HAL open science

La biomédicalisation de la grossesse au Bénin s'accompagne-t-elle d'un processus de marchandisation ?

Carine Baxerres, Marc Egrot, Sylvie Duquenois, Emmanuel N'koué Sambiéni, Jean-Yves Le Hesran

To cite this version:

Carine Baxerres, Marc Egrot, Sylvie Duquenois, Emmanuel N'koué Sambiéni, Jean-Yves Le Hesran. La biomédicalisation de la grossesse au Bénin s'accompagne-t-elle d'un processus de marchandisation ?. Claudie Haxaire; Baptiste Moutaud; Cyril Farnarier. L'innovation en santé : technologies, organisations, changements, Presses universitaires de Rennes, pp.171-188, 2018, Le Sens social, 978-2-7535-6633-0. hal-01932734

HAL Id: hal-01932734

https://amu.hal.science/hal-01932734

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

La biomédicalisation de la grossesse au Bénin s'accompagne-t-elle d'un processus de marchandisation ?

Carine Baxerres, Marc Egrot, Sylvie Duquenois, Emmanuel N'koué Sambiéni et Jean-Yves Le Hesran

La mortalité maternelle est un problème majeur de santé publique en Afrique Sub-saharienne. Son taux est parmi les plus élevés au monde, de 70 à 100 fois plus que dans les pays industrialisés (Hill *et al.*, 2007). Au Bénin, le rapport de mortalité maternelle atteint 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes[1]. Malgré l'inscription de la baisse de la mortalité maternelle dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement fixés par les Nations Unies et dont l'échéance était l'année 2015, les progrès ont été trop lents et les objectifs n'ont pas été atteints. La baisse de la mortalité maternelle y est globalement de moins de 1 % par an (Finlayson & Downe, 2013). Au Bénin, la mortalité maternelle a baissé de seulement environ 5 % sur les 10 dernières années (498 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1996 et 397 en 2006).

De nombreux experts, de santé publique (Campbell & Graham, 2006) comme d'anthropologie (Gruenais, 2002 ; Jaffré, 2009), mettent en avant que le problème de la mortalité maternelle se pose surtout au moment de l'accouchement, en situation d'urgence. Les principaux leviers de la lutte contre la mortalité maternelle sont ainsi la qualité de la prise en charge au moment de l'accouchement et la baisse de la fécondité. Un suivi biomédical efficace de la grossesse, outre la surveillance échographique du fœtus tant au niveau biométrique que morphologique et la prise en charge de la santé de la mère (prévention de certaines carences, anémie, diverses infections, etc.), apparait également bénéfique pour la prévention de certaines complications potentiellement très graves (hypertension, éclampsie) et l'utilisation des services de santé pour l'accouchement.

En somme, la biomédicalisation[2] durant la grossesse et au moment de l'accouchement, apparait nécessaire dans la lutte contre la mortalité maternelle. Ce processus a démarré dans la 1ère moitié du XXe siècle en Afrique Sub-saharienne, comme cela a été le cas dans les sociétés occidentales au XVIIIe siècle (De Brouwere, Tonglet & Van Lerberghe, 1997).

Néanmoins, force est de constater que la mortalité maternelle est aujourd'hui surtout un problème de pays du Sud. A l'échelle internationale, « 529 000 femmes meurent chaque année durant la grossesse, l'accouchement et dans les 40 jours qui suivent la naissance. Parmi ces femmes, 99,6 % vivent dans des pays du Sud et dans des contextes économiques et sociaux où l'accès aux soins est limité » (Hancart-Petitet, 2011). On peut ainsi se demander, suivant les contextes, quelle est la réalité de la biomédicalisation de la grossesse dans ces pays. D'après Pascale Hancart-Petitet (2011), les dernières statistiques laissent penser qu'en Afrique et en Asie du Sud et du Sud-est, une grande proportion des accouchements a toujours lieu à domicile avec l'aide des matrones. Certaines femmes ne se rendent pas aux consultations prénatales (CPN) ou 1 à 2 fois seulement au cours de la grossesse, alors que l'Organisation

---

[1] Voir l'Enquête Démographique et de Santé 2006, www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR197/FR197.pdf, consulté en avril 2014. Une nouvelle EDS a été conduite en 2011-12 au Bénin et il est stupéfiant de constater que le taux de mortalité maternelle n'y a pas été calculé.

[2] La biomédicalisation est entendue ici dans son acception habituellement en usage parmi les anthropologues de la santé, qui utilisent le terme « biomédical » pour qualifier la médecine basée sur les paradigmes scientifiques des sciences biologiques et la différencier ainsi des autres médecines. Les sociologues, moins confrontés à cet enjeu, ont donné très récemment un autre sens à ce terme. Pour plus de détails sur ce débat conceptuel, voir Desclaux et Egrot, 2015.

Mondiale de la Santé (OMS) recommandait au moment de notre étude 4 CPN[3], et quand elles se rendent aux CPN, ce n'est généralement pas durant le 1er trimestre de grossesse. A l'échelle de l'Afrique Sub-saharienne, seulement 44 % des femmes consultent au moins 4 fois au cours de leur grossesse, ce chiffre s'étant à peine amélioré au cours des vingt dernières années (Finlayson & Downe, 2013). Seules environ la moitié des parturientes accouchent dans une structure de santé (Spangler & Bloom, 2010). Ce qui est parfois présenté comme des « barrières culturelles » au suivi convenable de la grossesse est souvent mis en avant dans la littérature (croyances, traditions, honte, etc.).

D'un autre côté, Pascale Hancart-Petitet (2011) nous apprend que dans certains pays du Sud, des techniques biomédicales, telles que la césarienne, n'ont cessé d'augmenter depuis les années 1970. Au Sénégal, par exemple, dans certains hôpitaux, le taux de césariennes est supérieur à 50 % des accouchements réalisés, sachant que ce chiffre n'est pas directement lié à la politique de subventions des césariennes instituées en 2006 dans le pays (Mbaye *et al.*, 2011). Ces constats interrogent quant à une éventuelle *marchandisation de la grossesse*. Ce concept, *commodification* ou *commoditization* en anglais, est utilisé en anthropologie pour décrire le processus qui conduit des techniques biomédicales (césarienne, injection, perfusion, etc.), des parties du corps (organes, ovocytes, sperme, etc.), le génome humain, des médicaments, à devenir des marchandises qui s'échangent librement sans qu'aucune autre spécificité que leur valeur marchande ne soit prise en compte (Nichter, 1996/1989 ; Sharp, 2000 ; Scheper-Hughes, 2003 ; Van der Geest, 1987). On parle de marchandisation, processus dynamique et évolutif, lorsque la valeur marchande de ces « objets » prend progressivement le pas sur leur valeur thérapeutique ou sur le fait que ce sont des éléments du vivant. Dans le cas de la grossesse, il s'agirait de la *marchandisation* de techniques, de soins et de médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge biomédicale de celle-ci et qui conduirait finalement à parler de *marchandisation de la grossesse* elle-même, tout comme certains anthropologues parlent de *marchandisation de la santé* (Desclaux & Lévy, 2003 ; Whyte, Van der Geest & Hardon, 2002).

