

# MOOC Femmes & Santé : La pratique de la césarienne au Bénin

## Contexte béninois

### Clémence Schantz

Nous allons parler de la pratique de la césarienne au Bénin et nous allons réfléchir ensemble aux effets pervers que celle-ci peut prendre. En effet, si elle représente une avancée pour la santé des femmes et si elle est nécessaire à certains moments, pour sauver la vie de la femme ou de l'enfant, elle peut aussi matérialiser une forme de violence faite aux femmes.

Nous allons commencer par quelques mots de contexte sur le Bénin. Il faut savoir que Cotonou, la capitale du Bénin, représente une référence en termes de savoir et de formation d'un point de vue médical dans toute la sous-région. Et à Cotonou, dans les grands hôpitaux universitaires, nous voyons de nombreux médecins qui viennent de pays alentours pour se former.

Le Bénin est caractérisé aussi par une biomédicalisation importante par rapport à la sous-région et aux pays voisins. Une enquête démographique et de santé, réalisée en deux-mille-dix-sept, deux-mille-dix-huit, a montré que quatre-vingt-quatre pourcent des accouchements sont réalisés en institution. C'est un chiffre assez important, avec une majorité de femmes qui accouchent à l'hôpital.

Pour autant, le taux de mortalité maternelle est toujours élevé au Bénin puisqu'il était de quatre-cent-trente femmes qui mouraient pour cent-mille naissances en deux-mille-seize. Cela interroge, puisque si nous regardons le Mali, nous voyons que seule une femme sur deux accouche en institution, mais pour autant, le taux de mortalité maternelle est quasiment le même.

Dernier point concernant la santé sexuelle et reproductive au Bénin, pour vous dire que l'ISF, l'Indice Synthétique de Fécondité, est de 5,7. Donc les femmes ont en moyenne 5,7 enfants au cours de leur vie.

Par rapport à la césarienne. Ce qu'il faut retenir aussi, c'est qu'il y a eu une politique de gratuité mise en place en deux-mille-neuf dans le pays, suite à la visite du président à l'époque, qui était Boni Yayi. Il a visité une des grandes maternités publiques et s'est rendu compte qu'il y avait des femmes et des enfants qui dormaient dehors. Il a demandé : « mais qui sont ces gens ? ». Il lui a été expliqué que c'étaient des familles qui n'avaient pas les moyens de payer le coût économique lié à l'accouchement et à la césarienne. Il y avait une rétention des femmes et de leur enfant suite à l'accouchement, qui ne pouvaient

pas sortir de l'hôpital tant qu'elles ou la famille ne venaient pas payer les frais de l'accouchement. Il y a même plusieurs personnes qui racontent que les femmes étaient à nouveau enceintes lors de leur rétention à l'hôpital. Donc nous pouvions voir des femmes qui avaient accouché, qui étaient enceintes d'un prochain enfant et qui étaient toujours retenues à l'hôpital. Face à ce constat, le président Boni Yayi a décrété en deux-mille-neuf une politique de gratuité de la césarienne pour tout le pays.

Au Bénin, le taux populationnel de césarienne est bas puisque l'enquête démographique et de santé dont je vous ai parlé, montrait un taux populationnelle de 5 %. Cela montre qu'il y a beaucoup de femmes qui devraient avoir accès à une césarienne et qui n'y ont malheureusement pas accès, ce qui concourt notamment à des taux de mortalité maternelle et infantile élevés.

Une autre étude, publiée par Marion Ravit et ses collègues, montre qu'il y a de fortes disparités sociales par rapport à cette pratique de la césarienne, tant au niveau géographique que socio-économique. Pour autant, il existe ou il existait très peu de données au Bénin sur la pratique, des données empiriques, sur comment se réalisent ces césariennes, dans quelles conditions, par qui, avec qui, comment ?

