
Humaniser l'accouchement au Bénin ? Retour sur l'échec d'un projet de la coopération japonaise

Humanising childbirth in Benin? A retrospective on the failure of a Japanese cooperation project

Clémence Schantz, Carine Baxerres et Moufalilou Aboubakar

Introduction

- 1 Au cours des dernières décennies, deux tendances historiques ont transformé la façon d'appréhender la grossesse et l'accouchement : la « pathologisation » du corps maternel et sa « techno-bio-médicalisation¹ » (Topçu & Brown, 2019). Cette approche dominante renvoie à la notion de « risque obstétrical » qui justifie une prise en charge médicale de l'accouchement au nom de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile (Carricaburu, 2005, 2007). Dès les années 1950, des mouvements militants se sont opposés à ce modèle. Ils se sont structurés dans les années 1970, notamment en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique latine. Ils dénonçaient une appropriation du corps des femmes par les hommes et un pouvoir médical exercé sans partage. Ces mouvements défendaient le droit des femmes à disposer de leurs corps et appréhendaient la grossesse et l'accouchement avant tout comme des événements physiologiques relevant plus de la sphère privée que médicale (Ehrenreich & Deirdre, 2016 ; Akrich, 1999 ; Diniz *et al.*, 2018 ; Topçu, 2021).
- 2 En Amérique latine, ces demandes de démedicalisation de l'accouchement se sont progressivement fait entendre et, dans les années 1990, des associations de femmes ont exigé une médecine périnatale basée sur des preuves (*evidence based medicine*). La notion d'humanisation de la naissance s'est développée, notamment au Brésil avec la constitution en 1993 d'un collectif, le Réseau pour l'humanisation de l'accouchement (ReHuNa) (Diniz *et al.*, 2018). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a soutenu ce mouvement et publié en 1996 des recommandations afin de limiter les interventions

médicales au cours de l'accouchement physiologique (OMS, 1996). En 2000 s'est tenue la Conférence internationale sur l'humanisation de la naissance à Fortaleza au Brésil (Quattrocchi, 2019). Elle a présenté un modèle « humanisé » qui s'opposait au « modèle technocratique » de la naissance (Davis-Floyd, 2001). Ce modèle préconisait l'inclusion des sages-femmes dans l'accompagnement des accouchements physiologiques, le droit des femmes à être accompagnées lors de leur accouchement, la liberté de position pendant le travail et l'accouchement, le droit de manger et boire, et la préservation de l'intégrité corporelle des femmes en limitant les interventions invasives (Diniz *et al.*, 2018). Dans les années qui ont suivi, de nombreux projets d'accouchements humanisés ont vu le jour dans différentes régions du monde. Ils ont été relayés par des acteurs institutionnels transnationaux tels que la coopération japonaise qui a participé à la propagation de ce modèle en Afrique subsaharienne dans les années 2000.

- 3 Cet article interroge la réception locale d'un projet japonais d'accouchement humanisé dans une maternité au Bénin et s'inscrit ainsi dans cette réflexion sur la « techno-biomédicalisation » de l'accouchement et la « pathologisation » du corps maternel. La structuration des mouvements militants pour l'accouchement humanisé, le contenu des programmes d'accouchements alternatifs ainsi que les attentes et souhaits des femmes ont été étudiés au cours des années 2010 dans des pays des Nord (Hildingsson *et al.*, 2010 ; Keedle *et al.*, 2015 ; Charrier, 2015 ; Clavandier & Charrier, 2015 ; Ruault, 2016 ; Pruvost, 2016 ; Quagliariello, 2017 ; Sestito, 2017). Cependant, la réception de ces programmes par les sages-femmes, soignantes de premier recours auprès des femmes lors de l'accouchement, est peu documentée. De façon parallèle, l'usage des biotechnologies lors de l'accouchement est principalement envisagé par la recherche dans des pays des Nord et leur réception doit aujourd'hui être documentée aux Suds où elles sont aussi très présentes (Akrich *et al.*, 2008 ; Maffi, 2012 ; Gammeltoft, 2014). Loin de nier l'apport considérable que constitue la biomédicalisation de l'accouchement dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest, cet article souhaite rendre visible la façon dont les femmes accouchent en institution de santé dans une grande maternité au Bénin, ainsi que les expériences et vécus des sages-femmes et obstétricien·ne·s exposé·e·s à un projet institutionnel transnational d'humanisation et de dé-technicisation de l'accouchement.