Cet article interroge ces phénomènes à Cotonou, capitale économique du Bénin, et à Abomey-Calavi, une ville périphérique. On se demande d'une part, si une biomédicalisation de la grossesse peut effectivement s'observer dans ces contextes, de l'autre s'il existe un décalage entre les pratiques des femmes enceintes et les recommandations biomédicales.

Notre contribution s'intègre ainsi tout à fait dans la perspective de cet ouvrage sur l'innovation en santé. La biomédicalisation de la grossesse y est vue comme une invention, promue ici dans le système de santé et les structures biomédicales du Bénin, et dont nous interrogeons la diffusion, ou non, à l'échelle de la société. On s'interroge d'autre part, sur le processus de *marchandisation de la grossesse,* y est-il en cours et, si c'était le cas, quels en sont les impacts sociaux et sanitaires ?

Pour cela, nous allons considérer les résultats d'une étude anthropologique menée entre avril 2011 et août 2012[4]. Vingt-et-une femmes ayant accouché dans les 6 mois précédant l'entretien et présentant des statuts socio-économiques (revenus, niveau de scolarisation, activités pratiquées) et génésiques (âge, parité, vie maritale) différents ont été interrogées par le biais d'un entretien semi-directif, suite auquel était consulté le carnet de santé de la femme. Quelques mois plus tard, un deuxième entretien a été réalisé avec ces mêmes femmes pour préciser certains points. Des entretiens ont également été menés au sein des différents centres

[3] L'OMS recommande actuellement 8 CPN au cours de la grossesse, voir [http://www.who.int/], consulté en décembre 2017.

[4] Cette étude a été financée par le Laboratoire Mixte International (LMI) implanté au Bénin, financé par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et intitulé Laboratoire de Lutte Intégré contre le Paludisme (LLIP).

de santé ainsi qu'auprès des soignants évoqués par les femmes durant les entretiens. Des monographies d'un mois et demi chacune ont ensuite été réalisées dans trois de ces centres de santé, l'un public et les deux autres privés, qui étaient apparus intéressants en raison de l'importance de leur clientèle et du caractère plus ou moins formel de leur offre de soins. Enfin, de manière à répondre à des questions de recherche apparues durant les premiers temps de l'étude concernant une éventuelle disparition des pratiques dites « traditionnelles » associées à la grossesse, des entretiens ont été conduits en milieu rural au Sud du Bénin auprès de cinq femmes âgées, de quatre personnes ayant pratiqué des accouchements dits « traditionnels » et de deux tradipraticiens. Cinq sages-femmes à la retraite ayant exercé dans différentes régions du Bénin ont également été interrogées de manière à questionner les pratiques des sages-femmes qui avaient cours auparavant. Enfin, ces méthodes de recherche qualitatives ont été complétées par une étude épidémiologique, conduite à Cotonou fin 2012 auprès de 465 femmes ayant accouché récemment. Elle avait pour but, sur la base des données qualitatives, de quantifier les pratiques des femmes en termes de suivi de la grossesse. L'originalité de notre contribution est qu'elle se centre tout particulièrement sur la période de la grossesse et non sur l'accouchement proprement dit. Les anthropologues qui se sont intéressés aux problématiques de la naissance et de la mortalité maternelle dans les sociétés du Sud se sont surtout centrés sur le moment de l'accouchement et sur les pratiques des spécialistes auxquels recourent les parturientes, que ces spécialistes soient biomédicaux – il s'agit alors des travaux de l'anthropologie des structures sanitaires biomédicales (Diarra, 2003 ; Gruenais, 2002 ; Jaffré, 2009 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Vasseur & Vidal, 2010) – ou qu'ils soient associés aux traditions thérapeutiques locales – c'est le cas depuis les années 1980 des travaux de l'anthropologie de la naissance (Cominsky, 1977 ; Hancart-Petitet, 2011 ; Hay, 1999 ; Jordan, 1978/1993 ; Sargent, 1982).

1. Une biomédicalisation certaine de la grossesse à Cotonou

1.1. Eléments historiques

En matière de formation des sages-femmes, le Bénin présente une situation tout à fait particulière d'un point de vue historique. Jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale, l'éducation des filles en Afrique Occidentale Française (AOF)[5], dont se chargeaient les institutions religieuses, était surtout développée au Sénégal et encore plus au Bénin, appelé jusqu'en 1975 le Dahomey, où les missions étaient depuis longtemps présentes et développées (Barthelemy, 2010). A partir de 1918, de toute l'AOF, les dahoméennes sont les plus nombreuses parmi les quelques centaines de jeunes-femmes à être formées dans la section « sages-femmes » de l'école de médecine de Dakar. Elles représentent 34 % des effectifs formés entre 1918 et 1940 et qui sont affectés à partir de 1921 le plus souvent dans leur colonie d'origine. Entre 1921 et 1940, 47 des 86 sages-femmes formées à l'école de Dakar ont été affectées au Dahomey. Les diplômées dahoméennes finissent ainsi par incarner « la » sage-femme en contexte colonial. Puis les formations de sages-femmes dispensées au Dahomey dès les années 1950, mais surtout à partir des années 1960, ont été nombreuses. A l'époque coloniale, le Bénin jouit d'une réputation de « bon élève » au sein de l'AOF – il est appelé « le quartier latin » de l'Afrique – en référence au développement précoce de son

[5] La fédération d'AOF a été créée en 1895. Placée sous l'autorité d'un gouverneur général, elle rassemblait la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Soudan français (actuel Mali), la Guinée, à partir de 1899, le Dahomey, de 1919, la Haute Volta (actuel Burkina Faso), puis entre 1920 et 1922, la Mauritanie et le Niger.

système scolaire et à son élite importante, comparativement aux autres pays, formée selon les standards français et qui était envoyée en poste dans toute l'AOF (Barthelemy, 2010). L'élite biomédicale (médecins, sages-femmes, infirmiers) contribue, pour une part non négligeable, à cette réputation positive. Sur certains aspects, le Bénin bénéficie toujours des acquis de cet « âge d'or » en matière de formation biomédicale.

Au Dahomey, comme ailleurs en Afrique Sub-saharienne bien qu'avec des variations, les autorités initient dans l'entre-deux-guerres des programmes de suivi biomédical des grossesses, d'encouragement aux accouchements en institution et de remplacement progressif des matrones par des sages-femmes diplômées (Hugon, 2005). A partir des années 1950-60, comparativement aux autres pays, un nombre non-négligeable de sages-femmes exerçaient sur l'ensemble du territoire, de manière plus intense au Sud. D'après les témoignages recueillis auprès de cinq d'entre elles, l'investissement des sages-femmes dans leur travail a largement contribué à essaimer la biomédicalisation de la grossesse dans le pays. Elles sensibilisaient les populations dans les différents villages qui dépendaient du centre de santé auquel elles étaient affectées, à l'importance de l'accouchement en structure de santé. Elles travaillaient avec les matrones qu'elles formaient ainsi aux techniques biomédicales. Elles se déplaçaient au domicile des gens, de manière routinière mais également en cas de signalement de problèmes obstétricaux, et soulignaient ainsi l'intérêt de la prise en charge biomédicale.

