie Dutrenit dans le dictionnaire de Sociologie le Robert, la stratégie est un ensemble de moyens mis en œuvre par un ou des individus pour parvenir à leurs fins, dans un système dont les règles implicites sont formées par la combinaison de ces stratégies. Il s'agit ici des plans élaborés, les moyens mis en œuvre par chaque acteur pour négocier ou mettre en pratique sa conception de la politique des SONU.

Pratiques

La notion de pratique s'oppose à la connaissance abstraite. Selon Pierre Ansart dans le dictionnaire de Sociologie le Robert, étudier la pratique sociale, c'est renoncer à l'étude des lois, des institutions et de s'atteler aux conduites sociales concrètes. La pratique est alors définie comme le comportement ou l'activité sociale envisagés dans la manière dont ils sont exercés de façon habituelle par une personne ou un groupe.

Dans le cadre de ce travail, nous entendons par ce groupe de mots (logiques, stratégies et pratiques), un ensemble de postures, de décisions, de disposition d'esprit, de manœuvres, d'agissements, de manipulations, de tactiques et de bricolages adoptés par des acteurs ou

groupe d'acteurs en situation d'offre et de demande des SONU et qui influencent ces derniers. Nous mettons dans acteurs trois groupes de personnes. D'abord les agents des maternités : il s'agit des sages femmes, des infirmières ayant en charge des maternités, des aides soignants mais aussi tout autres professionnels de santé impliqués dans les soins obstétricaux d'urgence. Ensuite les parturientes, les accouchées et leur accompagnant ou visiteur au sein de la formation sanitaire. Enfin les agents du MSP impliqués dans la santé familiale et les partenaires au développement.

SONU

Les SONU sont les soins réservés aux femmes et aux nouveau-nés présentant des complications liées à la grossesse et aux suites de couches et exigeant une intervention d'urgence. En fait, les SONU constituent la stratégie majeure internationalement reconnue pour réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. Cette stratégie se base sur le postulat que les facteurs qui déterminent la mortalité maternelle et néonatale sont des facteurs liés au système de santé, concrètement sur la notion des trois retards: retard dans la prise de décisions de recourir aux soins, retard dans l'acheminement vers une formation sanitaire appropriée, retard dans la réception des soins adéquats. (MSP¹, octobre 2002). Cependant l'étude sera focalisée uniquement sur les complications de la mère qui d'ailleurs influent aussi sur la santé du nouveau né. L'aspect néonatal ne sera pas investigué. Nous allons nous intéresser uniquement aux formations sanitaires périphériques qui délivrent les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB). Mais pour les besoins de l'enquête, nous aurons de temps en temps à nous référer aux soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) au niveau du centre de référence. Ainsi c'est sur les SOU que mettons l'accent. Dans le cadre de cette étude.

Mortalité maternelle

On définit la mortalité maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite » (Dujardin, 1993). Il est à noter que les données sur la mortalité maternelle ne sont pas très fiables et ne révèlent pas la réalité du

¹ Ministère de la Santé Publique

phénomène. Plusieurs décès surviennent dans le cadre familial et ne sont pas pris en compte par les statistiques sanitaires. La complexité du phénomène a mobilisé plusieurs disciplines dont les sciences sociales qui explorent les pratiques médicales, sociales et psychologiques autour de la question. Notons également qu'en dehors de la mortalité maternelle qui mobilise les acteurs, il y a la morbidité maternelle qui peut ou pas entraîner la mortalité maternelle mais qui constitue également un fardeau pour les femmes.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

1.6. *Revue critique de la littérature*

Les différents auteurs qui ont abordé la question l'ont fait aussi bien sous l'angle de la Santé Publique que celui de la Socio Anthropologie. Les ouvrages consultés ont traité des causes et des déterminants du fort taux de mortalité maternelle mais aussi en partie des comportements des agents de santé dans le système sanitaire en général. Cependant il y a certains auteurs qui ont évoqué un pan des soins obstétricaux d'urgence et leur rapport avec les comportements uniquement des professionnels de santé.

Au cours de la dernière décennie, un certain nombre de forums internationaux (le Sommet Mondial sur les Enfants de 1990, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement de 1994, la Conférence Mondiale sur les Femmes de 1995 et le Sommet du Millénaire de 2000) se sont notamment fixés pour objectif, la réduction de la Mortalité maternelle¹.

Ainsi Starrs et Hoopes-bender s'interrogent dans leur article "*Mourir pour la vie*" sur ce qui peut expliquer la stagnation du taux de mortalité dans les pays en développement. Ils affirment que « face à l'ampleur du phénomène, il existe dans la littérature, une certaine connaissance des causes et des mesures à prendre pour réduire de façon considérable le problème ; les décideurs savent comment empêcher les décès dus à la grossesse. Mais alors, pourquoi les femmes meurent elles plus que jamais ? Les causes les plus fréquentes de mortalité maternelle dans les pays en développement sont bien connus dans leur ensemble et peuvent être surmontés facilement par des interventions cliniques qui sont des pratiques standards dans les pays développés. La plupart des décès maternel (60%) surviennent [pendant] et après la naissance du bébé »².

Pour ces auteurs, si le problème subsiste, c'est parce qu'il n'y a pas une volonté politique, un engagement de la part des décideurs. Beaucoup de changements promis restent au stade des déclarations politiques sans atteindre celui de la mise en œuvre effective. Mais ce qu'ils n'ont pas exploré c'est la part des autres acteurs impliqués dans le processus. Ils sont restés réducteurs dans leur analyse en ne voyant la cause des décès maternels que sous l'angle d'un seul acteur mais aussi en considérant les approches de solutions uniquement sous l'angle

¹ Kenneth Hill et al, 2001 : « mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement : guide pour les utilisateurs potentiels »

² A. Starrs et P.T. Hoope-Bender, 2004 "*Mourir pour la vie*" in Countdown 2015 : édition spéciale Bulletin de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)

médical. Aussi ne comprennent t-ils pas qu'on ne puisse venir à bout d'un problème qui pouvait se régler par des gestes techniques standards.

Une telle approche des décès maternels, nous a permis de considérer que sur le plan médical, les problèmes sont définis à l'avance de façon globale et technique de même que les solutions préconisées. Ce que nous ne partageons pas dans le cadre de ce travail socio anthropologique.

Ces femmes qui meurent sont celles qui n'ont pas pu surmonter les péripéties qui jalonnent le trajet du recours aux soins obstétricaux d'urgence. Ces femmes qui n'ont pas pu résister face au circuit complexe du recours et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Car l'accouchement est comme l'ont dit les femmes rurales de Koutoukallé au Niger, "une bataille, une guerre ». ¹

Dans l'ouvrage collectif édité par Vincent De Brouwere et Wim Van Lerberghe « Réduire les risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique », les auteurs analysent le problème en identifiant des causes liées au système de santé mais aussi aux comportements des agents de santé et des populations bénéficiaires. Aussi trouvent t-ils que « le déficit dans une localité cache un certain nombre de problèmes liés à toutes sortes d'accessibilité, à la qualité des soins, à la disponibilité des agents de santé, aux problèmes de références et à beaucoup d'autres situations telles que le boycott d'un centre de santé par les populations pour des raisons diverses : incompétence, mauvais accueil, contraintes socioculturelles, etc. » ²

Mais pour palier ce déficit, Dujardin dans sa thèse d'agrégation estime qu'il ne suffirait pas de résoudre certains problèmes techniques telles que la formation du personnel de santé et la fourniture des techniques obstétricales nécessaire au niveau adéquat. Les problèmes, au delà du technique , découlent aussi d'une gestion inadéquate des services de santé et de stratégies non pertinentes d'une part, puis de la méconnaissance des logiques et des stratégies des patientes d'autre part¹. C'est cette zone d'ombre que représente la

¹ Jean Pierre Olivier de Sardan et al,1999 : "L'accouchement c'est la guerre : de quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien" in Bulletin de l'APAD n° 17 juin 1999

² Vincent De Brouwere, et Wim Van Lerberghe; 2001: « Réduire les risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique »; Studies in Health Services Organisation Policy, 18,2001

¹ Bruno Dujardin, Février 1993: « Une Approche Globale pour Améliorer La Santé Maternelle »: Thèse d'Agrégation, Université libre de Bruxelles

méconnaissance des logiques et stratégies des patientes mais également celle des autres acteurs mais vue sous l'angle du processus d'offre et de demande des soins obstétricaux d'urgence qui nous intéresse dans cette étude.

Zoungrana et al. dans leur article sur "La Mortalité Maternelle au Burkina Faso : état des connaissances sur le sujet", démontrent que la persistance des taux élevés de mortalité maternelle dans les pays en développement, traduit entre autre l'insuffisance des programmes de santé qui ont été mis en œuvre depuis l'avènement des indépendances. Par ailleurs, l'ouvrage fait une classification des causes en distinguant les causes médicales et les causes non médicales. Ces dernières sont considérées comme la partie invisible du problème multidimensionnel qu'est la mortalité maternelle. Aussi affirment-ils qu' « En réalité ce sont les facteurs logistiques ou ceux liés au fonctionnement des services de santé qui déterminent si une femme enceinte ou dont l'accouchement présente des complications vivra ou mourra »².

Dans un contexte plus général, Jean Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffré, dans leur ouvrage collectif « *Une médecine inhospitalière Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest* », s'intéressent à l'environnement et à la nature des interactions qui ont cours dans l'espace sanitaire africain, les modèles organisationnels appliqués dans les formations sanitaires et les pratiques peu favorables des professionnels dans le processus d'offre de soins.³

Aucun de ces ouvrages ne s'est intéressé aux logiques de l'ensemble des acteurs face aux SONU c'est-à-dire depuis le choix de la stratégie jusqu'à la fourniture des soins en milieu hospitalier. Les études spécifiques sur la stratégie des SONU ne se focalisent pas sur les logiques d'acteurs en situation de mise en œuvre des SONU. Lorsque certains font ressortir des logiques d'acteurs, c'est surtout en rapport aux pratiques des agents de santé dans le système sanitaire de façon générale mais aussi en rapport au fonctionnement au quotidien des centres de santé. Cependant ces ouvrages ont le mérite d'aborder sous un autre angle, les questions relatives aux décès maternels. Ainsi en dehors des acteurs, la qualité du système de

² C.M. Zoungara. et A. Paré, 1999 "La mortalité maternelle au Burkina Faso : état des connaissances sur le sujet" in Santé de la mère et de l'enfant (exemples africains), Paris, IRD Editions, 1999, pp 82-107

³ Y. Jaffré, JP.Olivier de Sardan, 2003 « *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris : Karthala

santé intervient largement dans le débat sur la Mortalité maternelle. Les logiques et les pratiques des acteurs ne peuvent avoir de sens que dans un système donné.

May Post conseillère en santé publique dans son document *Prévenir la mortalité maternelle par le biais des soins obstétricaux d'urgence*, évoque les barrières rencontrées dans le processus des trois retards qui caractérisent les soins obstétricaux d'urgence. Au niveau des retards au centre de santé, elle incrimine "Les attitudes passives du personnel " notion utilisée par Mbaruku et Bergstrom, 1995. Ainsi, « La plupart des membres du personnel étaient convaincus que les décès maternels étaient liés à des circonstances n'entrant pas dans leur contrôle, tels que les retards pour arriver à l'établissement, les facteurs culturels et le manque de médicaments et d'équipement. Toutes ces raisons justifiaient une certaine passivité, surtout lorsqu'elles se conjugaient à un moral assez bas du personnel lié à l'insuffisance du salaire. Le personnel avait tendance à oublier sa capacité éventuelle à résoudre les problèmes et peu, voire aucun effort n'était fait pour trouver des solutions appropriées à des problèmes évidents. »¹

Traitées de passives, ces attitudes ne sont pas pour autant neutres et obéissent à des choix orientés par la manière dont les acteurs s'approprient les différentes stratégies. Au fait ce sont des attitudes chargées "d'actions".