Méthodologie

- 4 Le corpus de données analysé dans cet article est constitué d'observations participantes menées au centre hospitalo-universitaire de la mère et de l'enfant de la lagune (CHU-MEL) de Cotonou, de données collectées sur registres médicaux et de vingt-neuf entretiens semi-directifs. Clémence Schantz, chargée de recherche en sociologie, est sage-femme de formation initiale ; elle a mené quatre mois d'observation à l'hôpital, répartis en deux séjours de recherche au Bénin entre 2017 et 2019². Elle était présente au minimum toutes les matinées (7 h 30-12 h 30) du lundi au vendredi, ainsi que certaines journées entières et quelques nuits. Cela correspond à plus de 400 heures d'observation en salles de naissance, en consultations prénatales et en suites de couches. Il s'agissait d'observations participantes : Clémence Schantz était présente auprès des femmes et des soignant·e·s en tant que sociologue. Elle ne pratiquait pas d'accouchements ni de consultations, mais pouvait tenir la main des femmes et aider à minima les soignant·e·s (leur passer un tensiomètre ou tenir un stéthoscope par

exemple). Les entretiens ont été menés avec des sages-femmes (dix dont cinq maîtresses sages-femmes et cinq sages-femmes de salle³), des obstétricien·nes (dix), des patientes (six) et des responsables politiques (dont deux du ministère de la Santé du Bénin et un de la Japan International Cooperation Agency, JICA). Ils ont été conduits selon une grille d'entretien précise tout en offrant la possibilité qu'émergent des thèmes inattendus. Ils ont été enregistrés et retranscrits dans leur totalité. Les entretiens avec les professionnel·les de santé ont été menés jusqu'à saturation ; ils constituent la principale source de données utilisée dans cet article bien que nous nous référions parfois aux entretiens menés avec des femmes. Les données ont été analysées en suivant les approches croisées de la socio-anthropologie de la naissance, de la sociologie des sciences et des technologies, de la sociologie du genre et de la sociologie du corps.

La santé maternelle au Bénin : une médicalisation ancienne et prégnante

Cent ans de politiques de médicalisation de l'accouchement

- 5 La médicalisation de l'accouchement au Bénin a débuté il y a un siècle. Le corps professionnel des sages-femmes a assuré un rôle central dans ce processus. Historiquement, c'est à Dakar au Sénégal que l'école de médecine de l'Afrique occidentale française (AOF) a ouvert en 1918 avec, dès le départ, une section spéciale dédiée à la formation de sages-femmes africaines. La figure de la « sage-femme dahoméenne⁴ » a été construite tout au long de cette époque coloniale. Le corps professionnel des sages-femmes issues de ce territoire est remarquable tant par son rôle actif dans la médicalisation de l'accouchement que par son effectif. En effet, elles représentaient environ un tiers de l'ensemble des sages-femmes formées à l'école de médecine de l'AOF entre 1918 et 1940 (Barthélémy, 2004a). Tout au long du xx^e siècle, elles se sont déployées sur le territoire du royaume du Dahomey. Très rapidement, elles ont assuré « l'œuvre de médicalisation engagée par la France et diffusent des méthodes élaborées par un corps médical et scientifique en Europe, dont elles adoptent en partie les pratiques et attitudes » (Barthélémy, 2004b : 121).
- 6 Après l'indépendance en 1960, le « monde du développement » (Atlani-Duault & Vidal, 2009) a continué à promouvoir la médicalisation de l'accouchement au Bénin à travers l'aide publique au développement (APD). Le gouvernement de l'accouchement « par le risque », évoqué en introduction, a débuté dans les années 1970 dans les pays des Nord, puis s'est largement diffusé au-delà, à travers différents outils tels que le partogramme⁵ (Olivier de Sardan *et al.*, 2017). Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies adoptés en 2000 ont intensifié les injonctions à la médicalisation dans les pays des Suds à travers un indicateur clé, le taux d'accouchement assisté par du personnel biomédical. Au Bénin, notamment dans le sud du pays, la biomédicalisation de la grossesse et de l'accouchement a été décrite comme particulièrement importante, la grande majorité des parturientes adhérant pleinement à un suivi biomédical et se rendant à plusieurs consultations prénatales au cours de leur grossesse (Baxerres *et al.*, 2018). L'adoption de la biotechnologie au sein de l'institution hospitalière se manifeste par le recours quasi systématique au partogramme, à l'imposition de la position allongée, à l'usage très fréquent d'hormones

de synthèse (oxytocines) et de façon plus générale, à l'influence croissante de l'industrie pharmaceutique depuis les années 1980-1990, avec des représentant·es pharmaceutiques très présent·es dans les hôpitaux (notamment pour promouvoir les antibiotiques contre les infections génitales), et à la diffusion de la pratique de la césarienne à travers les politiques de gratuité (Schantz *et al.*, 2020).