« Quasi missionnaires », telles qu'Anne Hugon les qualifie au Ghana (Hugon, 2005, p. 176), véritables « agents de la médicalisation » (Barthelemy, 2004), par cet investissement actif, les sages-femmes béninoises ont peu à peu persuadé les populations de l'intérêt qu'il y a à « faire peser » ou encore à « regarder » la grossesse (*dà adogò*, littéralement en fon, langue dominante à Cotonou, « peser » « intestins bouteille », autrement dit le ventre, *kpón adogò*, « regarder le ventre ») et à donner naissance dans un centre de santé. Nous verrons dans la partie suivante que cela est désormais largement accepté par les femmes de Cotonou et d'Abomey-Calavi. Elles ne se posent pas la question, c'est aujourd'hui une pratique courante. Si l'on considère les pratiques populaires qui entourent la grossesse dans toutes sociétés, deux aspects, présentés dans la partie suivante et qui ressortent de nos études de terrain, peuvent être soulignés à Cotonou comme étant des conséquences de cette biomédicalisation de la grossesse.

1.2. Une disparition de pratiques dites « traditionnelles »

Les prescriptions et interdits populaires durant la grossesse, que l'on peut catégoriser en prescriptions alimentaires, motrices, posturales et sexuelles (Badini, 1994 ; Bonnet 1988 ; Egrot, 2001 ; Razy, 2007), sont aujourd'hui à Cotonou et Abomey-Calavi fortement influencés par des recommandations biomédicales. D'ailleurs, les conseils populaires, donnés généralement par des femmes plus âgées (mère, belle-mère, tantes), répondent pour la plupart à des recommandations faites pendant les CPN. Il est par exemple précisé que la plupart des femmes doivent éviter les activités trop dynamiques et fatigantes (puiser de l'eau, faire la lessive, soulever des poids) en début de grossesse pour ne pas favoriser la survenue d'une fausse-couche. « Je suis couturière, quand je suis enceinte, je ne monte pas sur la machine. Si je travaille, mon bas ventre me fait mal. Je l'ai dit à la sage-femme et elle a dit d'arrêter que j'ai déjà le problème de col faible » (Claire, 36 ans, mère de 4 enfants[6]). Le terme « col », pour col de l'utérus, revient fréquemment dans les entretiens, y compris en langues locales, au

[6] Par soucis d'anonymisation, nous utilisons dans l'ensemble du texte des pseudonymes.

sujet des recommandations concernant les activités pouvant ou non être pratiquées[7]. Les femmes se sont très vraisemblablement appropriées ce terme français par le biais des CPN. Plusieurs interdits et prescriptions populaires à Cotonou et Abomey-Calavi concernent aussi l'alimentation pendant la grossesse. Si certaines denrées proscrites semblent ne pas avoir de lien avec des rationalités biomédicales (œufs, bananes plantain, eau glacée, viande de porc, etc.), ce n'est pas le cas de toutes. La consommation élevée de sel et d'huile à bannir est associée par certaines femmes à l'hypertension et par plusieurs d'entre elles au développement d'œdèmes au niveau des jambes. Ces deux signes peuvent être des symptômes de la pré-éclampsie et de l'hypertension gravidique qui constituent en Afrique une des premières causes de décès maternels. Globalement les interdits alimentaires ont pour objectif de favoriser l'accouchement. Sans avoir forcément de logique biomédicale, ils relèvent d'une logique populaire implacable : la femme enceinte ne doit pas consommer des aliments trop riches pour éviter que le bébé ne prenne trop de poids et que l'accouchement soit ainsi plus difficile.

Un autre interdit populaire est présenté comme relevant de l'entourage social comme des professionnels de la biomédecine. L'énervement et la colère sont des émotions proscrites pour la femme enceinte. Celle-ci doit donc éviter les soucis, les insomnies, les problèmes dans sa famille ou dans son couple. Ces ressentis et émotions sont perçus comme pouvant provoquer une hypertension, signe que les femmes reconnaissent comme facteur de complications potentielles de la grossesse. Ainsi, il y a aujourd'hui à Cotonou une sorte de renforcement réciproque ou de résonnance entre les recommandations populaires et les prescriptions biomédicales[8]. Comparativement à cela, certaines pratiques dites « traditionnelles » qui entouraient la grossesse semblent avoir largement perdu de leur importance, peut-être aussi en raison de l'influence actuelle des religions catholique, évangélique et pentecôtiste qui tendent à les diaboliser. C'est le cas notamment des pratiques de divination (la divination par le Fá – il est question en milieu rural du *adogòfá*, consultation du Fá spécifiquement pour la grossesse), des protections (port d'amulettes, de bagues, de bracelets, de cordes attachées autour des hanches) préparées par les *bokónò* (littéralement, « amulettes » « cou » « possesseur », celui qui prépare les amulettes) et les *amawató* (littéralement, « feuille » « faire » « celui qui », celui qui prépare les feuilles) et des rituels associés aux religions animistes locales.

Par ailleurs, la disparition des matrones à Cotonou, à Abomey-Calavi et plus globalement dans tout le Sud du Bénin peut être interprétée comme une conséquence de la biomédicalisation de la grossesse. Seule une des 465 femmes interrogées dans le cadre de l'étude quantitative a déclaré y avoir eu recours. Cette réalité est étonnante ; ce n'est pas le cas dans beaucoup de pays du Sud, notamment en Afrique, y compris en milieu urbain et en

---

[7] Il est question de « *cols durs* », « *cols serrés* », « *cols épais* », « *col long qui ne s'ouvre pas comme ça* », « *cols mous qui peuvent provoquer des fausses couches en début de grossesse* », « *cols faibles qui se déchirent pendant l'accouchement* », « *col qui est têtu* », etc.