Aussi Olivier de Sardan, dans *Anthropologie et Développement : Essai en socio-anthropologie du changement social* affirme t-il que deux principes gouvernent les comportements des populations face aux opérations de développement (ici stratégie des SONU) : le principe de "sélection" et celui de "détournement". Le premier obéit au fait qu'aucune intervention n'est adoptée en bloc par les acteurs qui, opèrent dans cet ensemble, des choix qui occasionnent des "effets pervers" et neutralisent l'efficacité des améliorations proposées. Quant au second principe, il réside dans la dichotomie entre les raisons réelles d'adoption d'une intervention par les bénéficiaires et celles invoquées par les experts.²

Dans le même esprit mais sous un autre angle, dans l'article "La sage femme et le douanier : cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest", Jean Pierre Olivier de Sardan, en se référant aux comportements des membres de deux professions apparemment opposées, distingue ce qu'il appelle " la norme pratique" dont les principales composantes sont "la culture professionnelle locale" et "la culture

¹ May Post, 2007, « Prévenir la Mortalité Maternelle par le biais des Soins Obstétricaux d'Urgence » documents de synthèse du projet SARA, avril 2007

² Jean Pierre Olivier de Sardan, 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala

bureaucratique privatisée". En effet pour cet auteur, c'est une vision simpliste que de considérer que les écarts constatés entre normes et comportements relèvent essentiellement d'une mauvaise application des normes officielles ou d'une compréhension insuffisante de celles-ci. Les comportements des acteurs relèveraient plutôt d'autres normes non dites que sont les "normes pratiques" qui ne sont pas pour autant ni aléatoires ni nécessairement erratiques.¹

Identifier et analyser ces non dits, normes réelles qui gouvernent les comportements des acteurs impliqués dans les soins obstétricaux d'urgences, constituent l'un des aspects de notre étude.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

¹ Jean Pierre Olivier de Sardan, 2001 « La sage femme et le douanier : cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », Autrepart, 20 : pp 61-73

1.7 *Modèle théorique*

Nous nous inspirons des théories de la microsociologie qui se focalisent sur les jeux des acteurs comme l'atome logique de l'analyse du social (Boudon, 1979). Les acteurs individuels pouvant être non seulement des personnes mais toute unité collective pour autant qu'elle se trouve munie d'un pouvoir d'action collective. Mais, c'est plus précisément à l'analyse stratégique de Michel Crozier et à l'interactionnisme de l'école de Chicago que nous faisons appel. Ainsi nous recueillerons les points de vue, les stratégies et pratiques des acteurs en situation de mise en œuvre de la stratégie des SONU. Sur le plan méthodologique, ce choix, signifie la rupture d'avec les enquêtes par questionnaires ou des traitements statistiques, pour privilégier l'observation et permettre de saisir comment dans et par l'interaction, les acteurs assignent du sens aux objets, aux situations et aux symboles (ici aux normes des SONU).

L'analyse stratégique postule que rarement dotés d'objectifs précis, les individus profitent davantage des opportunités qui se présentent à eux plutôt qu'ils ne mènent à bien un projet cohérent et mûri de longue date. L'organisation ne contraignant jamais totalement, quels que soit leur statut, tous les individus bénéficient toujours d'une marge de liberté et de négociation même la plus minime. Le comportement de l'acteur peut donc s'analyser comme l'expression d'une stratégie rationnelle dont le but est l'accroissement de gains personnels conquis grâce à des relations de pouvoir. Mais une telle pratique ne prend sens qu'à la condition de resituer cette dernière dans un système d'action concret. (Crozier et Friedberg, 1977)

L'interactionnisme symbolique quant à elle, nie toute conception holiste du social ; il ne reconnaît que la réalité individuelle comme niveau où puisse s'exprimer un sens. Autrement dit, les individus ne subissent pas les faits sociaux, ils ne cessent à l'inverse de les produire. En interprétant la situation dans laquelle ils sont plongés, les acteurs conçoivent et construisent leur action mais sans que celle-ci ne revête nécessairement un caractère extrêmement rationnel. (Blumer cité par Michel Lallement, 2000).

Par ailleurs nous nous inspirons des travaux d'Olivier de Sardan et de Jaffré¹ sur la socio anthropologie du Développement et les comportements des agents de santé et l'espace

¹ Jean Pierre Olivier de Sardan 1995, Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social, Paris, Karthala.

psychologique sous jacent. Ainsi, en partant des choix politiques officiellement adoptés au niveau national concernant les SONU, nous allons à travers l'exploration du monde du développement sanitaire puis des logiques et stratégies mobilisées par les différents acteurs en situation, faire ressortir les pratiques de groupe qui en découlent et les effets qu'ils engendrent dans l'univers hétéroclite de la lutte contre les décès maternels.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Jean Pierre Olivier de Sardan 2003, « pourquoi le malade anonyme est-il si "mal traité" ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé » in Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris : Karthala pp265 -294

Yannick Jaffré 2003, « la configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé » in Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris : Karthala, pp295 -337.

Chapitre 2 : Cadre Méthodologique

Avant de décrire la démarche méthodologique qui a guidée cette étude, nous allons préciser le cadre spatial qui a inspiré la problématique.

2.1 Cadre géographique de l'étude

La zone sanitaire de Tchaourou est composée d'une seule commune située au sud de l'actuel département du Borgou. La commune est composée de 7 arrondissements et de 36 villages administratifs. Elle est limitée au nord par la Zone Sanitaire Parakou-N'dali et au sud par celle de Savè Ouèssè. Elle compte 121.692 habitants en 2005 pour une superficie de 6879 km². La couverture obstétricale est de 29% ; quant au ratio de décès maternel, il est égal à 251 pour 100.000 accouchements. La zone comprend 7 Centres de Santé d'Arrondissement (CSA)¹, 2 maternités isolées et 6 Unités Villageoises de Santé (UVS). Il s'agit des formations sanitaires publiques de Tchaourou, Goro, Alafiarou, Bétérou, Sanson, Tchatchou et Kika. Les deux maternités isolées se retrouvent à Goro et à Alafiarou. Au total, 9 maternités périphériques plus celle de l'hôpital de référence ont été pris en compte par notre étude.

On dénombre dans la zone une quarantaine de cabinets privés ouverts par des personnes de qualifications variables allant de médecins, infirmiers, aides soignants à des personnes dont la qualification reste difficile à prouver.

De par sa situation géographique (excentrique par rapport aux autres formations sanitaires) l'hôpital de référence de la zone communément appelé Hôpital Saint Martin de Papanè du nom du village où il est implanté, est accessible seulement à une partie de la population de la commune de Tchaourou. Seules les formations sanitaires périphériques de Tchaourou, Goro, Alafiarou y réfèrent leurs patients. Les autres réfèrent vers d'autres hôpitaux comme Boko et le CHD de Parakou. Par contre l'hôpital est accessible à une bonne partie de la population de la commune de Ouèssè dans la zone sanitaire Savè-Ouèssè. Aussi moins de 50% des populations de la zone de Tchaourou ont accès à l'hôpital de Papanè. La maternité périphérique la plus proche de l'hôpital dans la zone de Tchaourou est à 11 km et la

¹ chaque CSA est composé d'un dispensaire et d'une maternité

plus éloignée à 75 km. Voici la liste des différentes maternités suivie de la qualification et de l'effectif du personnel en service.

Liste du personnel en service dans chaque maternité

Maternités	Personnel en service
Alafiarou	Une infirmière diplômée d'Etat + une aide
Bétérou	Une sage femme + 2 aides
Goro	Une infirmière de santé + 2 aides
Kika	Une infirmière de santé + une aide
Sanson	2 infirmières de santé ¹ + 2 aides
Tchaourou	2 sages femmes + une infirmière diplômée d'Etat + une infirmière de santé + 3 aides
Tchatchou	Une sage femme + une infirmière de santé + 2 aides
Maternité Isolée Agbassa	Une infirmière de santé + 2 aides
Maternité Isolée Goro	Une sage femme + une aide
Papané	5 sages femmes + 1 infirmière de santé + 3 aides

Notons que l'hôpital de Papané est un hôpital confessionnel catholique de l'Archidiocèse de Parakou qui assure son administration. C'est depuis 2000, que l'Etat l'a érigé en hôpital de référence dans le cadre de la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire. Au départ il a

¹ une des infirmières est formée à l'interne sur le tas.

été créée en 1972 comme un centre de santé de brousse qui se limitait à un bloc pour la chirurgie.

Cette étude revêt un caractère multi sites. Elle s'est déroulée dans la Zone sanitaire de Tchaourou plus précisément au niveau de l'hôpital de référence Saint Martin de PAPANE et dans les centres périphériques qui gravitent autour de lui ainsi qu'au niveau du MSP à Cotonou et auprès des partenaires au développement. Cependant les investigations ont été concentrées au sein des maternités des centres périphériques où s'administrent les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB). Nous avons fait ce choix en raison de la pluralité des interactions à la base de la pyramide sanitaire. De plus les soins commencent dans les centres périphériques pour se prolonger au besoin dans les hôpitaux de référence. Aussi les investigations faites au niveau de la maternité de l'hôpital de référence ont contribué à rendre plus compte de la pratique des acteurs du système de santé périphérique.

En outre compte tenu du caractère excentrique de l'hôpital vis-à-vis des centres de santé périphériques de son ressort territorial, nous y avons limité les investigations et privilégié tous les centres périphériques même ceux qui ne réfèrent pas à l'hôpital de Papané.

2.2. La démarche méthodologique

La démarche adoptée s'est inspirée des références théoriques et des dispositifs méthodologiques de la socio anthropologie plus particulièrement ceux de la socio anthropologie du développement. Nous avons opté pour ce type d'étude afin de pouvoir pénétrer les logiques des acteurs puis les positions et les pratiques afférentes mais également de saisir les transformations qui en découlent. Ce choix nous a conduit « au décryptage des stratégies que les acteurs déploient » (Olivier De Sardan, 1995) sans pour autant faire appel aux "références paresseuses [à des] facteurs culturels".¹ En effet, nous ne nous inscrivons pas dans la logique qui se sert de la culture comme "bouche trou" susceptible d'expliquer tout car, « face aux écarts répétés entre les conduites prévues et les conduites réelles, face aux dérives que toute opération de développement subit du fait des réactions des groupes cibles, les "développeurs" tendent à recourir à de pseudo-notions sociologiques ou anthropologiques qui relèvent plus de clichés et de stéréotypes que d'outils analytiques ».²

C'est pour dire, dans le cadre qui est le notre, que sans ignorer l'accessibilité culturelle, elle n'est pas pour autant un élément justifiant les pratiques évoquées ci-dessous. Il s'agit donc d'une étude qualitative qui a fait appel à l'exploration documentaire, à l'entretien (entretiens individuels approfondis, conversations plus ou moins formelles, interviews libres), et à l'observation. Elle s'est réalisée en deux grandes phases que sont d'une part la recherche documentaire et les investigations sur le terrain puis d'autre part l'analyse des données.

2.2.1 La documentation

Tout d'abord, nous avons passé en revue au niveau du Ministère de la Santé Publique (MSP), les différents documents de politiques et stratégies SONU et dérivés élaborés dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. Nous avons pris également en compte, des documents relatant des expériences de mises en œuvre de SONU sur le terrain. Cette exploration nous a permis de cerner la construction théorique officielle de cette stratégie, ses principes directeurs et les objectifs poursuivis avec quels acteurs et quels moyens ?

2.2.2 Les entretiens et les observations

Sur le terrain, nous avons procédé à des recherches approfondies sur la base d'entretiens et d'observations.

¹ idem

² ibidem

Nous avons fait appel aussi à des témoignages à travers des situations concrètes d'application de cette politique sur le terrain. Les entretiens ont été réalisés auprès des acteurs du Ministère de la Santé Publique (MSP) et les partenaires au développement de cette politique de santé maternelle, les professionnels de santé appliquant la stratégie sur le terrain, puis les bénéficiaires c'est-à-dire les femmes, parturientes ou accouchées ayant bénéficié de soins obstétricaux d'urgence (ou leur accompagnants).