## **Présentation de la recherche**

### **Clémence Schantz**

C'est ainsi que j'ai mené une recherche postdoctorale sur la pratique de la césarienne. En deux-mille-dix-sept, deux-mille-dix-huit, j'ai obtenu l'accord du Comité d'éthique du Bénin pour mener cette recherche que j'ai menée en partenariat avec mon collègue le docteur Moufalilou Aboubakar. Nous avons mis en place une méthodologie mixte avec, à la fois, la mise en place de la classification de Robson dont je vais vous reparler, et des entretiens semi-directifs. Nous avons mené vingt-trois entretiens semi-directifs avec des femmes et avec des soignants : des sages-femmes et des obstétriciens. J'ai aussi mené des observations participantes puisque j'ai passé trois mois en immersion dans un hôpital, dans une grande maternité de Cotonou où j'avais revêtu ma tenue de sage-femme, tout en étant là en tant qu'observatrice, en tant que sociologue, auprès des femmes et auprès des soignants.

## **Premier résultat : Analyse du taux de césariennes**

### **Clémence Schantz**

Le premier résultat, c'est que nous avons été étonnés de constater qu'il y avait des taux de césariennes vraiment très élevés en institution. Nous avons mis en

place la classification de Robson dans quatre maternités : trois maternités publiques, une maternité privée, et deux qui étaient à Cotonou et deux qui étaient dans des régions en-dehors de Cotonou.

La classification de Robson permet de travailler et d'analyser les taux de césariennes de façon plus fine. Par exemple, si vous dites qu'à l'hôpital Necker à Paris, il y a trente pourcent de césariennes alors qu'à l'hôpital de Poissy il y a quarante pourcent, si vous regardez des taux globaux de césariennes, cela ne veut rien dire. Nous ne pouvons pas comparer parce que nous ne savons pas quelle est la population dans ces deux hôpitaux, par exemple. Quel est l'âge médian des femmes ? Est-ce qu'il y a plus de grossesses gémellaires, donc des jumeaux, dans une maternité plutôt qu'une autre ? Plus d'accouchement par le siège ? En fait, tant que nous restons à un taux global de césariennes, c'est compliqué d'avoir une analyse fine de la situation.

La classification de Robson permet justement de classer les femmes qui ont des césariennes selon des critères obstétricaux, afin d'avoir une analyse plus fine de la situation. Je ne vais pas rentrer dans le détail, mais ce qu'il faut retenir ici, c'est que notre recherche a montré un taux de césarienne à quarante-quatre pourcent. Donc quarante-quatre pourcent des femmes qui ont accouché dans ces quatre structures ont accouché par césarienne. Il y a donc des taux très élevés de césariennes, y compris parmi les femmes à bas risque obstétrical. Nous pourrions nous dire que si elles vont accoucher à l'hôpital, c'est parce qu'elles ont des pathologies, donc ce serait normal que les taux soient élevés. Mais nous avons montré que même dans une sous-catégorie de femmes à bas risque obstétrical, les taux de césariennes étaient particulièrement élevés.

Nous avons interrogé les médecins et les sages-femmes en leur demandant : « Mais pourquoi est-ce qu'il y a autant de césariennes ? ». Une de leurs raisons, un des arguments qu'ils ont mis en avant, c'est parce que les femmes demandent la césarienne. Nous avons voulu interroger cette demande de césarienne pour savoir si les femmes voulaient réellement accoucher par césarienne.

## **Second résultat : Femmes en demande de césariennes**

### **Clémence Schantz**

Ce qu'il faut avant tout dire, c'est qu'au Bénin, dès que nous parlons de césarienne, les gens ont peur. Les mots les plus fréquents qui arrivent, que ce soit lors d'entretiens formels ou informels, ce sont : « ouvrir », « couteaux », « sorcelleries », « peur », « la mort », « l'opération ». La césarienne a vraiment une très mauvaise réputation dans la société, tant auprès des femmes qu'auprès des hommes.

Mais il est vrai que les observations que nous avons menées dans les salles de naissances et les entretiens ont fait ressortir que c'est vrai. Nous avons vu plusieurs femmes qui disaient « docteur, opérez-moi, docteur, opère-moi ». Nous avons assisté et constaté qu'il y avait effectivement une demande de césarienne de la part de certaines femmes.

## **Troisième résultat : Césariennes non médicalement justifiées**

### **Clémence Schantz**

Les résultats de cette recherche montrent qu'il y a effectivement des taux de césarienne élevés et notamment des césariennes que nous pourrions qualifier d'« abusives ». Quand je vais parler de césariennes abusives, je veux dire par là des césariennes non médicalement justifiées.