[8] En dehors des recommandations principalement faites et évoquées ici, d'autres interdits existent à Cotonou et Abomey-Calavi. Ils portent sur le fait d'être enceinte alors qu'un autre enfant est allaité ou encore sur le fait de ne pas être fidèle au père du futur enfant. Il est aussi interdit de s'assoir devant le seuil de la maison, pour éviter d'avoir des problèmes lors de l'accouchement, le seuil de la maison symbolisant le lieu par lequel l'enfant vient au monde. Les sorties hors du domicile à certaines heures de la journée ainsi que le fait d'être en présence d'autres femmes enceintes, à moins de prendre certaines mesures (attacher à son pagne un caillou, une pierre, un peu de sable, voire une croix ou une image de Saint), constituent un autre type d'interdits lié aux mauvais esprits et à la pratique possible de protections faites par une femme enceinte et pouvant s'avérer néfaste aux autres. Les femmes ne suivent pas toutes ces recommandations, qui sont associées aux « vieilles » et aux « temps jadis », mais elles se posent ensuite des questions lorsqu'une complication pouvant être expliquée par leur conduite survient.

grande capitale (Hancart-Petitet, 2011)[9]. Ce n'est pas non plus le cas au Nord du Bénin (Sambiéni, 2012).
Nous avons mené des entretiens avec des femmes dont la mère et la grand-mère étaient matrones en milieu rural dans le Sud du Bénin jusqu'aux années 1980-90. Elles sont décédées et personne n'a repris cette activité. Certaines femmes ont pu aussi arrêter d'assister les accouchements au domicile des parturientes, lorsqu'à partir des années 1960 les centres de santé se sont implantés partout dans le pays et qu'ils donnaient en cas d'accouchement la possibilité d'obtenir un acte de naissance pour le nouveau-né. Cette nouvelle règlementation semble avoir été un facteur favorisant grandement l'accouchement dans les centres de santé au Bénin, comparativement aux autres pays d'Afrique de l'Ouest (Barthelemy, 2004)[10]. Quelques rares praticiens de la naissance, toujours en exercice, ont néanmoins donné la priorité aux soins biomédicaux (CPN, réalisation d'examens cliniques, prescription de médicaments et d'examens, etc.) sur les pratiques dites « traditionnelles » (prescription, préparation et utilisation de *tisanes*). C'est le cas d'Anne qui, à partir de l'année 1980 et jusqu'en 1999, a travaillé dans un hôpital public pour assister la sage-femme en poste. Elle a néanmoins toujours continué à pratiquer les accouchements au domicile des parturientes, si les familles la sollicitaient. Au fils des années, elle a envoyé deux jeunes filles dont elle avait la charge se former comme aides-soignantes-accoucheuses à Cotonou. Lorsqu'au début des années 2000, elle a été mise à la retraite de l'hôpital, sans toutefois pouvoir toucher de pension, elle a transformé une partie de son domicile en « petit centre de santé privé » (il en sera question ultérieurement) où elle propose des soins concernant la grossesse et pratique les accouchements.
La biomédicalisation de la grossesse à Cotonou et Abomey-Calavi est particulièrement prégnante en raison de cette réalité historique tout à fait spécifique en matière de formation et d'exercice de leurs activités par les sages-femmes. Toutefois des éléments issus de l'histoire plus contemporaine se surajoutent aux facteurs plus anciens présentés précédemment pour caractériser encore un peu plus cette biomédicalisation de la grossesse.

2. Une biomédicalisation plurielle de la grossesse

2.1. L'offre de soins pendant la grossesse

La grande majorité des femmes de Cotonou et d'Abomey-Calavi adhère totalement au suivi biomédical de la grossesse qu'elle considère comme allant de soi. Toutefois, l'offre de soins biomédicale est variée et hétérogène. Les femmes ont globalement le choix entre une offre de soins publique et confessionnelle, aux différents échelons de la pyramide sanitaire (national, départemental, périphérique) que rassemble sur son territoire la ville de Cotonou, et une offre

[9] A Dakar, où nous avons mené une étude similaire, des matrones sont toujours en activité.
[10] Au-delà de la présence de l'hôpital et du travail des sages-femmes, la disparition des matrones au Sud du Bénin s'explique peut-être aussi par le fait que ces praticiens, comparativement à ceux qui exercent dans d'autres pays du monde, avaient un rôle social relativement faible en dehors du fait d'assister l'accouchement proprement dit. D'après plusieurs témoignages, ils ne délivraient pas de conseils pendant la période de la grossesse, y compris à la fin de celle-ci, et intervenaient uniquement lorsque les douleurs de l'accouchement se faisaient sentir. Après la naissance de l'enfant, ils coupaient le cordon ombilical, nettoyaient l'enfant et aidaient la femme à expulser le placenta. Leur intervention s'arrêtait là. Par ailleurs, toutes les parturientes n'accouchaient pas assistées d'un de ces praticiens.

de soins privée divisée en deux catégories – les grandes cliniques et les petits centres de santé – dont la frontière avec une offre de soins informelle[11] n'est pas toujours aisée à délimiter. Les tarifs pratiqués dans les centres de santé publics et confessionnels varient en fonction de leur échelon et parfois du niveau de compétence du soignant consulté (infirmier, sage-femme, médecin). La CPN dans les structures sanitaires publiques de niveau national et dans les hôpitaux de référence des zones sanitaires[12], appelés « hôpitaux de zone », coûte 2500 francs (3,8 €) pour une prestation qui comprend généralement la consultation et un test d'urine. Dans les grands hôpitaux confessionnels[13], le tarif de la CPN varie de 500 à 3000 francs (0,70 à 4,6 €) en fonction des structures et du spécialiste consulté (sage-femme ou gynécologue). Le test d'urine, qui coûte autour de 200 francs (0,30 €), et le carnet de santé (de 100 à 600 francs, 0,15 à 0,90 €) sont ou non compris dans ce tarif. Autour des hôpitaux de zone gravitent des centres de santé d'arrondissement (CSA) et des maternités isolées dans lesquels la CPN coûte entre 200 et 750 francs (0,30 à 1,14 €), auxquels il faut ajouter ou non le test d'urine et le carnet de santé. Dans certains de ces centres, lorsqu'un gynécologue est consultable, le tarif est généralement augmenté. « *Si tu veux aller chez le médecin, c'est à 2100 francs, mais si tu veux aller chez les autres* (sage-femme, infirmier, aide soignant), *c'est 700… Je faisais pour 700* » (Sophie, 25 ans, mère de 2 enfants).

L'offre de soins privée est très hétérogène. Il existe quelques « grandes cliniques privées », où le coût de la CPN varie de 3000 à 10 000 francs (4,6 à 15 €), et une multitude de « petits centres privés » qui proposent des CPN entre 500 et 1000 francs (0,70 à 1,5 €), soit à peine plus que les centres de santé d'arrondissement publics et globalement moins que les hôpitaux de zone et les grands hôpitaux confessionnels. Généralement, le test d'urine est compris dans ce tarif. Certains « petits centres de santé privés » augmentent leur tarif en fin de journée et durant les week-ends et les jours fériés. D'autres proposent certaines flexibilités de paiement. A l'ONG *Dieu nous aime*[14], si les femmes viennent avant la date de la prochaine consultation, le tarif est moitié moins cher (de 1000 francs, il passe à 500 francs) ; à l'ONG *Toundotè* (signifie « délivrer » en fon), qui est spécialisée en santé de la reproduction, si les femmes viennent entre 2 CPN pour un problème de santé, elles ne paient pas la consultation. Une patiente du centre *La libération* rapporte que la CPN coûte 700 francs mais que si lors d'une des consultations elle avait acheté un médicament à 12 000 francs qui lui était proposé pour soulager ses malaises (fatigue, vomissement), la consultation elle-même aurait été gratuite. A côté de ces centres de santé, certaines sages-femmes, parfois en poste dans un hôpital de zone ou dans une structure publique de niveau national, proposent à leur domicile un suivi de la grossesse qui peut être relativement coûteux. L'une d'entre elles, qui s'adresse à des femmes d'un certain niveau socio-économique, propose par exemple des CPN à 5000 francs (7,6 €).