Auprès des acteurs du MSP et des partenaires au développement, nous avons recueilli des données relatives aux documents, aux grandes étapes de la lutte contre les décès maternels au Bénin, aux raisons de choix de cette stratégie, à la motivation du personnel de terrain, au positionnement des acteurs (MSP) vis-à-vis des partenaires appuyant la stratégie et vice versa, à leurs perceptions sur les autres acteurs, etc.

Les entretiens avec les agents de santé sur le terrain ont servi à comprendre la mise en œuvre réelle de cette stratégie sur le terrain, les facteurs bloquants, les interactions avec les bénéficiaires, les difficultés d'application et les bricolages, les stratégies et les logiques dont ils usent dans les processus d'offre des SONU, leurs motivations, leurs perceptions sur la stratégie, et le recueil de séquences biographiques professionnelles, etc. Quant aux entretiens avec les bénéficiaires, ils ont permis d'investiguer et d'apprécier leurs logiques, leurs réponses et attitudes face à l'offre de soins SONU.

Au total les entretiens ont pris en compte, de façon systématique, dans les formations sanitaires, tous les agents disponibles des maternités concernées (sages femmes ou infirmières responsables des maternités, les aides), les femmes ayant bénéficié de soins obstétricaux d'urgences ainsi que leurs accompagnants, les responsables administratifs et médicaux de la zone, les infirmiers, des agents de cabinets privés, des membres de comités de gestions, des commis de pharmacie. Nous avons réalisé en tout 92 entretiens avec 78 interlocuteurs répartis comme suit : 37 professionnels de santé dont 7 sages femmes, 15 infirmiers et infirmières, 15 aides soignants ; 29 usagers dont 16 Parturientes et accouchées et 13 accompagnants ; 8 responsables médico administratifs et partenaires au développement, 4 membres de comités de gestion.

Avec les observations directes in situ dans les centres de santé offrant des SONU, nous avons observé le déroulement effectif des activités issues de la mise en œuvre de cette stratégie sur des terrains spécifiques (les maternités périphériques de la zone) afin de saisir les acteurs en situations concrètes. Elles ont servi à approfondir et à recouper des informations

issues de plusieurs sources sur des cas d'agents de santé ayant développé des logiques propres dans la mise en œuvre de l'approche SONU, des cas de logiques de bénéficiaires, etc.

Tout en concentrant les investigations au niveau de la zone sanitaire de Tchaourou. Nous avons recueilli également des informations auprès d'acteurs à Cotonou et à Parakou.

2.2.3 Le traitement des données

Pour l'analyse nous avons procédé d'abord à un dépouillement manuel et à la triangulation des données. Puis comme le dit Olivier de Sardan, « [essayer] de combiner en bonne rigueur méthodologique, la découverte des représentations et des logiques populaires et la mise en évidence des contraintes qui les régissent » Sardan op cit. Tout ceci en faisant un va et vient entre le modèle d'analyse stratégique et l'interactionnisme. Notons que la phase de terrain et celle de rédaction ne sont pas dissociées et ont été exécutées de façon simultanée.

Enfin il est à noter que tout au long des investigations et de la rédaction, nous avons fait le choix de privilégier les dysfonctionnements c'est-à-dire les aspects qui sont en contradiction avec les prescriptions des SONU et de rester dans une posture dite de "pessimisme méthodologique" afin de mettre l'accent sur ce qui pose problème dans l'application de ces normes. Cependant, ce choix n'est pas sans biais car il ne rend totalement pas compte de ce que nous pouvons appeler les "bonnes pratiques" des agents de santé.

2ème partie : Description et analyse des données

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 3 : Politiques et stratégies de lutte contre les décès maternels au Bénin : choix nationaux ou directives internationales ?

L'étude des logiques et pratiques des acteurs autour de la stratégie des SONU de réduction des décès maternels dans la zone sanitaire de Tchaourou, nécessite d'avoir une compréhension globale des choix faits au plan national et les modalités d'application.

3. 1 Les grandes étapes de la lutte contre la Mortalité maternelle au Bénin (théories et applications)

La lutte contre la mortalité maternelle au Bénin a évolué au gré des tendances et choix impulsés par l'OMS et les autres organisations internationales. N'ayant pas adoptée une politique claire et précise, on a assisté plutôt à beaucoup d'errements. Ainsi selon un de nos interlocuteurs, spécialiste en santé publique :

« Avant les SONU, c'était toujours la philosophie de l'OMS où on veut embrasser tout à la fois. Il n'y avait rien de concret qui se faisait. Tout a commencé par la conférence de Nairobi en 1987 avec la Maternité à Moindre Risque.» Médecin Santé Publique entretien du 08-11-07

En 1997, le MSP a édité le document des standards des SOU qui décrivait juste les normes en matière de SOU. En 1998, il a adopté les Politiques Normes et Standards des services de santé familiale qui regroupaient des normes globales en faveur de la santé de toute la famille. En 2002, il y a eu le Programme National de Santé de la Reproduction 2003-2008 et le guide de formation en SONU. C'est en 2003 que le choix de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) a été fait. Mais c'est depuis 2006, que le document de stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle a été élaboré. Ainsi il y a eu beaucoup de documents écrits sans qu'une baisse des décès ne s'en suive.

Ces choix stratégiques décrits dans les documents sont introduits¹ par les partenaires au développement. Aussi les actions en faveur de la santé maternelle ont été fragmentées aussi bien dans le fond que dans la forme. Ceci parce que des options sont faites selon les objectifs de chaque partenaire et chacun d'eux intervient dans "sa zone" de façon isolée. Le MSP dans bien des cas ignore les actions entreprises sur le terrain. Ceci fait que dans chaque maternité

¹Souvent une sous partie de l'ensemble

selon le partenaire en présence, la nature des soins offerts aux femmes diffère. A ce propos, un cadre du MSP déclare :

« Avec les partenaires, c'est un peu difficile. Il y a des nuances dans la mise en œuvre sur les terrains. Chaque partenaire selon l'intérêt qu'il y trouve, choisit une partie des documents. Même nous au MSP, on a pas d'argent, donc on va directement aux cas urgents » entretien du 12-11-07

Notons que l'introduction du néonatal dans le concept SOU a entraîné assez d'ambiguïtés. Le plus souvent dans la mise en œuvre, ce sont les SOU qui prennent le dessus. Selon les spécialistes que nous avons interrogés, " à vouloir mettre la mère et l'enfant ensemble, on a tendance à sacrifier l'un au profit de l'autre."

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

3.2 L'avènement de la Stratégie des SONU au Bénin

De l'avis d'un médecin de santé publique,

« on a commencé par parlé des SOU au Bénin en 1996 , on en parlait mais cela n'accrochait personne. Puis en 1998, avec l'USAID on a parlé de SONU même si on réfléchissait comme SOU car en matière de néonatal, rien n'était élaboré en profondeur. C'est du document SOU qu'a été sortit le guide SONU qui n'est que l'aspect clinique» entretien du 08-11-07

Cependant selon un cadre du MSP,

« Les SONU Y compris la GATPA sont des normes internationales qui ont été ramenées au Bénin sans aucune adaptation de notre part. Nous formons nos agents sur le terrain sur la base de ces normes et nous les évaluons avec sans tenir compte de l'environnement dans lequel l'application a été faite. Lorsque la Guinée a essayé d'adapter les SONU à son contexte, les concepteurs internationaux n'ont pas accepté. Ils ont trouvé que ce n'est plus SONU » entretien du 12 -11-07

Or il faut rester dans la lignée du concept tel que pensé et conçu pour bénéficier des mesures d'accompagnement.

Notons que la GATPA, pour la plupart des responsables maternité de notre zone d'étude, est un sous ensemble des SONU, un savoir faire relevant de la stratégie des soins d'urgence. Les prestataires de soins ont été formés² de façon successive par rapport à ces deux concepts (GATPA et SONU) par le même partenaire. Cependant leur version est en contradiction à ce qu'affirme un consultant de l'UNFPA :

« GATPA est un nouveau concept, une nouvelle technique introduite au Bénin en 2003 qui relève de la prévention des hémorragies de la délivrance donc différent des SOU qui sont à vocation curative par exemple traiter cette hémorragie de la délivrance. Mais on mélange les deux. La dernière évaluation des GATPA a donné un taux de réussite de l'ordre de 22.8% ; ce qui prouve que les formations seules ne suffisent pas, » entretien du 08-11-07

Cependant, comme nous l'avons énoncé plus haut, ce n'est qu'en 2006, que le MSP reconnaît s'être doté d'un document de Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle 2006-2015 basée sur les SONU. Pour l'un des rédacteurs

² Dans la zone sanitaire de Tchaourou, seules les responsables de maternité (sages femmes et infirmières) ont bénéficié de la formation SONU. La formation GATPA a impliqué quelques aides soignantes des maternités en plus des responsables ; les protocoles de santé familiale sur la prise en charge des complications a visé 2 agents par maternité.

« Nous avons élaboré la politique nationale de réduction de la mortalité maternelle basée sur les SOU mais personne, ni le MSP, ni les bailleurs ne s'intéresse à la mise en œuvre intégrale. Chaque partenaire tient à sa zone et continue ses actions comme il l'entend. Aucune action concrète n'est encore issue de la nouvelle stratégie ».

Entretien du 08-11-07

Ainsi malgré le nouveau document, rien n'a changé côté application. De même il n'y a jamais eu une mise en œuvre globale et coordonnée de façon simultanée sur toute l'étendue du territoire. Or selon les médecins de santé Publique, les SONU constituent un concept global, un paquet d'éléments qui ne concerne pas seulement le volet clinique. Il y a aussi le dispositif managérial, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins etc.

L'aspect des SONU qui intéresse le grand nombre de partenaires, est le volet clinique. Son financement se fait par le simple transfert des normes et pratiques afférentes aux professionnels des maternités notamment les responsables. En témoignent les propos d'un responsable de la Direction de la Santé Familiale (DSF)

« Ce n'est que le transfert des compétences qui intéresse les partenaires. Il y a d'autres choses comme l'organisation des services. Au fait le Bénin n'a pas les moyens de faire seul les SONU mais c'est à nous d'orienter les partenaires. Actuellement pour la nouvelle stratégie de réduction des décès maternels, il n'y a que 7 zones choisies par nos partenaires sur les 34 ; donc on va commencer d'abord par là » entretien du 12-11-07

Même si les acteurs du MSP reconnaissent que les formations à elles seules ne peuvent venir à bout des décès maternels, ils affirment ne pas avoir les moyens d'imposer des actions intégrées et collectives. Car :

« On dit qu'on forme les gens mais cela n'a jamais réduit les décès maternels et on continue. On n'anticipe pas, on ne tient pas compte de l'environnement (...) Si un partenaire nous dit qu'il n'a que l'argent de 3 jours de formation du personnel, je ne peux pas refuser sachant bien qu'il faut deux semaines, pour une bonne formation. »

Entretien du 08-11-07 et du 12-11-07

Mis à part ces difficultés, nos interlocuteurs trouvent également que « les pays anglophones se retrouvent mieux avec ce concept SONU élaboré par des universitaires américains. Ainsi par exemple, il prône l'utilisation de la ventouse dans les accouchements difficiles or ce n'est pas enseigné dans les Etats francophones. »

Au delà de ces difficultés liées aux modalités d'application des SONU, il en existe d'autres qui résultent de la comparaison voire de la contradiction avec d'autres concepts qui relèvent aussi de la lutte contre la morbidité et les décès maternels

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

3.3. *Une confusion dans les concepts et la mise en œuvre*

Selon un consultant du MSP,

« en 1999 sur le plan international, il y a eu beaucoup de discussions entre les partisans des SOE (Soins Obstétricaux Essentiel) et ceux des SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence). L'OMS a fait la gamme des SOE qui est claire et différente de SOU . Au fait dans les SOE se trouvent disséminés quelques gestes SOU comme la césarienne. Chacun des partisans pensait que l'autre concept était superflu pour réduire les décès maternels» entretien du 08-11-07

Au fait dans l'arène¹ de la lutte contre les décès maternels, s'est développé un certain nombre de projets/programmes qui véhiculent chacun un concept matérialisé par des sigles ou acronymes. Le contenu et les principes qu'ils prônent s'enchevêtrent et se chevauchent sur les terrains d'actions et parfois même au sein même des concepteurs. Dans l'ensemble, ces concepts ont pris le pas sur la mise en oeuvre et les résultats positifs.