Nous avons proposé deux catégories de césariennes non médicalement assistées ou deux catégories de césariennes abusives. Une première catégorie, et je vais revenir dessus, que nous avons appelé les « césariennes de précaution » et une deuxième catégorie qui sont des « césariennes de détresse ».

Ce qu'il faut savoir, c'est qu'il y a deux grands facteurs qui englobent ces deux catégories de césariennes abusives et qui sont des facteurs facilitant, qui font que ces taux de césariennes augmentent.

Premièrement, il y a la politique de gratuité de césarienne qui est une chance avant tout, mais qui peut avoir des effets pervers. Même s'il y a beaucoup de limites à cette gratuité, quand nous savons qu'un accouchement par voie basse est payant au Bénin, alors qu'un accouchement par césarienne est gratuit, face à une situation un peu bancale ou une femme qui demande une césarienne, la gratuité de la césarienne va faire que nous allons accéder plus facilement à cette césarienne.

Le deuxième facteur facilitant et qui a été très bien documenté par des anthropologues depuis une vingtaine d'années, aujourd'hui en Afrique de l'Ouest, notamment Yannick Jaffré ou Jean-Pierre Olivier de Sardan, montrent qu'il y a vraiment une souffrance chez les soignants aujourd'hui dans ces pays. Il y a une cassure éthique qui fait que parfois, les soignants acceptent aussi plus facilement une césarienne, parce que cela peut être plus facile pour organiser son emploi du temps, cela peut être plus lucratif, parce que la femme demande...

Maintenant, je reviens sur la première catégorie de césariennes abusives que nous proposons, qui sont les césariennes de précaution. Il faut savoir que dans ces maternités, en tout cas, la maternité à Cotonou est une grosse maternité qui fait plus de quatre-mille accouchements par an ; il y a un manque criant de personnel et de matériel. Il faut savoir que dans ces maternités, il n'y a pas de

*monitoring* pour écouter le cœur du bébé, pas non plus de *sonicate* pour l'écouter. Il y a des techniques plus simples pour surveiller ce fœtus, mais ce n'est vraiment pas évident. Il n'y a pas non plus d'échographe en salle de naissance qui soit de bonne qualité. Quand nous avons besoin de voir quelle est la quantité de liquide par exemple, nous ne pouvons pas le savoir. Pour vous donner un autre exemple, dans cette maternité, il y a deux blocs opératoires. Il y en a un qui avait brûlé deux ans avant ma venue et qui n'avait toujours pas été réparé. Encore une fois, il y a un manque criant de matériel et de personnel qui participe à cette cassure éthique des soignants et à cette souffrance, mais qui fait aussi que concrètement, il n'y a pas les moyens de prendre correctement en charge ces femmes.

Quand, en obstétrique, une femme est en travail et qu'il y a un clignotant orange par exemple, quand le liquide amniotique devient vert, nous savons que c'est un feu orange pour nous dire qu'il y a quelque chose qui se passe. Dans un contexte où il y aurait le matériel nécessaire pour surveiller ce fœtus, les soignants continueraient de le surveiller. Là, puisqu'il n'y a pas grand-chose pour le surveiller et qu'en plus la femme a mal, si elle demande une césarienne, elle sera effectuée, car cet enfant ne peut pas être surveillé. C'est ce que nous appelons les césariennes de précaution.

Cela interroge parce que nous savons qu'à un niveau international, il y a énormément d'argent qui est mis en place pour apporter du matériel dans les hôpitaux, pour lutter contre la mortalité maternelle. Mais concrètement, quand nous sommes sur le terrain et à l'intérieur des salles de naissances, nous ne voyons pas grand-chose. Nous voyons au mur des traces de programmes qui sont passés et qui ont mis en place certaines choses, mais qui ne sont plus là. Nous pouvons aussi nous demander où va tout cet argent, et aussi quelle est la priorité des gouvernements, des politiques, par rapport à la santé des femmes.