---

[11] Offre de soins qui ne répond pas au cadre légal établit par l'Etat et par le système de santé biomédical, autrement dit une offre de soins qui se pratique sans autorisation ou sans les autorisations adéquates et dont une ou plusieurs des caractéristiques enfreignent la législation.

[12] La zone sanitaire constitue depuis 1997 la base de la pyramide sanitaire béninoise. C'est l'entité opérationnelle de mise en œuvre de la politique nationale de santé, selon les recommandations issues de la conférence d'Alma-Ata en 1978.

[13] Les structures confessionnelles, liées à une église chrétienne, ont des liens plus ou moins étroits avec l'Etat. Certaines font l'objet d'une contractualisation, le centre étant par exemple construit par l'Etat mais la gestion confiée à une association (structure privée sous mandat de gestion). D'autres sont strictement privées mais, étant à but non-lucratif, elles participent à la délivrance de soins de santé accessibles aux populations ainsi qu'à la planification de la carte sanitaire.

[14] Les noms des centres de santé ont été modifiés par soucis d'anonymat.

2.2. Les « petits centres de santé privés »

Cette catégorie de centres de santé constitue une offre de soins tout à fait spécifique du Sud Bénin et très intéressante tant d'un point de vue anthropologique (Baxerres, 2013) qu'économique (Boidin, 1996). Les « petits centres de santé privés » se sont multipliés à partir de l'année 1986 qui coïncide avec l'arrêt du recrutement systématique par l'Etat des jeunes promotions de médecins, sages-femmes et infirmiers dans les structures de santé publique (Savina & Boidin, 1996). Les jeunes professionnels, devant alors trouver de nouveaux débouchés, ont été nombreux à s'installer à leur propre compte. Ils n'avaient souvent au départ que peu de moyens et démarraient leurs activités dans la plus grande simplicité, en réquisitionnant dans certains cas une ou deux chambres de leur propre habitation. Ils amélioraient ensuite peu à peu la qualité de leur offre de soins, puis tentaient de trouver un espace plus approprié. Au-delà de ces cas de figure, les professionnels béninois de la santé souhaitent souvent s'installer à leur propre compte. Même lorsqu'ils ont un emploi par ailleurs, ils ouvrent souvent un centre de santé dans lequel ils placent un ou deux agents (infirmiers, aides-soignants) et où ils se rendent régulièrement en attendant de pouvoir s'y consacrer exclusivement à la retraite ou dès que la clientèle sera suffisante. Lorsqu'ils accèdent à la retraite, les fonctionnaires créent souvent un centre de santé pour prolonger leurs activités et compléter leur pension de retraite. Ceux qui étaient « major » – plus ancien référent d'une structure de santé – et avaient acquis une réputation honorable, ont alors souvent une clientèle non négligeable. Les « petits centres de santé privés » sont ainsi très nombreux à Cotonou et en périphérie. Il suffit pour s'en assurer, d'observer dans la ville les nombreuses pancartes annonçant un centre de santé au bord des multiples voies pavées et rues en sable. Ils sont également développés dans les autres grandes villes du Bénin, voire dans les petites villes et même les bourgades du Sud du pays[15]. Il arrive que des professionnels qui travaillent par ailleurs dans leur propre structure ou comme salarié, ouvrent un, voire plusieurs, centre(s) de santé en milieu rural, situé(s) à une distance raisonnable de Cotonou. Ils placent alors d'autres professionnels (infirmiers, aides-soignants) en leur sein et s'y rendent en cas de problème[16]. Pour pouvoir se constituer une clientèle dans une population dont les revenus sont peu élevés – les populations solvables s'adressent généralement aux « grandes cliniques privées » et aux structures sanitaires publiques de niveau national – les directeurs des « petits centres de santé privés » fixent volontairement bas le prix de leur consultation.

Leurs pratiques sont souvent en décalage avec la législation dont ils dépendent. Néanmoins, il n'est pas possible de les classer strictement en deux catégories dont l'une serait composée des centres formels et l'autre des centres informels. D'après les observations de terrain, le fait qu'ils aient ou non leurs autorisations ne dépend strictement ni de la qualité des soins, ni de la propreté et de la formalité apparente de la structure, ni du statut de son dirigeant (médecin, infirmier, sage-femme) ou du fait qu'il soit effectivement présent dans le centre de santé[17].

---

[15] A Tori-Bossito, village situé à une cinquantaine de kilomètres au Nord-ouest de Cotonou, il en existe six. Trois d'entre eux ont été ouverts dans les années 1990, les trois autres dans les années 2000.

[16] Cette pratique est théoriquement interdite par l'article 14 de la loi n°97-020 du 17 juin 1997, qui est dans la pratique contourné par les professionnels qui parlent au sujet des autres centres de santé qu'ils installent, d'annexes à leur première structure.

[17] Certains « petits centres de santé privés » dirigés par un médecin bénéficient au départ d'une clientèle honorable et de services de qualité. Puis, pour différentes raisons (réalisation d'une spécialisation à l'étranger, autres responsabilités ailleurs), le médecin laisse le centre en gestion à d'autres professionnels (étudiants en médecine, infirmiers et souvent aides-soignants). La clientèle mécontente se raréfie et les soins perdent en qualité.

Beaucoup de « petits centres de santé » ont obtenu des autorisations à mauvais escient : le dirigeant déclaré n'est pas celui qui dirige effectivement la structure ; des autorisations sont données à des cabinets de soins infirmiers ou à des cliniques d'accouchement eutocique alors qu'y sont pratiqués des soins et prescriptions plus larges ; certains hospitalisent les patients alors qu'ils n'y sont pas autorisés ; d'autres pratiquent des accouchements sans disposer en leur sein d'une sage-femme. Toutefois, certains relèvent plus que les autres de l'informalité. Ils ne disposent pas d'une enseigne les désignant comme centre de santé et sont ainsi uniquement identifiables par la fréquentation des habitants de Cotonou. Néanmoins, parmi ceux-ci, une fois la porte d'entrée passée, certains ressemblent tout à fait à des centres de santé formels (salle d'attente, publicité pharmaceutique sur les murs) et le personnel qui y exerce peut avoir les compétences requises.
En raison, peut-être, de la mise en évidence par les institutions sanitaires nationales et internationales de l'importance du suivi biomédical de la grossesse ou plus simplement de par le nombre de sages-femmes formées qui ont dû chercher des débouchés ailleurs que dans le secteur public, de nombreux « petits centres de santé privés » proposent aujourd'hui très explicitement des soins en direction des femmes enceintes. Les pancartes et les murs annonçant à Cotonou et Abomey-Calavi l'un d'eux et sur lesquels est illustrée une femme enceinte, sont nombreux (voir photos ci-dessous).