Selon nos interlocuteurs, c'est du document SOU devenu entre temps SONU qu'ont été tirés les formations initiées par les projets PARSUON, AQUASOU et autres sous projets financés par les partenaires au développement. Pour les sages femmes qui ont bénéficié de formations dans le cadre de ces différents projets², les contenus révèlent parfois des nuances et des contradictions. A ce propos, un cadre du MSP affirme que: « Tous les acteurs n'ont pas la même vision de la stratégie. La Direction de la santé Familiale (DSF) a sa vision, les médecins coordonnateur de zone ont la leur de même que les partenaires au développement » entretien du 12-11-07

Aussi n'est il pas rare de trouver dans une même zone sanitaire, un ou plusieurs partenaires de la santé maternelle, introduire de façon simultanée ou successive, plusieurs concepts de lutte contre les décès maternels. A cet effet, les mêmes acteurs sont "formés" aux différentes méthodes et techniques afférentes. En outre ce sont souvent les mêmes personnes qui sont responsables des différentes équipes d'amélioration mise en place pour chaque concept. Ceci entretient des flous au niveau des acteurs sur le plan opérationnel.

¹ En sociologie politique dans ses analyses, Bailey cité par Bierschenk et Olivier de Sardan 1994, a utilisé le concept d'arène pour identifier la vie politique nationale qu'il compare à un jeu où se confrontent et s'affrontent les acteurs sociaux autour d'un leader et des factions. Pour ces auteurs, l'arène est un lieu de confrontations d'acteurs sociaux en interactions autour d'enjeux communs. Dans notre cas nous avons considéré comme arène, l'espace sanitaire de Tchaourou plus particulièrement les maternités périphériques.

² Compte tenu de la mobilité du personnel, certains agents peuvent bénéficier de plusieurs formations de partenaires différents.

Ainsi au cours de nos investigations sur le terrain d'étude, beaucoup de nos enquêtés ne se sont pas retrouvés dans les différents concepts qui ont été introduits dans la zone sanitaire de Tchaourou par différents partenaires. Bien qu'ayant été "formés" sur chacun des concepts, ils avouent leurs difficultés à cerner leur contenu réel. Ainsi selon une sage femme enquêtée :

« Ici à Tchaourou notre problème c'est SOE personne ne maîtrise SOE or on fait des réunions pour vérifier le remplissage des registres, on fait des diagrammes, c'est intéressant mais on ne comprend pas on dit que c'est SOE, c'est récent, c'est en 2005 après la formation SONU. Selon moi c'est un rassemblement pour pouvoir améliorer la qualité des soins et des prestations. On se regroupe pour faire la synthèse et débattre d'un cas et se donner des idées entre agents. Je crois que SOE c'est aussi GATPA et SONU. SONU c'est des gestes de sauvetage sur la femme par contre SOE c'est des discussions pour améliorer les SONU y compris GATPA »
entretien du 7-8-07 tchaourou

Pour une autre sage femme cette fois ci responsable au niveau de la zone, « SOE est dans SONU il faut connaître l'essentiel avant de faire l'urgence même si on a été formé en SONU avant l'introduction de SOE » entretien du 9-8-07

Un responsable médico administratif de la zone de Tchaourou affirme avec mélancolie :

« Notre zone était pris en compte par un partenaire américain pour bénéficier depuis des SOE à l'instar de deux autres zones sanitaires du pays mais un partenaire principal de la zone qui nous appuyait pour les normes de santé familiale en ce moment a refusé. C'est juste à cause de la guéguerre entre partenaire pour avoir de sphère d'influence, d'hégémonie. Actuellement on est en train d'essayer le modèle collaboratif AQ/SOE avec le Programme Suisse PSS » entretien du 12-08-07

Ces propos dénotent d'une "Balkanisation" du territoire par les partenaires et d'une monopolisation des différents concepts par chacun d'entre eux.

Au total, d'un côté il y a eu des normes officielles internationales transférées au plan national par plusieurs partenaires au développement ayant leur objectifs précis et ceci sur des terrains différents avec plus ou moins quelques nuances et de l'autre côté des prestataires de services de santé, à qui ces normes ont été transférées en vue d'une application en direction d'utilisateurs avec lesquels ils sont en interaction.

La diversité des formations au profit des acteurs autour de différents concepts des Soins Obstétricaux d'Urgence, censés concourir aux mêmes objectifs d'une part et l'absence

de synergie autour des actions d'un même partenaire et de tous les partenaires oeuvrant dans la résolution des complications obstétricales d'autre part, sont des éléments qui influent sur le jeu des acteurs au niveau opérationnel.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 4 : Le jeu des acteurs dans la mise en œuvre des SONU

Ce sont les logiques, les pratiques et les stratégies développées par les professionnels et les usagers pour s'adapter, apprivoiser en quelque sorte les normes contenues dans les SONU lors des interactions avec les usagers. Au sein d'une même catégorie professionnelle ayant reçu les mêmes formations autour de la politique SONU, les rationalités et les pratiques sont plurielles. Nous allons les évoquer en nous référant à certains éléments du processus d'offre de soins obstétricaux d'urgence de base notamment dans les centres périphériques. Il s'agit des actes de soins, des prescriptions médicales et des décisions médicales en rapport avec l'accouchement et la référence.

4.1. De quelques restrictions induites par les normes et les logiques afférentes

La formation des agents de la maternité en soins obstétricaux d'urgence, a introduit des restrictions au niveau de certains gestes et actes médicaux autrefois apanage des agents des maternités périphériques. Ceci a entraîné une hausse des indications à la référence. Ces restrictions les obligent donc à référer les cas indiqués vers l'hôpital de zone. L'introduction des normes SONU ont également permis au niveau de certaines phases du processus d'accouchement, l'utilisation de molécules et le recours à des gestes autrefois proscrits en périphérie.

Cependant tous reconnaissent qu'avec les nouvelles normes, il y a ce que les sages femmes et leurs aides apostrophent comme « un surplus de travaux élémentaires » évoquant ainsi la surveillance rapprochée de la parturiente prescrite avant pendant et après l'accouchement. La surveillance ici est perçue comme un acte à la fois fastidieux et secondaire qui incombe aux agents peu qualifiés.

En prise avec ces deux facettes (restrictions et permissions) de la nouvelle politique, les agents de la maternité se positionnent différemment. On distingue deux grandes tendances. Les choix vont de ceux que nos enquêtés appellent "les amis des patrons" ou "les chasseurs de félicitation" à ceux qui "ne respectent pas les normes".

La première catégorie d'acteurs considérés comme des zélés apparemment passifs, sont ceux qui s'appliquent à mettre en pratique à la lettre les normes SONU. Pour eux :

« SONU nous amène à travailler moins. Avant, on se comportait comme des gynécologues, on gère tout comme des spécialistes or les SONU nous limitent et on ne commet plus de casse. Les protocoles te guident et tu n'as plus besoin de réfléchir. Avec ça nous sommes à l'abri ». Une sage femme, entretien du 07 -08-2007.

Ces propos témoignent d'un certain allègement des tâches et des responsabilités par les SONU en périphérie et qui est quelque part accommodant. On note également une fonction protectrice qui assure contre d'éventuelles complications du cas d'où la référence à temps. Cette attitude dénotent d'une certaine nonchalance, une tendance à se réfugier derrière les normes et comme l'a souligné May Post, une tendance à ignorer ses propres capacités et à ne pas chercher des solutions à des problèmes évidents. C'est cependant au niveau de cette catégorie d'acteurs qu'on retrouve les agents qui obtiennent les félicitations des partenaires au développement et des responsables administratives de la zone. Ils restent dans les limites des normes pour se faire féliciter. Par contre ces agents sont décriés dans leurs maternité par les usagers. A cet effet, un responsable administratif n'arrive pas à comprendre ce paradoxe :

« la sage femme de la maternité X me demande chaque fois de l'affecter parce qu'elle est décriée par la population or elle est la plus appréciée de la zone par les différents partenaires lors des monitorings et supervision, à propos de l'application des normes. »Restitution monitoring du 11-08-2006

Les chapitres à venir vont davantage approfondir les manifestations de cette position.

Pour certaines de nos enquêtées, l'adoption de cette position a été temporaire. Juste le temps de constater que « nous sommes en train de perdre la face devant la clientèle » et "d'ajuster" à leur manière, les protocoles SONU. Aussi sur les 9 Maternités périphériques prises en compte, seulement une infirmière responsable de maternité et deux sages femmes ont affirmé respecter à la lettre les protocoles sans chercher à "tricher".

La seconde catégorie d'acteurs concerne ceux qui n'appliquent pas toujours à la lettre les guides SONU. Ils reconnaissent que :

« C'est vrai que SONU nous aide mais avec ça, il ne nous reste plus d'actes importants à faire ; moi j'ai dit plus de références tout azimut car je finirai par perdre la main et personne ne fréquentera ma maternité (...) Il y a des choses frustrantes, on nous limite dans nos gestes juste parce que nous sommes à la périphérie ». une sage femme ; entretien du 08-08-07

L'une des logiques de cette catégorie de sages femmes, est de ne pas se laisser dépouiller de leurs malades lorsqu'on sait que leur crédibilité locale mais aussi leur survie

financière en dépend. Ainsi pour ces sages femmes, il s'agit de ne pas se limiter uniquement aux normes officielles, mais d'y adjoindre les "normes pratiques" identifiées par Olivier de Sardan (2001 op cit.) La logique de ces agents et les pratiques et stratégies afférentes, ne signifiant pas qu'ils ont mal assimilés les protocoles ni qu'ils les appliquent systématiquement de façon erratique. Mais souvent leur application dénote d'une réaction "judicieuse" en rapport à des situations précises. C'est dans les rangs de ces acteurs, que les usagers se disent satisfaits, le taux de référence moins élevé et plus de critiques de la part des superviseurs.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4.2 *Durant le processus d'accouchement*

Le choix du processus d'accouchement se justifie par le fait de la concentration des décès maternels autour de cette période. Il est estimé que deux tiers des décès maternels se produisent à la fin de la grossesse et dans les 48 heures suivant l'accouchement (Abou Zahr 1998a cité par Graham et al. 2001). C'est donc la période la plus délicate qui exige plus de professionnalisme.

Avec les normes SONU, les sages femmes et les infirmières des maternités périphériques affirment qu'elles peuvent manipuler durant l'accouchement, l'ocytocine, pratiquer l'épisiotomie si besoin, prendre systématiquement l'abord veineux, etc. Nous allons évoquer au niveau de ce sous titre uniquement l'usage de l'ocytocine à cause des conséquences liées à une utilisation non judicieuse. L'abord veineux et l'épisiotomie seront pris en compte dans un autre ordre d'idée dans la suite du chapitre 4 et au chapitre 5.