Deuxième catégorie de césariennes que nous avons proposé d'appeler des « césariennes de détresse ». C'est vraiment quelque chose qui concourt à la construction sociale d'une certaine demande de césarienne par certaines femmes dans les salles de naissances. Ce qu'il faut savoir, c'est que, à Cotonou, les salles de naissances sont des salles de naissances communes : les femmes accouchent les unes à côté des autres. Parfois, il y a juste un rideau qui va séparer une femme d'une autre. Quand une femme est en travail, elle entend ce qui se passe à côté. Elle entend une femme qui va crier, elle entend la femme qui va avoir mal. S'il y a un problème, elle voit que les médecins se dépêchent autour d'elle, etc.

Par exemple, j'ai assisté à une hémorragie de la délivrance, donc une femme qui se vidait de son sang jusqu'à en décéder, sous le regard d'autres femmes qui étaient en travail à côté d'elle. Imaginez la peur, l'angoisse, et la détresse dans lesquelles sont plongées ces femmes elles-mêmes en travail, à assister à la mort

d'une de leurs semblables qui est en train de mourir à côté d'elles en accouchant. C'est la première chose à garder en tête : une peur importante des femmes, notamment parce qu'elles accouchent dans des salles de naissance communes.

Le fait qu'elles accouchent dans des salles de naissances communes fait qu'elles ne sont pas autorisées à être accompagnées. En plus, ces femmes accouchent seules, sans leur conjoint ou leur conjointe, sans leur mère, sans leur sœur, sans ami. Elles sont seules. Je vous ai dit qu'elles avaient peur. En plus, elles sont seules face à cette détresse.

Troisième élément très important : il n'y a aucune prise en charge de leur douleur. Il n'y a pas d'analgésie péridurale disponible dans les salles de naissances au Bénin. Justement, je dépasse cette prise en charge médicamenteuse de la douleur puisqu'il y a beaucoup d'autres moyens de soulager la douleur des femmes en travail : le fait de marcher, de souffler, d'avoir quelqu'un qui vous tient la main, qui vous regarde dans les yeux, qui vous dit « ça va aller, vas-y, c'est bien ce que tu fais », qui va nous masser... Là-bas, cela n'existe pas. Comme je vous l'ai dit, les femmes étaient seules et en plus, elles sont allongées sur des tables d'accouchement en acier, les jambes dans les étriers, et sur le dos. Nous savons que ce n'est pas du tout physiologique et que cela ne fait qu'augmenter leur douleur.

Donc, ces trois éléments : la peur, la solitude et la douleur, font qu'effectivement certaines femmes, à un moment donné, vont pouvoir dire « docteur, opère-moi », puisque pour elles, c'est la seule façon d'échapper à cet état de détresse vraiment extrême.

## **Carnet de terrain**

Je vous lis un extrait de carnet de terrain où j'écris : « Minuit trente, arrivée d'une femme qui est référée », elle arrive d'un autre hôpital, « pour hémorragie de la délivrance, et une rupture utérine », c'est-à-dire que l'utérus a éclaté. « Elle a les conjonctives très pâles, donc elle a déjà beaucoup saigné. Elle arrive en Zem » donc en moto, « avec le chauffeur qui porte cette femme à bout de bras. Le chauffeur la pose. » Il y a besoin d'ordonnances puisqu'au Bénin, tout est payant. « Il y a besoin d'ordonnances pour acheter du sang, mais la famille est absente. Seule la belle-mère est présente dans la cour. Elle dit qu'elle n'a que cinq-cent francs CFA » (Francs des Colonies Françaises d'Afrique), ce qui fait moins d'un euro, ce qui ne permet pas d'acheter du sang. Elle n'a rien de plus. « Le mari est injoignable, la femme se vide de son sang sous le regard des autres femmes en travail. » C'était le vingt-deux mars deux-mille-dix-sept.

## **Réflexion : construction d'un sexe faible**

Je voudrais essayer d'aller un peu plus loin par rapport à cette réflexion sur ces césariennes dites « abusives » et je voudrais partager avec vous mon sentiment.