Photo 1 : Abomey-Calavi avril 2012 © Carine Baxerres /IRD

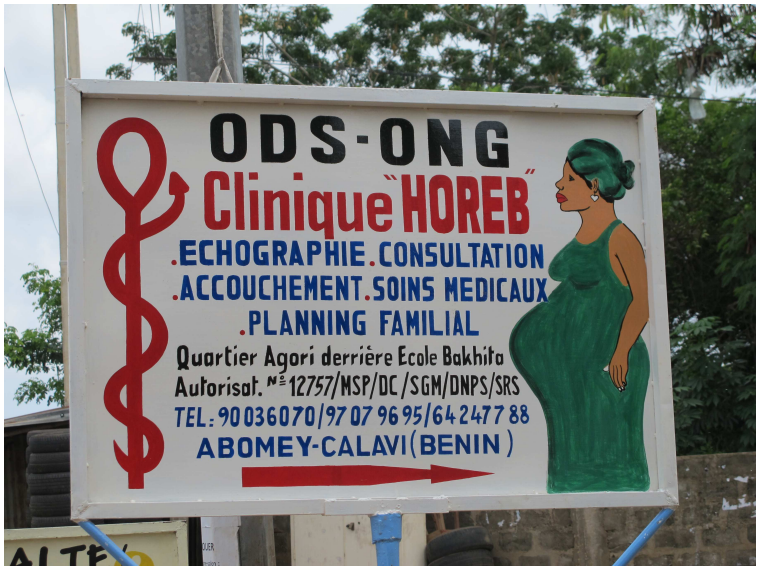

Photo 2 : Abomey-Calavi avril 2011 © Carine Baxerres /IRD

Photo 3 : Abomey-Calavi avril 2011 © Carine Baxerres /IRD

L'offre de soins privée influence de manière importante le suivi biomédical de la grossesse proposé à Cotonou et Abomey-Calavi. Sur les 465 femmes interrogées dans le cadre de l'étude quantitative, 25 % étaient suivies dans un « petit centre de santé privé ». Nous allons voir à présent que ces centres, au-delà de leur implication manifeste en matière de biomédicalisation de la grossesse – ils sont nombreux, touchent un nombre conséquent de personnes et œuvrent ainsi à la délivrance des soins de santé primaires – jouent un rôle tout à fait spécifique en ce qui concerne sa marchandisation.

3. Peut-on parler d'une marchandisation de la grossesse à Cotonou ?

3.1. Éléments de différenciation de l'offre de soins

A Cotonou et Abomey-Calavi, le suivi biomédical que les femmes enceintes pratiquent au cours de leur grossesse est globalement important. Elles démarrent pour la plupart les CPN[18] au 1er trimestre de la grossesse, ce qui est – au regard de la littérature en santé publique (Finlayson & Downe, 2013) – une exception en Afrique. Parmi les 465 femmes interrogées, seules 18 % avaient débuté les CPN au 2e trimestre et aucune au 3e trimestre[19]. Les femmes enceintes réalisent pour la plupart un nombre élevé de CPN, souvent supérieur aux 4 que recommandait l'OMS au moment de notre étude. Seules 16,4 % des 465 femmes interrogées avaient réalisé moins de 4 CPN ; 48,6 % des femmes en avaient réalisé 6 ou plus.

Les femmes se rendent souvent à une première consultation lorsqu'elles se sentent malades. Rares sont celles qui apprennent qu'elles sont enceintes à l'hôpital alors qu'elles y étaient car elles ne se sentaient pas bien. La plupart savent qu'elles sont enceintes, souvent à travers l'auto-administration d'un test de grossesse, et vont en consultation pour soulager les malaises qu'elles ressentent. « Pour la première grossesse, je n'ai pas eu de nausées, je ne vomissais pas. Donc j'ai attendu le deuxième mois avant de commencer les consultations prénatales mais pour celle-ci, comme les vomissements sont déjà présents, avec les nausées, j'ai commencé en même temps (à 3 semaines de grossesse) » (Alexandrine, 31 ans, mère de deux enfants). Ainsi, lorsqu'elles ne ressentent pas les symptômes de la grossesse ou lorsque ceux-ci sont jugés supportables, les femmes peuvent démarrer plus tard les CPN. « Je ne sentais rien… Ça ne m'a pas tellement dérangée. Au début, j'ai senti la fraîcheur, j'ai vomi pendant une semaine. De un mois et demi à cinq mois, je n'avais rien eu. Mon mari me disait incessamment d'aller à l'hôpital. Je lui disais que j'allais partir, que j'allais partir… », explique Claudine, 39 ans, déjà mère de 3 enfants, qui a réalisé la 1re consultation pour sa dernière grossesse à 5 mois. Une fois les consultations démarrées, les femmes respectent globalement, à 1 ou 2 jours près, les dates de rendez-vous qui leur sont données.

Au-delà de ces constatations premières et des situations familiales des femmes ainsi que de leur histoire reproductive qui influencent sans aucun doute le suivi biomédical de la grossesse[20], existe-t-il des différences en fonction du centre de santé auquel les femmes s'adressent ?

Les soignants et les femmes, qu'elles soient suivies dans un centre de santé public comme privé, avancent un schéma classique concernant la fréquence et la régularité des CPN : les consultations sont réalisées tous les mois, à partir du 8e mois de grossesse, tous les 15 jours, puis toutes les semaines à partir du 9e mois[21]. En raison de la spécificité historique du Bénin en matière de formation des sages-femmes, ce schéma apparaît différent de celui pratiqué dans les autres pays d'Afrique de l'Ouest qui suivent généralement les recommandations de

[18] Ou pour le moins ce qu'elles considèrent, elles, être une CPN : le fait d'aller voir un professionnel de la biomédecine pendant la grossesse. Il peut parfois s'agir d'une simple consultation pour un problème de santé. Il n'est pas toujours aisé, à partir du discours des femmes, de déterminer s'il s'agissait réellement de CPN ou non.

[19] 58 % d'entre elles avaient débuté les CPN au 1er trimestre et 22 % ne se souvenaient plus du moment où elles avaient commencé les CPN.

[20] Des considérations économiques ont clairement un impact pour certaines femmes qui démarrent par exemple plus tard les CPN car elles n'en avaient pas les moyens. Les situations familiales compliquées (toute jeune fille vivant chez ses parents, lycéenne dont la famille se trouve à l'autre bout du pays, couple qui ne s'entend pas et dont l'homme ne prend pas en charge la grossesse) expliquent aussi que certaines femmes démarrent plus tard le suivi de leur grossesse et qu'elles ne le pratiquent pas scrupuleusement. Les trajectoires reproductives (primi ou multipare, grossesse désirée ou non), les déconvenues et les souffrances qui les ont parfois jalonnées (fausses-couches, accouchement d'un enfant mort-né), expliquent aussi certains comportements en matière de suivi de la grossesse (début tardif des CPN, peur que l'examen clinique ne « gâte » la grossesse, etc.).