Généralement les professionnels de la santé distinguent trois grandes phases dans le processus d'accouchement à savoir le Travail, l'Expulsion et la Délivrance. Si l'utilisation de l'ocytocine est permise en périphérie, les agents formés affirment que son utilisation est agréée voire obligatoire seulement durant la troisième phase de l'accouchement. A ce niveau il y a un paradoxe. En effet au cours des formations, toutes les sages femmes et infirmières sont initiées à l'usage de cette molécule à toutes les phases de l'accouchement indépendamment du lieu où elles exercent c'est à dire en présence d'un bloc opératoire ou non. C'est donc après la formation que la restriction est faite à l'endroit de celles qui exercent en périphérie où il n'y a pas de bloc opératoire. Voici ce qu'affirme une sage femme exerçant à l'hôpital de référence :

« C'est à toutes les sages femmes qu'on a appris la règle d'administration de l'ocytocine pendant le travail.[...] même si la sage femme en périphérie sait comment régler les gouttes de l'ocytocine pendant le travail, elle ne doit pas en faire. » entretien du 9-8-07

Cette restriction au cours des deux premières phases de l'accouchement, n'empêche pas la disponibilité de la molécule pour son usage systématique à la troisième phase. Pour une sage femme exerçant en périphérie, « avant les SONU, l'ocytocine n'était pas disponible de façon officielle dans les maternités périphériques et son usage n'était pas aussi répandu comme maintenant où c'est systématique avec toutes les femmes ». Pour une autre enquêtée cette fois ci aide soignante, « avant les SONU il y avait l'ocytocine mais de façon clandestine

car le centre n'en vendait pas. C'est avec SONU que c'est officiel à la pharmacie du centre »
entretien du 11-08-07

L'aptitude acquise au cours des formations, la disponibilité du molécule, ajoutées aux logiques dans lesquelles les acteurs se trouvent, occasionnent des applications multiples en rapport aux prescriptions. Les mesures introduites sont réappropriées par les agents de santé en tenant compte des contraintes locales, des ambitions personnelles, des antécédents avec la hiérarchie sanitaire, du statut professionnel¹ mais aussi du souci de sauver la face devant le malade et les jugements de l'entourage. Ainsi selon une sage femme de l'hôpital de référence, « les sages femmes en périphérie sont obligées de tricher pour ne pas passer pour incompétentes devant la communauté mais elles ne mentionnent pas cela dans le registre ». De façon plus détaillée, une infirmière de la périphérie explique sa stratégie:

« la disponibilité nous amène à tricher et à l'utiliser pendant le travail dans les cas exceptionnel pour aider certaines femmes comme les anémiées. Mais on ne le mentionne ni dans le registre ni dans le carnet. On prescrit cela à la femme comme si c'est pour gérer la troisième phase de la grossesse or c'est pour le travail. C'est pourquoi on prescrit plus que les 10 unités recommandées pour la troisième phase. On sait comment gérer cela car si par malheur une équipe de supervision passait... »

Entretien du 12-9-07

Cette attitude ne garantit pas la fiabilité des données sanitaires et ne permet pas également une appréhension directe des faits dans les maternités. Il faut des séjours longs, une intégration du milieu avant de déceler la réalité concrète qu'une simple supervision avec son caractère parfois menaçant ne saurait saisir. Or c'est avec les résultats de ces supervisions évaluations que les normes sont révisées ou conçues.

Pour d'autres responsables de maternités périphériques, ces choix se justifient par des mesures de prudence mais aussi par le fait que les normes ne cadrent pas toujours avec les expériences pratiques qu'elles ont acquises sur le terrain. Ainsi :

« SONU a bien dit de ne pas utiliser les ocytocines pendant le travail d'accouchement en périphérie où il n'y a pas de bloc opératoire. Mais dans certains cas c'est à dire chez certaines femmes, la théorie et la pratique sont opposées. Voilà qu'avant que la tête du fœtus n'appuie le col pour que la dilatation soit complète, l'ocytocine fait réagir vite l'utérus et la femme accouche. C'est parce que beaucoup de sages femmes ne savent pas s'y prendre qu'on nous dit de laisser. C'est pourquoi il n'y a plus de références intempestives de ma maternité. » Entretien du 8-8-07

¹ Selon qu'on soit agent permanent de l'Etat, agent contractuel de l'Etat ou agent contractuel du centre de santé c'est-à-dire ayant pour employeur direct, l'autorité sanitaire locale.

Cependant, même l'utilisation prescrite de ce produit durant la troisième phase de l'accouchement, occasionne des utilisations autres.

« on attend plus après l'expulsion ; automatiquement on met l'ocytocine et on sort le placenta, c'est 10 Unités mais on va parfois à 20 unités lorsque avec la première dose, le placenta ne décolle pas » une sage femme, entretien du 08-08-07

En somme, il serait difficile voire impossible de contrôler l'usage d'un produit disponible et accessible en périphérie et d'en limiter l'application à une seule des différentes phases de l'accouchement. Lorsqu'on sait que c'est tout le processus de l'accouchement que peuvent conduire les sages femmes ou celles qui en font office.

En se référant aux discours de nos interlocuteurs, le recours à l'ocytocine pendant les périodes proscrites, est souvent justifié par le refus de référer les femmes selon les indications des normes.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4. 3 *Autour de la référence*

La stratégie SONU repose essentiellement sur la référence à travers la notion des trois retards qui empêcheraient les femmes d'accéder aux soins d'urgences. En mettant l'accent sur la référence, elle suppose qu'à chaque palier de la pyramide sanitaire, correspond un paquet d'activités à l'endroit des usagers. Aussi les agents des maternités, selon le niveau où ils se situent devraient fournir juste le nécessaire de soins permis et référer dès que les normes ne les autorisent plus à continuer les soins face au tableau que présente le cas. Lors d'enquêtes précédentes¹ nous avons pris connaissance avec les obstacles à la référence qui vont des plaintes des usagers concernant les références dites expéditives à but punitif aux plaintes des agents de santé sur les refus des usagers d'accepter les décisions de référence. Sans oublier aussi les nombreux problèmes liés aux transports et aux autres coûts de la référence.

Sur notre terrain d'étude actuel, nous nous intéressons aux décisions et pratiques des sages femmes périphériques en face des restrictions des normes SONU qui exigent une référence.

Selon certaines sages femmes, en suivant les normes, elles n'auront rien d'autre à faire que de référer tous les cas d'accouchement de la périphérie vers l'hôpital de référence. En témoignent ces extraits d'entretien :

« En suivant SONU, il ne nous reste plus beaucoup de choses à faire. C'est pourquoi nous même on choisit : si la fièvre n'est pas associé au travail, on gère nous même. Avant, on gérait la hauteur utérine élevée puis avec SONU on nous dit de référer à 40 cm mais nous ne respectons pas à tout moment. On essaie d'apprécier peut-être la femme a du paroi et ça marche» entretien du 7-09-07 une sage femme responsable de maternité.

Les agents de santé affirment que ces choix sont guidés par le souci de satisfaire les usagers en leur évitant les nombreux coûts qu'occasionne une référence. « On nous a juste appris les gestes d'urgence avant de référer. Mais si on réfère, c'est qu'on ne veut pas travailler pensent les usagers d'autres disent que tel agent est PAPANE¹ et on l'étiquette

¹ Il s'agit d'une première étude sur "Itinéraires et Vécus des femmes ayant bénéficié d'une Intervention obstétricale majeure à l'hôpital De Zone de Dassa" Coopération Suisse au Bénin décembre 2001 puis d'une série d'enquêtes réalisées dans le cadre du programme multidisciplinaire AQUASOU au niveau des centres périphériques de Cotonou et d'Abomey Calavi qui réfèrent vers l'HOMEL et la CUGO(septembre 2003 à février 2004 : LASDEL - CREDESA- IRSP- Coopération Belge) ; une série d'entretiens et d'observations dans le cadre professionnel lors des appuis de la Coopération Suisse au Bénin

¹ du nom de l'hôpital de référence qui accueille les référés

comme cela parce qu'il réfère beaucoup. » une Infirmière diplômée d'Etat entretien du 7-8-07.

Par contre certains agents affirment qu'ils respectent les normes et réfèrent la femme dès que les indications l'exigent. Ainsi au cours de la séance de restitution du monitoring du premier semestre 2007 le 10 août 2007, séance à laquelle nous avons pris part, certains représentants de la communauté ont fustigé l'attitude des sages femmes qui réfèrent à tout moment. En effet, les exposés ont montré que 3 des 7 maternités monitorées affichent des taux de référence allant de 20 à 35%. Un président de COGEC trouve qu'« en suivant les protocoles, vous allez perdre vos compétences » parlant des sages femmes. Il trouve également que « ces sages femmes se cachent derrière les protocoles sans aucune conscience professionnelle pour faire des références expéditives » et estime comme l'affirme cet infirmier, qu'

« En dehors des normes, nous pouvons mieux faire comme ce qu'on a appris à l'école pour pouvoir soulager les patientes de la référence qui est un problème pour elles. Il faut ajouter nos propres connaissances car tu vas référer et c'est quelqu'un qui a fait la même école que toi qui va finir par traiter la femme. Il faut se demander pourquoi je réfère ; est ce à cause des normes ou parce que le cas me dépasse ? Et si ce sont mes parents qui sont référés comme cela est ce bon ? » Restitution monitoring du 10-08-07

Une sage femme qui a un taux de référence peu élevé dans sa maternité, renchérit :

« SONU dit de référer si dans le tracé du partogramme², la phase de latence dure plus de 8 heures mais si toi qui est devant le cas tu trouves qu'en faisant ci ça peut marcher (...). Je jauge le cas. A cause de cela j'ai eu une vive discussion au CODIR avec mes supérieurs. Au fait tant que la sage femme est disponible, il ne doit pas y avoir beaucoup de cas référés. Le taux de référence élevé chez certaines collègues est dû au savoir faire de chacun. Quand tu réfères trop, au regard de la communauté c'est que tu ne connais rien. Au début je réfèrais aussi mais depuis que j'ai pris les choses en main, la fréquentation qui avait baissé a augmenté et les références ont diminuées » entretien du 07-08-07

Autres stratégies utilisés par les sages femmes pour empêcher ou retarder la référence tout en se mettant à l'abri de quelconque représailles en cas de problèmes, consistent en deux procédés qui se trouvent détaillé dans les extraits d'entretiens suivants

² Lorsqu'on sait l'usage qui est fait des partogrammes outil d'aide à la décision, dans les maternités. Très peu servent à cette fonction car ils sont tracés après l'accouchement juste pour la cause des supervisions.

« L'un des constats, c'est l'écart entre l'heure d'arrivée et l'heure du traitement définitif. Avec SONU, c'est au plus 15 minutes pour le traitement initial et 2 heures pour le traitement définitif sinon on réfère. Donc les sages femmes jouent avec ça pour ne pas référer et se mettre à l'abri. Ainsi si après un premier traitement il n'y a pas de résultat dans les 2 heures qui suivent, elles inscrivent une autre heure d'arrivée et un autre traitement. » Entretien du 9-8-07 une sage femme responsable au niveau de la zone sanitaire de Tchaourou

« En périphérie, par exemple pour rester dans les normes, nous appelons l'ambulance et on profite du temps de trajet de l'ambulance pour mettre les soins en retardant l'évacuation et souvent on arrive à sauver la femme et l'ambulance retourne bredouille » une sage femme à la séance de restitution du monitoring du premier semestre 2007 le 10-08-07

Cependant, les sages femmes justifient le non respect strict des normes par la crainte des jugements émis par les usagers mais aussi au regard de la frustration qui découle de l'incapacité d'achever un accouchement entamé. Ainsi :

« En tant que sage femme tu surveilles la grossesse et le travail puis c'est une autre sage femme comme toi qui va procéder à l'accouchement et à la délivrance. C'est pourquoi c'est frustrant de référer. Tu fais le gros lot du travail et une personne vient simplement dégager. Devant la population, c'est celui qui sort l'enfant qui a fait l'accouchement » entretien du 8-8-07

Par contre de l'avis d'un responsable médico administratif de la zone, « les sages femmes doivent référer car nous n'avons pas obligation de résultats mais plutôt de moyens. Elle a à faire ce qu'on doit faire. S'il faut référer et tu ne réfères pas, c'est là qu'on va t'attaquer » entretien du 09-08-07

C'est pour dire que la sage femme n'est pas notée sur la base de l'issue favorable de l'accouchement mais plutôt au regard des procédés dont elle a recours pour exercer. Est ce des procédés en rapport avec les normes ? Même si l'application stricte de ces normes ne rencontre pas toujours l'agrément des utilisateurs.

4.4 Les différentes positions des usagers face à l'introduction des SONU

Les usagers qui ont fait l'objet d'entretiens au cours de nos investigations, ne connaissent pas le concept SONU et n'en ont jamais entendu parlé. Aussi avons nous travaillé en tenant compte de cadres temporels. Les usagers évoquent "la période d'avant" et "la période actuelle" qui remonte à 2 ans. Des entretiens que nous avons eu avec ces utilisatrices des maternités, trois catégories de pratiques professionnelles découlent de la mise en œuvre des SONU qui cadre avec "la période actuelle" . Ces pratiques posent problèmes à leur niveau et les limitent dans l'accès aux services. Il s'agit de la fréquence des décisions de référence, des actes de Révision Utérine et de la prescription systématique de molécules et consommables médicaux. Seule la fréquence élevée de la décision de référer, concerne quelques maternités plus précisément celles de Kika et de Tchaourou. Quant aux deux autres pratiques, elles sont communes à toutes les maternités prises en compte par l'étude.