Je pense vraiment qu'il y a une construction d'un sexe faible, à travers l'institution biomédicale, puisque nous entendons beaucoup dans ces salles de naissances quand nous discutons avec les élèves, que ce soient les élèves sages-femmes, les étudiants, les internes en médecine ou même les sages-femmes et les médecins, dire : « Ah, les femmes n'aiment pas trop la douleur ». Autre Extrait : une étudiante me dit « Les femmes ne veulent plus faire d'effort » comme si c'était vraiment de leur faute. Dans ces salles de naissances, nous assistons à la circulation d'une mauvaise image de la femme qui n'aurait pas de courage. Ce courage est vraiment associé à une valeur morale. Dire qu'une femme n'a pas de courage, c'est rabaisser la femme.

Or les demandes de césarienne auxquelles j'ai assisté sont socialement construites par des conditions très précaires dans lesquelles les femmes accouchent. Nous pouvons nous demander pourquoi est-ce que les femmes accouchent dans des conditions aussi précaires ? Qui décide que les femmes accouchent dans des salles de naissances communes, qu'elles ne peuvent pas être accompagnées, que leur douleur n'est pas prise en charge ?

Il y a une sorte de violence institutionnelle qui va se répercuter sur le corps des femmes. Nous allons attribuer des caractéristiques sociales à ces femmes, par exemple, l'absence de courage, qui va être ensuite justifié par des caractéristiques, par des cicatrices biologiques inscrites sur le corps des femmes et qui sont, à mon avis, de toute part construites par le social.

## **Conclusion : une forme de violence faite aux femmes**

Pour conclure, je voudrais que nous reprenions du temps pour reparler de cette médicalisation de l'accouchement qui, encore une fois, est une chance pour les femmes, mais qui a des effets pervers, et le rôle de cette violence institutionnelle. Elle se répercute comme une violence, à mon avis, faite aux femmes.

Puisque nous avons parlé de césariennes abusives, je propose de les interpréter comme une mutilation faite sur le corps des femmes. Là, je définis le terme de mutilation comme une dégradation, détérioration, du corps des femmes. Comme nous l'avons vu, ces mutilations du corps des femmes sont induites ou conséquentes à des choix politiques. À mon avis, elles constituent une violence de genre et peuvent s'inscrire dans un continuum de violences faites aux femmes. Ces césariennes abusives représentent un danger pour les femmes, d'autant plus dans des contextes comme le Bénin, où la fécondité est élevée,

puisque je vous ai dit au début de ce cours qu'il y avait près de six enfants par femme. Nous savons que quand une femme a une cicatrice sur l'utérus, cela représente un danger important pour les grossesses ultérieures puisque la cicatrice peut lâcher.

Ce qui est intéressant et ce que nous pouvons interroger, c'est que ces césariennes abusives ne sont jamais documentées, jamais mentionnées dans tous ces rapports internationaux de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ou de grandes institutions internationales comme celles des Nations unies. Il est toujours dit qu'il faut plus de médicalisation dans ces pays. Effectivement, je vous l'ai dit aussi, le taux de césarienne en population est faible, il à 5 %. Des femmes devraient avoir accès à la césarienne et n'y ont pas accès et vont en mourir. Parfois, il y a aussi trop de césariennes dans une certaine catégorie de femmes à un certain moment. Et ces césariennes abusives ne sont jamais documentées.

Une sage-femme m'a dit, à un moment : « Au Bénin, ça s'entend mal que tu dises à quelqu'un que toi tu as fait la césarienne ». En plus, dans cette société béninoise, il y a une forte discrimination des femmes qui ont accouché par césarienne puisque l'accouchement par voie basse est un attribut de la féminité et de la valeur de la femme. Je pense que ces césariennes abusives sont d'autant plus violentes dans des sociétés où une femme qui a accouché par césarienne va être stigmatisée.

Pour moi, il y a une superposition des coûts pour cette femme, il y a un coût social important à accoucher par césarienne. D'autant plus s'il est relaté que c'est la femme qui a demandé la césarienne.

Pour conclure, il est vrai que dans ces maternités et à ce moment-là, j'ai assisté parfois à une perte de la capacité du corps féminin en institution à l'hôpital. Selon moi, l'institution médicale, qui devrait protéger les femmes, concourt aussi à reproduire les inégalités de genre dans la société. Nous pouvons aussi nous demander si l'institution médicale, qui devrait permettre une émancipation du corps des femmes, ne provoque pas plutôt une coercition et une reproduction d'une certaine forme de violence faite aux femmes.