[21] Certaines femmes peuvent avoir réalisé un nombre important de CPN, mais que celles-ci aient été concentrées à partir du 7e ou 8e mois de grossesse. C'est le cas par exemple de Julie (28 ans, 2 enfants) qui a effectué 9 CPN pour sa grossesse mais 7 d'entre elles ont été réalisées au 8e et 9e mois.

l'OMS de l'époque (4 CPN). Néanmoins, il apparaît – lorsque l'on épluche le carnet de santé des femmes et qu'on le confronte à leur récit – que dans le privé, les dates de consultations sont plus rapprochées, y compris au tout début de la grossesse. Dans les centres publics, les consultations sont plus fréquemment espacées de cinq à six semaines durant la majeure partie de la grossesse. Lorsque les femmes viennent consulter très tôt, il n'est pas rare que le prochain rendez-vous soit donné deux mois plus tard. Ainsi, les femmes suivies dans le secteur privé réalisent plus de CPN que celles suivies dans le secteur public. Les soignants des centres de santé confessionnels ont également tendance à prescrire plus de CPN aux femmes que ceux des centres publics. Ces données qualitatives se vérifient, à travers l'enquête quantitative, surtout pour les femmes qui ont réalisé de nombreuses CPN (au-delà de 7). Celles-ci sont plus fortement suivies dans le secteur privé. Ces femmes qui consultent dans le privé pendant leur grossesse rapportent également un nombre supérieur de perfusions et d'injections pratiquées ainsi que d'hospitalisations, comparativement à ce que rapportent celles qui sont suivies dans le public, notamment lors des fameux « symptômes de début de la grossesse » (nausées, fatigue, vomissements, maux de tête). Par contre, il n'y a pas de différence en ce qui concerne le nombre d'examens sanguins et d'échographies réalisés. La disponibilité financière des familles, pour ces examens relativement couteux (le prix d'une échographie est de 6000 francs minimum – soit 9,15 € – les examens sanguins coûtent aussi au moins 2 à 3000 francs – 3 à 4,5 € – à chaque fois), influence sans doute plus ces pratiques que les sollicitations (via leurs prescriptions) possiblement variables des soignants des deux secteurs de soins, comme c'est le cas pour les consultations, perfusions, injections et hospitalisations.

3.2. Entre marchandisation, écoute et marchandage

Si l'on considère le nombre de CPN et la prescription de perfusions, d'injections et d'hospitalisations, une marchandisation du suivi de la grossesse semble apparaître effectivement dans le secteur privé, et notamment dans « les petits centres » dont la survie dépend finalement, que ce soit en matière de soins pendant la grossesse ou plus globalement de médicaments (Baxerres, 2013), de ces pratiques marchandisées. Ceci explique aussi peut-être que des situations compliquées lors d'un accouchement dans un « petit centre de santé privé » soient parfois référées très tard (trop) à un hôpital de zone ou une structure publique de niveau national, situations que nous ont rapportées des agents de santé de ces mêmes structures. Comme dans ce dernier cas, la marchandisation de la grossesse peut avoir des conséquences sanitaires déplorables. En matière d'impact social, cette marchandisation peut générer des dépenses financières injustifiées pour des femmes dont les ressources sont déjà maigres et ne permettent pas de prendre en charge d'autres dépenses importantes (santé des enfants, denrées alimentaires plus riches, etc.). La grossesse est perçue à Cotonou comme une période cruciale qui justifie des frais conséquents.
Le système public de santé est aussi contraint par des ressources limitées. Néanmoins, bien que nous ayons pu y déceler lors d'une précédente étude une marchandisation du médicament (Baxerres, 2013), en matière de soins entourant la grossesse, le constat s'est porté sur d'autres types de dysfonctionnements. Lors de l'ethnographie d'une maternité publique, est apparue une certaine privatisation de la clientèle qui conduisait les soignants lors d'une première CPN à proposer leurs soins à domicile[22]. Peut-être pour cette raison, le personnel de la maternité

[22] Une clientélisation est aussi apparue au sein même des centres de santé publics, les sages-femmes ayant tendance à donner les rendez-vous de consultation lors de leurs propres gardes à l'hôpital de manière à s'assurer du bon traitement et du bon suivi de la femme. Cela témoigne du besoin de proximité entre les femmes et leur

n'était pas souvent au complet, ce qui posait des problèmes pour l'organisation des soins. Les ruptures de stocks de médicaments courants étaient aussi fréquentes. Durant le temps de notre observation (1 mois et demi), la maternité n'était pas en mesure d'assurer le dépistage de la séropositivité pour le VIH. La prévention du paludisme par Traitement Préventif Intermittent qui est normalement gratuite lorsqu'elle est dispensée par la pharmacie de l'hôpital, n'était pas non plus disponible. Les moustiquaires imprégnées d'insecticides, qui doivent être distribuées gratuitement aux femmes enceintes, était également en rupture et ce depuis près de huit mois.

Au-delà de ces dysfonctionnements, plusieurs fois rapportés dans la littérature anthropologique qui décrit également des relations très dures entre les femmes et les sages-femmes dans les centres de santé publics (Diarra, 2003 ; Jaffré, 2009 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Vasseur & Vidal, 2010), une réalité différente nous a été donnée à observer, sûrement car nous nous intéressions spécifiquement au suivi de la grossesse et non à l'accouchement. En effet, nous avons constaté une certaine écoute et compréhension de la part des sages-femmes. Le mode de communication entre soignants et soignés témoignent le plus souvent d'une relation dissymétrique, mais les sages-femmes savent aussi adopter un ton plus doux lorsque la situation l'exige. Elles sont conscientes des difficultés économiques de leurs patientes et des situations familiales complexes. Elles recommandent parfois des conduites qui tiennent compte des problèmes financiers des femmes. Il leur arrive aussi de sélectionner les médicaments à acheter en priorité parmi ceux prescrits quand une femme dit avoir un budget restreint.

Les interactions entre soignants et soignés peuvent ainsi se dérouler également sur le mode du marchandage. Souvent pour des raisons financières, les femmes essaient d'obtenir une prescription de médicaments sans qu'aient été réalisés préalablement les examens biologiques et échographiques nécessaires pour confirmer le diagnostic. Lors d'une CPN, une femme est venue en disant qu'elle souffrait d'un « palu ». La sage-femme lui a expliqué qu'elle ne pouvait lui donner de traitement sans être sûre que ce soit effectivement une crise de paludisme et qu'elle devait faire une goutte épaisse. La femme a répondu qu'elle n'avait pas d'argent. La sage-femme lui a expliqué que sa température pouvait être provoquée par une infection urinaire. La femme ne voulait pas non plus faire l'examen[23] permettant de déterminer l'antibiotique à prescrire. Mais devant les risques à ne pas traiter une éventuelle infection, la sage-femme a choisi de prescrire un antibiotique à spectre large en disant « parfois, il faut savoir fermer les yeux ». Elle avait conscience de ne pas respecter les recommandations mais avait cédé devant la demande de la femme en tenant compte de ses difficultés financières. Ainsi, les relations entre les femmes et leurs soignantes ne prennent pas toujours le caractère dur et violent sur lesquelles beaucoup d'études se sont focalisées. Elles sont aussi empruntes d'écoute, de négociations et de marchandages entre femmes.