4.4.1 la référence

Dans deux des maternités où la référence est en hausse, les statistiques ont montré une baisse de la fréquentation. Il s'agit des maternités de Kika et de Tchaourou. Ainsi selon un infirmier à la maternité de Kika, les accouchements sont passés de 16-20 à 6 voire 4 par mois. Néanmoins les femmes de cette maternité viennent faire les Consultations prénatales à la maternité et accouchent dans le cabinet privé d'à côté mais parfois chez l'aide soignante de la maternité publique. Dans ce cadre précis, l'aide soignante, agent de santé public, devient pour la circonstance à domicile, agent de santé privé. Les restrictions n'existent plus alors et les interactions avec les usagers ne sont plus les mêmes que celles qui ont cours dans le centre de santé publique. Centre de santé publique dont la responsable maternité fait partie de celles qui font une application stricte des normes SONU.

Les usagers expliquent : « dès qu'un petit problème surgit, on te dit d'aller à Parakou en ville à plus de 20 km ». En se référant à un cas récent, l'infirmier raconte :

« La dernière fois l'échographie a révélé une grossesse gémellaire avec présentation de siège et la responsable de la maternité a dit à la femme de ne pas venir au centre si le travail commence mais d'aller directement à l'hôpital de référence. En face de cette interdiction de venir à la maternité du village, la dame a accouché à la maison et la sage femme a dit que c'est à cause des protocoles SONU » propos recueillis lors de la restitution du monitoring du 10-08-07

Notons qu'au cours des investigations, une accouchée à la maternité du Centre de Santé de Tchaourou explique :

"Pour cet accouchement, j'avais été référée et j'ai refusé. Ils ont dit que c'est à mes risques et périls et j'ai dit oui. Ils ont alors prescrit un produit qu'ils m'ont administré et quelques minutes après j'ai accouché. Il y a des sages femmes qui te donnent du courage pour supporter la douleur» entretien usagers du 07-08-07

Une accompagnante évoquant la fréquence des références, ajoute : « les agents du centre de Tchaourou ne veulent plus aider, elles ne sont plus audacieuse comme avant ».

Au niveau de ce centre, aussi bien les usagers que le personnel de l'hôpital de référence s'accordent pour reconnaître qu'il y a un abus des décisions de référence même au delà des prescriptions SONU.

Selon l'une des sages femmes qui reçoivent les cas référés à l'hôpital de zone,

« il arrive qu'on reçoive des cas de Tchaourou où aucun diagnostic n'est posé. Par exemple un monsieur m'a dit que dès que la sage femme a su que sa femme attendait des jumeaux, elle les a référés vers l'hôpital. Il faut savoir ce qu'on met dans les SONU » propos lors de la restitution du monitoring du 10-08-07

Les agents de ces maternités apostrophées, justifient leurs actes par le fait que tous les services qui interviennent dans la prise en charge correcte des femmes ne sont pas disponibles en même temps. Mais aussi parce que les normes affirment de ne pas recevoir plus de 5 femmes par jour si on veut faire de la qualité. Il est à noter cependant que ce ne sont pas seulement les nouvelles normes qui gouvernent toutes les pratiques des agents de santé.

4.4.2 *La Révision Utérine (RU)*

« Avant il n'y avait pas autant de révision utérine. Avec mes deux derniers accouchements elles me l'ont fait or c'est très douloureux. Ma sœur qui vient d'accoucher a refusé et la sage femme a dit que c'est obligatoire pour éviter les hémorragies ». Entretien du 07-08-07. Ainsi parlait une de nos interlocutrices, accompagnante dans une maternité.

C'est le caractère douloureux de cet acte qui fait qu'elle a retenu particulièrement l'attention des usagers. Pour celles qui ont eu droit à cet acte, « on ressent des douleurs comme une grande plaie dans le ventre ». Même les agents de santé reconnaissent son

caractère douloureux « c'est vrai que c'est très douloureux mais c'est pour les sauver. » une aide soignante entretien du 20-08-07

Au fait la Révision utérine est un acte qui se pratiquait dans les maternités bien avant l'avènement des normes SONU. Mais avec ces dernières, les indications pour la pratiquer sont revues à la hausse dans le but de prévenir les hémorragies. Ainsi selon une sage femme, « si il y a plus de RU c'est parce qu'on fait beaucoup plus attention et les indications pour le faire ont augmenté.» entretien du 8-8-07

De façon plus précise, les normes SONU selon une Infirmière responsable d'une maternité,

« exigent l'examen systématique du placenta. Dès que le placenta ne sort pas en intégralité même si la femme ne saigne pas, on fait la RU. De même si il y a intégrité du placenta et la femme saigne, on fait RU. C'est pourquoi la fréquence de ce geste est élevé» entretien du 10-08-07

Cependant, la non disponibilité de certains instruments sont également à la base de la fréquence de cet acte en périphérie car

« Avant de faire la RU, il faut l'examen sous valve pour vérifier si ce n'est pas le col qui saigne mais n'ayant pas les instruments en périphérie pour le faire, les agents vont directement à la RU ce qui fait croire qu'on en fait trop.» une sage femme de l'Hôpital de Zone entretien du 9-8-07

4.4.3 Les prescriptions de consommables médicaux

Les normes SONU dans leurs mises en œuvre, ont entraîné l'utilisation accrue d'un certain nombre de consommables médicaux dont le coût repose sur les usagers. Il s'agit des gants, de l'ocytocine, du cathéter, des solutés et du perfuseur. De façon systématique pour tout accouchement, ces produits et consommables sont prescrits aux femmes dans un but curatif mais le plus souvent préventif. Ainsi l'exigence de la prise d'un abord veineux systématique pour la femme en travail, exige la prescription du cathéter. De même l'importance donnée à la surveillance occasionne l'emploi de plusieurs gants à usage unique. En effet « La surveillance est plus accrue et chaque heure il faut le toucher donc changer de gant à chaque étape » une infirmière, entretien du 10-08-07.

Ce sont surtout les prescriptions des gants qui suscitent les réactions des usagers. En témoignent les extraits d'entretiens suivants :

« une fois j'ai acheté 18 paires de gants et pourtant la sage femme n'a pas pu me faire accoucher et m'a référée à Papané où j'ai encore acheté d'autres gants. Ils font du gaspillage, parfois, ils portent plusieurs gants à la fois » un usager à la maternité de Tchaourou entretien du 07-08-07.

« on achète pour chaque CPN trois paires de gants ce qui fait 300 F en plus de 350F pour la consultation ou 450F lorsque c'est la première fois. C'est après qu'il y a les médicaments qui font en moyenne 2000 F si tu n'est pas malade.» un usager du CS de Tchaourou entretien du 12-08-07.

Ces versions sont approuvées par les agents de santé eux même qui trouvent que pour les usagers, SONU a occasionné l'usage de beaucoup de consommables « les gants, l'abord veineux, tout ça revient cher aux usagers ». Entretien du 09-08-07

Au cours d'un entretien, une sage femme affirme :

« Moi par exemple je prescris plus parce que je double mes gants et à chaque fois j'enlève pour écrire ce que j'ai remarqué car je ne confie pas aux aides soignantes et je fais cela au moins chaque heure. L'utilisation des gants dépend de la durée du travail d'accouchement. Avec 10 heures de travail, plus la surveillance post partum, ça fait au moins 20 paires de gants pour les sages femmes qui les doublent. » Une sage femme de l'hôpital de zone entretien du 9-8-07

Eu égard à ce
voulant soulager les
le processus d'offre

Chapitre 5 : Les transformations induites par la politique SONU et le jeu des acteurs

U en
ersé

5.1 *Vers une surmédicalisation ?*

En se référant aux pratiques des professionnels autour de l'accouchement, Buekens avait attiré l'attention sur "la surmédicalisation des soins aux mères dans les pays en voie de développement". Pour cet auteur, « la pratique de la césarienne, de l'épisiotomie et l'utilisation de l'ocytocine durant l'accouchement sont en nette progression dans les pays en voie de développement. Si il n'y a pas d'indication d'une augmentation des taux de césarienne en Afrique, les chiffres sont déjà supérieurs à 5 % dans beaucoup de régions urbaines » (Buekens 2001). Cependant une étude de la représentation de l'OMS au Bénin à estimé en 2006 le taux de césarienne rapporté à la population du département de l'Atlantique et du Littoral, à 12% . Les normes fixent le taux normal pour couvrir les urgences obstétricales à au moins 5% et au plus 15%. (Bulletin trimestriel de la représentation de l'OMS au Bénin, 2006).

Sur notre site d'investigation, les statistiques donnent à l'hôpital de zone, un taux de césarienne de 11% en 2004 et 8 % en 2005 (rapport césarienne effectuée à l'hôpital sur l'ensemble des accouchements de la zone).

Parlant de l'épisiotomie acte autorisé en périphérie, n'ayant pas assez de données dessus, nous ne pouvons pas qualifier la pratique qui en résulte même si Buekens¹ parle de 87,4% de son application chez les primipares au Nigeria avec toutes les conséquences qui en découlent.

Ce qui nous intéresse surtout, c'est l'analyse sur l'usage de l'ocytocine. L'utilisation des ocytociques fait partie de l'ensemble des soins obstétricaux d'urgence de base recommandés par les organismes internationaux. (Donnay cité par Buekens 2001)

Au cours des descriptions antérieures, nous avons évoqué la disponibilité de l'ocytocine dans les maternités périphériques et les différents usages afférents. Ces usages sont motivés d'une part par les prescriptions de la politique SONU, mais aussi par les normes qui relèvent de "cultures professionnelles locales et privatisées". L'on ne saurait donc affirmer de façon catégorique que c'est seulement avec l'avènement des SONU que ces pratiques autour de l'accouchement ont vu le jour. Mais l'on peut avancer que loin de réduire

¹ Idem

ces pratiques (l'utilisation de l'ocytocine), ces normes les ont exacerbées tout en les rendant quelque peu officielles.¹

Ainsi l'utilisation de cette molécule, au lieu d'être réservée uniquement dans des cas où le risque est grand, est passée dans la routine. Mieux, elle est passée de la clandestinité au grand jour. A plusieurs reprises, nous avons entendu des sages femmes et même des aides soignantes, banaliser son emploi « Si l'utérus est vide on peut donner ce qu'on veut d'ocytocine. Dès que l'enfant est déjà sorti on peut mettre ce qu'on veut pour réussir la délivrance » une sage femme, entretien du 9-8-07. De même « Après la RU, si l'utérus ne se rétracte pas, on remet l'ocytocine » une sage femme, entretien du 8-8-07

Selon un responsable du MSP, les agents de santé ne mesurent plus les conséquences que peuvent entraîner de tels abus sur les femmes car :

« Au fait la mort ne suit pas tous nos gestes. Il y a aussi les séquelles qui comptent 30 fois plus. C'est à dire que pour un décès maternel, on a 30 femmes qui ont des séquelles à traîner toute leur vie et qui augmentent le risque de décès maternel pour des grossesses ultérieures. Il faut donc multiplier le Ratio de mortalité maternelle par 30. » Entretien du 12-11-07

il continue en ces termes :

« l'ocytocine utilisée en amont c'est à dire pendant le travail d'accouchement, par voie veineuse va directement dans le sang, entraîne plus d'hémorragie chez la femme car après cette administration continue d'ocytocine, l'utérus se relâche et c'est cela qui entraîne les hémorragies. » entretien du 12-11-07

Ce discours rejoint celui de Buekens qui affirme que la fréquence avec laquelle l'ocytocine doit être utilisée au cours des périodes d'effacement, de dilatation et d'expulsion, est un sujet plus controversé(...) L'administration d'une dose excessive d'ocytocine peut causer une hyper stimulation et même une hypertonie utérine (Dujardin et al. Cité par Buekens, 2001)

Quant à son utilisation au cours de la troisième phase, même si elle présente des risques moindres, elle n'est pas toujours recommandée. Une revue systématique de quatre études comparant l'attitude active (y compris l'injection d'ocytociques) à l'expectative au moment de la délivrance, a montré que la gestion active de la délivrance en routine était supérieure à l'expectative, en termes de pertes de sang, d'hémorragie du post-partum,

¹ Il serait souhaitable d'investiguer dans des stratégies visant la réduction de ces pratiques autour de l'accouchement.

d'hémorragies sévères du post-partum, de besoin de transfusion sanguine au cours du puerpérium, et d'anémie du post-partum (Prendiville et al. cité par Buekens 2001).

Au Bénin également de pareils constats se font aussi. En réalité, « la GATPA soulage la sage femme mais c'est une fausse assurance car elle croît éviter systématiquement les hémorragies. Mais au fait elle évite seulement 60 % des hémorragies du post partum. Et les 40% restant ? Il faut donc surveiller. » Un médecin de santé publique, entretien du 12-11-07

Déjà certains de nos interlocuteurs sur le terrain, en ont fait l'expérience : « quand la GATPA échoue, c'est des complications graves comme l'hémorragie qu'on arrive pas à gérer » une responsable de maternité périphérique, entretien du 11-08-07.¹

Les sages femmes, n'ayant pas eu au cours des formations, des informations sur les limites des normes dans la résolution ou la prévention des complications, elles y placent toute leur confiance. En témoignent ces utilisations à tout vent. Mais pour certains responsables, ces sages femmes se réfugient plutôt derrière les normes pour camoufler leur incompétence.

¹ Voir infra sous titre 3.2 où nous avons parlé de l'évaluation de cette technique au niveau national qui a montré que seulement 22% des GATPA réalisées sont bien faites.

5.2 L'exigence de la qualité avec des ressources limitées

5.2.1 Des ressources humaines

Au cœur des normes SONU se retrouve le souci d'offrir aux femmes, des soins de qualité. Pour ce faire, l'accent est mis sur la qualification des agents² qui doivent fournir les soins. Cependant, l'étiquette "professionnelle seule ne peut suffire à décrire la capacité technique ou la compétence, et que nous ne devons pas considérer seulement la réduction du risque mais aussi l'augmentation du risque de mort maternelle en présence d'un personnel "professionnel" non qualifié (Gray 1997 cité par Graham et al. 2001). Aussi est-il exigé que ça soit la sage femme ou l'infirmière tenant lieu qui fournisse les soins aux femmes. Les aides soignantes ne devant jouer que des rôles secondaires.

Pour plusieurs raisons (que cette étude n'a pas pris en compte), ce n'est pas toujours ce que nous avons observé dans les maternités de notre site de recherche. Il nous est arrivé d'observer un aide soignant prendre seul la garde. Cet aide affirme : « moi je ne suis formé ni en GATPA ni en SONU mais je fais ce que je peux car je reste de garde seul » aide soignant de Sanson entretien du 11-08-07

Pour les responsables de maternités, ce sont des contraintes surtout lors des

« CPN où on dit que c'est la sage femme qui doit tout faire même prendre la tension et que va faire l'aide soignante ? Moi j'ai formé mon aide à prendre la tension. Le tout dépend de comment nous avons pris notre SONU » une sage femme, entretien du 8-8-07

Même de l'avis des responsables, ce n'est pas faisable vu l'effectif du personnel en service dans les maternités périphériques. Selon l'un d'eux,

« En périphérie, une sage femme ne peut pas rester 365j sur 365 donc l'aide fait des gestes de Sage femme par exemple beaucoup d'aides administrent l'ocytocine pour la GATPA » entretien du 9-8-07

En témoigne une aide soignante « je fais aussi les RU, la GATPA, l'abord veineux, la tension, » entretien du 11-08-07.

Dans le cadre toujours de la disponibilité, l'impossibilité d'assurer la présence permanente du seul agent qualifié de la maternité, entraîne également l'interruption de l'offre

² Même si nous pensons qu'il faut plutôt associer la compétence à la qualification, les deux n'allant pas toujours de paire. Il y a eu dans la littérature assez de controverses sur l'efficacité d'une assistance qualifiée dans la réduction des décès maternels. Cf. à cet effet, GRAHAM et al. 2001

de soins. Ainsi donc, « un seul gynécologue ou une seule sage femme ne peuvent assurer la permanence des soins 24 heures sur 24. Or c'est ce qui leur est souvent demandé dans les maternités périphériques (...) ceci entraîne la démotivation du personnel, l'abandon des structures de soins et des pratiques frauduleuses » (Prual 2004).

Toujours dans le même ordre d'idée concernant les ressources humaines, le même auteur peint ce tableau qui n'est pas loin des réalités de notre cadre d'étude : « Les rares personnels qualifiés, démotivés par des salaires très bas, des conditions de travail difficile, une absence de reconnaissance, des décisions arbitraires de la hiérarchie, fuient littéralement vers le secteur privé lucratif tout en restant officiellement dans la fonction publique où se font recruter par ces mêmes organismes qui se plaignent de l'insuffisance du personnel qualifié dans les maternités. Les maternités publiques sont désertées par les personnels qualifiés qui restent pourtant présent en théorie.¹ »

Les agents de santé en situation vont plus loin en ce qui concerne la disponibilité des soins. Pour eux, même en présence de l'agent de santé, il arrive que les femmes n'aient pas accès aux prescriptions SONU :

« Avec un seul agent, l'application des SOU à toutes les femmes est impossible. Si il y a deux femmes qui accouchent en même temps, il y a une qui ne peut pas bénéficier ni de GATPA ni d'une surveillance accrue. je laisse l'autre faire sa délivrance naturelle et si il y a problème, je fais recours à la référence. Avant l'accouchement il faut une surveillance toutes les heures et après la délivrance, toutes les 15 minutes, il faut prendre la température, la tension artérielle, vérifier la couche et ce durant 6 heures. Aussi une femme sera délaissée au profit de l'autre. Même avec une seule femme qui accouche, on ne peut surveiller à la lettre. Il faut du personnel pour appliquer cette politique. » Un aide soignant et une infirmière, entretien de groupe du 11-08-07

La permanence des soins exige également la disponibilité des services aussi pour une sage femme de la maternité de Tchaourou, « Si parfois on dit aux femmes de partir à PAPANE, c'est parce que tous les services ne sont pas disponibles en même temps. Comment faire albuminurie à minuit ? » Entretien du 10-08-07

5.2.2 Des ressources matérielles

¹Idem.

Concernant la part des organismes d'appui à l'absentéisme dans les formations sanitaires, on peut citer également les nombreuses invitations à des séminaires, ateliers et formations dont l'efficacité reste à démontrer.

On ne saurait parler de l'application des normes sans s'intéresser à l'environnement matériel dans lequel évoluent les acteurs. Dans la zone sanitaire de Tchaourou, les ressources sont limitées aussi bien au niveau des maternités qu'au sein des usagers. Les ressources limitées des maternités ainsi que le faible pouvoir d'achat des populations entraînent des accommodations qui réduisent la qualité des soins. Par exemple, « SONU dit d'utiliser les gants stériles pour les soins, l'accouchement et la RU mais faute de moyen en périphérie, on utilise les gants propres » entretien du 16-8-07. Il arrive également des ruptures de molécules dont l'ocytocine. Ainsi « en 2006, il y a eu rupture d'ocytocine pendant 7 mois et on se débrouillait avec les spécialités des officines privées ce qui revenait plus cher aux usagers » une infirmière, entretien du 18-08-07.

L'insuffisance de ressources fait que l'application des normes n'est pas également réparties dans les maternités. Ainsi selon un responsable médico administratif, « trois maternités n'ont pas de frigo pour garder l'ocytocine donc n'appliquent pas officiellement GATPA » entretien du 9-8-07. Mais de par nos observations, nous avons constaté l'utilisation de l'ocytocine dans l'une de ces maternités.

L'un des éléments qui expriment la limitation des ressources, est la référence vers l'hôpital. Comme nous l'avons dit plus haut, toutes les maternités de la zone de par la distance qui les sépare de l'hôpital de PAPANE, n'y réfèrent pas leurs cas. Ainsi malgré la gratuité des évacuations instaurée en 2005, tous les cas n'y ont pas accès.

5. 3 Les coûts supportés par les usagers

Au cours des entretiens, tous nos interlocuteurs notamment les usagers, ont déploré l'augmentation du coût des services et soins liés au suivi de la grossesse et à l'accouchement depuis l'avènement des SONU. Si il faut désormais acheter « gants, sérum, cathéter, perfuseur, ocytocine et autres », il faut remarquer aussi qu' « avant, les gants n'étaient pas à usage unique ».

Selon une sage femme en périphérie,

« tout produit engendré par les urgences sont systématiques et avec SONU les coûts augmentent, les consultations coûtent plus chères, pour faire un accouchement maintenant, c'est entre 4000 et 7000 f, l'abord veineux revient à 1500f et les gants à raison d'une moyenne de 10 par femme font 1000 f », entretien du 7-8-07

Les usagers quant à eux, révisent ce prix à la hausse : « l'accouchement avec les médicaments varient entre 9500F et 15000F or avant c'était 5000F » un groupe d'usagers, entretien du 11-08-07.

Certes, ces choix obéissent à un souci de la qualité. Mais on ne saurait atteindre la qualité sans y impliquer les attentes des usagers. Toute norme doit associer efficacité clinique et satisfaction du client.

Dans le domaine de la santé reproductive, la qualité signifie « offrir toute une gamme de services sûrs et efficaces qui répondent aux attentes et préférences des clients » (Kols et Sherman, 1998 cité par Beninguisse & al., 2005).

Face à ce dilemme coût qualité, certains agents de santé préfèrent sacrifier les normes pour garder leur clientèle. A cet effet, une responsable de maternité périphérique déclare :

« L'une des difficultés de SONU, c'est le pouvoir d'achat du paysan. Si en tant qu'agent de santé tu veux appliquer à la lettre les protocoles, ton prix sera élevé et ce sont les cabinets privés qui vont drainer tes patients. La première CPN seule coûte déjà 1500F. Même le prix de la mutuelle a été légèrement augmenté à cause des SONU » entretien du 11-08-07

Mais de l'avis d'une aide soignante, « le coût dont parle les usagers, c'est surtout la référence et les gants » entretien du 11-08-07

Si pour les gants, il s'agit juste d'un coût économique, pour la référence, les coûts sont multiples. Ils vont du socioculturel à l'économique en passant par le psychologique.

Du point de vue socioculturel évoqué par certains auteurs, la référence est perçue comme un malheur, une malédiction voire l'incapacité pour la femme d'accomplir normalement sa fonction reproductive qui est une conjugaison harmonieuse du naturel (c'est-à-dire du « proprement physiologique ») et du spirituel, (Beninguise, 2003 ;Lallemand, 1991 ; Erny, 1988, cité par Beninguise et al., 2005.)

Aussi lorsqu'il s'avère qu'un agent de santé fait le diagnostic d'une évacuation, c'est qu'il annonce un pronostic sombre, un mauvais présage pour l'enfant et la mère. C'est pourquoi les usagers préfèrent les centres de santé où les décisions de référence ne sont pas fréquentes, afin de ne pas subir un étiquetage voire une stigmatisation de la part de l'entourage. De plus, la référence vers l'hôpital est synonyme d'un accouchement par césarienne. Or « dans beaucoup de cultures, la césarienne est considérée comme un échec de la reproduction¹. Il y a beaucoup de risques que ces femmes ne reviennent plus pour un accouchement institutionnalisé (qui risque de devoir se faire par voie haute) et accouchent à domicile, avec un risque augmenté de rupture utérine » (Bergström 2001).

Les traumatismes psychologiques émanant d'une référence sont incalculables et ont des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant. La peur de l'inconnu, l'angoisse, le sentiment de culpabilité, sont des états qui rongent les femmes et la famille à l'annonce d'une référence.