Conclusion

Le Bénin présente une situation sûrement unique en Afrique de l'Ouest, selon laquelle la biomédicalisation de la grossesse a démarré tôt et avec des moyens humains exceptionnels. La qualité du suivi de la grossesse par les femmes, à la fois précoce, régulier et important, en témoigne aujourd'hui encore. Cependant les ressources du système de santé se sont

---

soignant, de manière à rendre la relation plus humaine, mais aussi d'un manque de confiance de la part des sages-femmes dans le travail de leurs collègues (Duquenois, 2013).

[23] L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) coûte 8000 francs (plus de 12 €).

amenuisées comme dans les autres pays et le taux de mortalité maternelle y est globalement comparable. Sans doute à cause du nombre de sages-femmes formées et des habitudes de soins prises, la marchandisation de la grossesse prend au Bénin une forme toute particulière, à travers de nombreux « petits centres de santé privés » qui proposent explicitement des soins pendant la grossesse. La marchandisation, liée à l'avènement du système capitaliste, au phénomène de la consommation de masse qu'il implique et à l'essor corolaire du marketing, est malheureusement aussi associée dans les pays du Sud aux faibles ressources des Etats et à la quasi-inexistence de systèmes de prise en charge des dépenses de santé. Néanmoins, la marchandisation, réalité structurelle d'autant plus dure qu'elle s'applique à des questions de santé, est masquée par la « débrouillardise » (Jaffré, 2009) et les relations humaines pour que, autant que faire se peut, les femmes parviennent à donner la vie dans un système de santé précaire.

Bibliographie

BADINI A., 1994, *Naître et grandir chez les Mossi du Burkina Faso*, Paris, Ouagadougou, Editions Sépia.

BARTHELEMY P., 2010, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

BARTHELEMY P., 2004, « Sages-femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960. Une redéfinition des rapports sociaux de sexe en contexte colonial », *in* A. Hugon (dir.), *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, XXe siècle*, Paris, Karthala, p. 119-144.

BAXERRES C., 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.

BOIDIN B., 1996, *Les micro-unités de santé au Bénin : une analyse par les asymétries d'information*, Thèse de doctorat d'économie, Université de Lille 1.

BONNET D., 1988, *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi*, Paris, Editions de l'ORSTOM.

CAMPBELL O.M. & GRAHAM W.J., 2006, "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works", *Lancet*, n°368(9543), p. 1284-1299.

COMINSKY S., 1977, "Childbirth and Midwifery on a Guatemalan finca", *Medical anthropology*, n°6(3), p. 69-104.

DE BROUWERE V., TONGLET R. & VAN LERBERGHE W., 1997, « La "Maternité sans Risque" dans les pays en développement : les leçons de l'histoire », *Studies in Health Services Organisation & Policy*, n°6, p. 1-62.

DESCLAUX A. & EGROT M., 2015, « Le médicament diffusé au Sud : contextes, formes culturelles et effets sociaux depuis les marges », *in* A. DESCLAUX et M. EGROT (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan - Editions de l'IRD, p. 9-44.

DESCLAUX A. & LEVY J.J., 2003, « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et Sociétés*, n°27(2), p. 5-21.

DIARRA A., 2003, « La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali », *Bulletin de l'APAD*, n°25.

DUQUENOIS S., 2013, *Les réalités du suivi de la grossesse à Abomey-Calavi (Bénin). Ethnographie d'un centre de santé privé et d'un centre de santé public*, Mémoire de master 2 Sciences de la Société, Université Paris Descartes.

.

EGROT M., 2001, *La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espaces de résonance de la maladie chez les Moose du Burkina Faso*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
FINLAYSON K. & DOWNE S., 2013, "Why Do Women Not Use Antenatal Services in Low- and Middle-Income Countries? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies", *PLoS Med*, n°10(1): e1001373. doi:10.1371/journal.pmed.1001373.
GRUENAIS M.-E. (dir.), 2002, *Politiques et pratiques en santé reproductive en Afrique. Le risque est-il « géré » ? Etude comparative portant sur 3 pays africains : Cameroun, Centre Afrique, Mali*, Convention MIRE / IRD n°07/00, rapport final.
HANCART-PETITET P. (dir.), 2011, *L'art des matrones revisité : Naissances contemporaines en question*, Paris, Editions Faustroll, Descartes.
HAY M.C., 1999, "Dying mothers: Maternal Mortality in rural Indonesia", *Medical anthropology*, n°18, p. 243-279.
HILL K. *et al.*, 2007, "Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data", *Lancet*, n°370(9595), p. 1311-1319.
HUGON A., 2005, « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, n°21, p. 212-229.
JAFFRE Y. (dir.), 2009, *La bataille des femmes, Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Editions Faustroll, Descartes.
JAFFRE Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala.
JORDAN B., 1978/1993, *Birth in Four Culture: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Montreal, Eden Press.
MBAYE E.M. *et al.*, 2011, « En faire plus, pour gagner plus : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », *Santé Publique*, n°3 (23), p. 207-219.
NICHTER M., 1996/1989, "Pharmaceuticals, the Commodification of health, and the health care-medicine use transition", *in* M. NICHTER (dir.), *Anthropology and international health, Asian case studies*, Amsterdam, Gordon & Breach, p. 265-326.
RAZY E., 2007, *Naître et devenir. Anthropologie de la petite enfance en pays soninké (Mali)*, Nanterre, Société d'ethnologie.
SAMBIENI E.N., 2012, *Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari*, Thèse de doctorat de sociologie anthropologie, Université de Liège.
SARGENT C., 1982, "The implications of role expectations for birth assistance among bariba women", *Social Science & Medicine*, n°16, p. 1483-1489.
SAVINA M.D. & BOIDIN B., 1996, « Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'Etat : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin », *Tiers Monde*, n°148, p. 853-874.
SCHEPER-HUGHES N., 2003, "Keeping an eye on the global traffic in human organs", *The Lancet*, n°361 (9369), p. 1645-1648.
SHARP L., 2000, "The commodification of the body and its parts", *Annual review of anthropology*, n°29, p. 287-328.
SPANGLER S.A. & BLOOM S.S., 2010, "Use of biomedical obstetric care in rural Tanzania: The role of social and material inequalities", *Social Science & Medicine*, n°71, p. 760-768.
VAN DER GEEST S., 1987, "Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon", *Social science & medicine*, n°25 (3), p. 293-305.

VASSEUR P. & VIDAL L., 2010, « Le soignant en son miroir. Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle au Sénégal », *Autrepart*, n°3(55), p. 107-124.
WHYTE S.R., VAN DER GEEST S. & HARDON A., 2002, *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.