Le coût économique de la référence concerne non seulement le transport mais surtout le séjour à l'hôpital de référence loin des activités économiques quotidiennes. Ces séjours reviennent chers sur le plan médical, alimentaire, etc. Souvent la femme et sa famille ont eu à faire face déjà à des dépenses pour des soins au premier niveau.

Tous ces éléments doivent être pris en compte par les prestataires afin d'encourager et de garantir la fréquentation des maternités c'est à dire le recours aux soins obstétricaux.

¹ Cette conception se vérifie au Bénin par la publicité de certains guérisseurs dans les médias à propos de remèdes anti césariennes pour les femmes enceintes. Cependant, tout usage du terme "culture" ne doit jamais oublier qu'on a affaire à des dynamiques permanentes de transformation des représentations et des normes c'est à dire de tout ce qui donne un sens concret au terme de "culture" (Sardan,1995) Cf. Infra chap. Méthodologie.

Conclusion Générale

Tout au début de la conception de cette étude, nous avons voulu étudier uniquement les logiques et stratégies des acteurs. Mais tout au long des recherches, nous avons constaté que les logiques et stratégies des acteurs font appel à des pratiques spécifiques sur le terrain. De même ces pratiques prennent sens dans un contexte donné, un environnement (humain et physique) qui les favorise. Au cours de l'analyse des données, bien que nous ayons mis l'accent sur les stratégies et les pratiques des acteurs, nous avons débouché sur les conséquences éventuelles de certains abus aussi bien sur les usagers et le système de santé que sur les normes elles mêmes. Mais avant, nous nous sommes intéressée à cette politique au plan national et comment son transfert est fait au niveau local.

L'application des normes SONU dans la zone sanitaire de Tchaourou, révèle les tendances suivantes :

Les normes officielles des SONU contenues dans les documents sont réinterprétées c'est à dire mise en œuvre sur le terrain à la lumière des logiques et des stratégies propres aux acteurs. Les pratiques qui en découlent varient selon l'acteur en présence et l'objectif visé. Ainsi les uns préfèrent satisfaire les usagers au détriment du respect des normes ; tantôt à juste titre, tantôt avec des abus. D'autres par contre, appliquant avec zèle les normes avec les encouragements des supérieurs, sapent les attentes des usagers et occasionnent également des dérives.

L'un dans l'autre, quelle que soit la logique ou le choix qui guide les professionnels des maternités, l'application des préceptes SONU affecte les interactions entre agents de santé et usagers et engendre des "effets pervers".

L'autre constat qui découle de notre analyse est que l'offre de soins SONU se fait dans un environnement incompatible avec ses principes directeurs mais aussi contre les attentes des usagers. Douleur, surmédicalisation, coût social, coût psychologique, coût économique sont le lot des usagers avec les applications qui en sont faites. Au fait, les SONU malgré leur rapport aux cas urgents, sont passés dans la routine. Les SONU sont plutôt administrés de façon systématique à toutes les femmes en périphérie d'où les dangers de la surmédicalisation.

Une hypothèse non prévue mais qui se retrouve vérifiée, est que les normes en elles mêmes portent des germes d'échec de la stratégie en ce sens que dans la conception¹, nous sommes en face d'une politique qui facilite la circulation de produits à usage délicat et comptant aussi sur la référence à temps vers l'hôpital dans un contexte où la dégradation des conditions élémentaires de vie, les coûts d'une prise en charge hors du lieu de résidence, l'association référence et incompétence de l'agent de santé, intériorisée par les usagers, sont autant de facteurs bloquant l'expression des normes SONU. Une attention particulière doit être accordée à la référence en tant qu'élément majeur des soins obstétricaux d'urgences de base, afin qu'elle ne demeure pas un fardeau, un frein à la politique des SONU au point de nous faire conclure que "c'est la référence qui tue la stratégie de la référence".

Autre élément d'attention est l'usage de l'ocytocine autour duquel aussi bien les normes que les professionnels ne s'accordent clairement.

L'augmentation des coûts que les nouvelles normes ont engendré, limite l'accessibilité des femmes. L'accessibilité financière devient un enjeu majeur aussi bien pour les usagers que pour les agents de santé car « pour assurer les coûts de fonctionnement des maternités, chaque équipe essaie de trouver des solutions, bien souvent en dehors de tout contrôle et de toute transparence ce qui laisse libre cours au débordement » (Prual, 2004 op cit).

Au total, plusieurs goulots d'étranglement côtoient au quotidien la mise en œuvre des SONU dans la zone sanitaire de Tchaourou : ressources humaines peu qualifiées et peu compétentes, ressources matérielles insuffisantes, problèmes économiques limitant l'accessibilité financière, les comportements stratégiques des agents de santé et des usagers, le caractère peu réaliste de certaines directives des SONU, etc.

Admettons enfin que trop de références mettent en cause l'efficacité du niveau Centre de Santé d'Arrondissement (CSA). Aussi ne serait il pas bien de promouvoir les interventions d'efficacité avérée mais aussi de renforcer ce niveau des soins plus accessible aux populations ?

¹ Faite in muro dans un contexte international

Références bibliographiques

1. Ayié, Bulletin trimestriel de la représentation de l'OMS au Bénin, n°31 2^{ème} trimestre 2006 PP 24-33
2. Beninguisse, G. et al. 2005 "L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique" in African Population Studies, Supplement B to vol 19, PP 244-266
3. Bergström, S. 2001, "Des technologies obstétricales appropriées pour la gestion des complications maternelles" in Studies in Health Services Organisation Policy, 18, 2001, PP 181-201
4. Buekens, P. 2001, "La sur-médicalisation des soins aux mères dans les pays en développement" in Studies in Health Services Organisation Policy, 18, 2001, PP 203-215
5. Boudon R, La logique du social, Paris, Hachette, 1979
6. Coopération Suisse au Bénin, 2002: "Systèmes de référence contre-référence et politique de santé" Rapport d'étude
7. Crozier M., Friedberg E., L'Acteur et le système, Paris, Seuil, 1977
8. De Brouwere V, et al ; 1997: « La "Maternité sans Risque" dans les pays en développement: les leçons de l'histoire » in Studies in Health Services Organisation Policy, 6, 1997
9. De Brouwere, V, et Lerberghe W.V. ; 2001: Réduire les risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique; Studies in Health Services Organisation Policy, 18, 2001
10. Dujardin, B ; Février 1993: Une Approche Globale pour Améliorer La Santé Maternelle: Thèse d'Agrégation, Université libre de Bruxelles
11. Graham, W.J. et Al. 2001 "L'assistance qualifiée à la naissance peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement ?" in Studies in Health Services Organisation Policy, 18, 2001, PP 106-139
12. Hill K. et al, 2001 : mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement : guide pour les utilisateurs potentiels
13. Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. 2003, Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris : Karthala, 462 pages.

14. Lallement, M. 2000, Histoire des idées sociologiques de Parsons aux contemporains, Paris, Nathan, 2000, 2^{ème} édition, 240 pages
15. May Post, 2007, « Prévenir la Mortalité Maternelle par le biais des Soins Obstétricaux d'Urgence » documents de synthèse du projet SARA, avril 2007
16. Mongazi, I.P, 2000: Contribution à l'étude des besoins obstétricaux non couverts pour les Interventions obstétricales majeures dans les départements de l'Ouémé-Plateaux ;thèse de Doctorat en médecine; UAC/FSS
17. MSP, octobre 2002 : Guide De Formation En Soins Obstétricaux Et Néonataux D'urgence (SONU)
18. MSP/DSF, mars 2006 : Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin
- 19 Olivier de Sardan, J.P et Bierschenk, T, 1994, "La Méthode ECRIS" in Bulletin de l'APAD n°7
20. Olivier de Sardan, J.P.,1995, Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social, Paris, Karthala
21. Olivier de Sardan J.-P et al,1999 : "L'accouchement c'est la guerre : de quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien" in Bulletin de l'APAD n° 17 juin 1999
22. Olivier de Sardan, J.P., 2001 La sage femme et le douanier : cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest, Autrepart, 20 : pp 61-73
23. Prual, A. 2004. "La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique" in Médecine tropicale, 2004 volume 64, n°6, PP 569-575
24. Starrs, A, et Hoope-Bender,PT, 2004 "Mourir pour la vie" in Countdown 2015 : édition spéciale Bulletin de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)
25. UNFPA: Etat de la population mondiale 2004: santé maternelle, accédé le 30 mars 2007 in site électronique <http://www.unfpa.org/swp/2004/français>
26. Zoungara C.M. et Paré A., 1999 "La mortalité maternelle au Burkina Faso : état des connaissances sur le sujet" in Santé de la mère et de l'enfant (exemples africains), Paris, IRD Editions, 1999, pp 82-107

Table des matières

Première partie : Cadre Général et méthodologique

Chapitre 1 : Cadre Général.....	2
1.1 Introduction générale : contexte de l'étude	1
1.2 Problématique	3
1.3 Objectifs de l'étude.....	8
1.4 Hypothèses.....	9
1.5 Clarification conceptuelle.....	10
1.6 Revue critique de la littérature.....	13
1.7 Modèle théorique	18
Chapitre 2 : Cadre méthodologique	19
2.1 Cadre géographique de l'étude.....	20
2.2. La démarche méthodologique	23
2.2.1 La documentation.....	22
2.2.2 Les entretiens et les observations.....	22
2.2.3 Le traitement des données.....	24

2ème partie : Description et analyse des données

Chapitre 3 : Politiques et stratégies de lutte contre les décès maternels au Bénin : choix nationaux ou directives internationales ?.....	26
3. 1 Les grandes étapes de la lutte contre la Mortalité maternelle au Bénin (théories et applications).....	27
3.2 L'avènement de la Stratégie SONU au Bénin.....	29
3.3. Une confusion dans les concepts et la mise en œuvre	32
Chapitre 4 : Le jeu des acteurs dans la mise en œuvre des SONU.....	32
4.1. De quelques restrictions induites par les normes et les logiques afférentes.....	35

4.2 <i>Durant le processus d'accouchement</i>	38
4.3 <i>Autour de la référence</i>	41
4.4 <i>Les différentes positions des usagers face à l'introduction des SONU</i>	44
4.4.1 <i>la référence</i>	44
4.4.2 <i>La Révision Utérine (RU)</i>	45
4.4.3 <i>Les prescriptions de consommables médicaux</i>	46
Chapitre 5 : <i>Les transformations induites par la politique SONU et le jeu des acteurs</i>	46
5.1 <i>Vers une surmédicalisation ?</i>	48
5.2 <i>L'exigence de la qualité avec des ressources limitées</i>	51
5.2.1 <i>Des ressources humaines</i>	51
5.2.2 <i>Des ressources matérielles</i>	52
5.3 <i>Les coûts supportés par les usagers</i>	54
Conclusion Générale.....	56
Références bibliographiques.....	58
Table des matières.....	60

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Annexes

Guides d'entretien ou indicateurs de recherches

Guide à l'endroit du personnel de santé

1. Historique de l'avènement des SONU et dérivés dans la zone
2. La prise en charge des urgences obstétricales avant les SONU
3. La formation du personnel sur les SONU et dérivés
4. Eléments nouveaux induits dans la théorie et la pratique depuis l'introduction de la politique des SONU
5. Les restrictions induites
6. Les difficultés rencontrées
7. Appréciation des normes SONU en rapport au contexte
8. Postures, pratiques réelles suites aux formations SONU de la prise en charge des urgences obstétricales
9. Arguments, raisons qui soutendent ces postures, ces pratiques

Guide à l'endroit des usagers des maternités

1. Appréciation des soins d'urgences obstétricaux (reçus ou en tant que témoins, souvenirs)
2. Changements intervenus au niveau de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence depuis 2003 à nos jours
3. Appréciation du personnel de santé et de l'environnement sanitaire depuis 2003 à nos jours
4. Comportements adoptés (riposte) face aux innovations dans la prise en charge des urgences obstétricales

Guide à l'endroit des acteurs du MSP et les partenaires au développement

1. Historique du choix de la politique SONU au Bénin
2. Gestion et coordination sur le plan national (acteurs, moyens)
3. Relation MSP et Partenaires au développement
4. liens politiques adoptées et pratiques réelles sur le terrain