- 7 Cent ans après le début du processus de médicalisation puis de biomédicalisation de la grossesse et de l'accouchement, la santé maternelle au Bénin est caractérisée par des indicateurs contrastés. Accoucher en institution est aujourd'hui la norme dans la région du Littoral où se situe le CHU-MEL où nous avons mené notre étude puisque 99 % des femmes accouchent dans un établissement de santé (Institut national de la statistique *et al.*, 2019). Ce taux est de 84 % si l'on considère l'ensemble du pays. Malgré cela, le Bénin fait face à un taux de mortalité maternelle élevé avec environ 397 femmes qui meurent pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2019) et les femmes qui sont prises en charge en établissements de santé y accouchent souvent dans des conditions humaines et matérielles difficiles, avec peu d'intimité, une absence d'accompagnant·e et une prise en charge de la douleur insuffisante (Jaffré, 2018 ; Schantz *et al.*, 2020).

Le CHU-MEL : l'incarnation de l'excellence béninoise en matière de biomédicalisation de l'accouchement

- 8 Le CHU-MEL à Cotonou est la plus grande maternité du Bénin. Il est réputé dans toute la région pour la formation que ses médecins dispensent aux étudiant·es qui viennent de différents pays d'Afrique subsaharienne pour s'y spécialiser en gynécologie obstétrique. En 2019, 4 170 femmes ont accouché dans cet hôpital. Avec ce CHU public, le Bénin perpétue ainsi son rôle d'agent de la médicalisation, et aujourd'hui de la biomédicalisation de la santé maternelle.
- 9 En 2017, la salle de naissance du CHU-MEL s'organisait autour de trois espaces. Un premier espace, appelé la « salle de dilatation », était composé de dix boxes avec un lit dans chaque boxe sur lequel la patiente était allongée pendant le « travail d'accouchement ». Les lits comportaient un matelas sur lequel les femmes disposaient leur pagne. En période de forte affluence, il était très fréquent qu'un matelas supplémentaire soit disposé au sol dans chaque boxe, doublant ainsi le nombre de places disponibles en salle de dilatation. Les cris des femmes provoqués par la douleur des contractions utérines emplissaient cet espace. Nos observations suggèrent qu'ils constituaient pour les sages-femmes un moyen d'appréhender à distance (sans recourir au toucher) l'évolution du travail. L'analgésie péridurale n'était pas pratiquée pour les femmes qui accouchaient de façon ordinaire par voie basse dans cette maternité publique, et la douleur n'était pas prise en charge par d'autres moyens non médicamenteux (hypnose, massage, acupuncture, bain, tel que cela peut être pratiqué parfois aux Nords). Nous avons observé des va-et-vient de personnes qui accompagnaient les femmes en travail et venaient parfois déposer des vêtements, des pagnes, de la nourriture. Les contacts physiques et verbaux entre les médecins ou les sages-femmes et les femmes étaient peu fréquents ; ils étaient majoritairement réservés aux étudiant·es lors des examens cliniques. Les femmes étaient, le plus souvent, seules face à leur douleur.
- 10 Un deuxième espace est appelé la « salle d'accouchement ». Il comprenait sept tables d'accouchement étroites (environ 70 cm de largeur), en métal et assez hautes,

comportant des étriers sur les côtés. Ces deux salles, « de dilatation » et « d'accouchement », étaient des salles communes dont les affiches présentes au sol et sur les murs témoignaient du passage successif de projets internationaux. Les accompagnant·e·s n'étaient pas autorisé·e·s à rester auprès des femmes ; ils/elles devaient patienter dans la cour de l'hôpital. Les femmes devaient rester allongées sur le dos, sous perfusion. Des oxytocines étaient administrées de façon quasi systématique pour accélérer le travail d'accouchement. En cas de césarienne, la patiente était véhiculée sur un brancard le long du couloir séparant les salles de dilatation et d'accouchement des deux blocs opératoires situés à une vingtaine de mètres.

- 11 Au fond de la salle d'accouchement se trouvait un petit espace mi-clos, d'environ 15 m², avec des tatamis au sol, un ballon, des cordes, des barres de suspension et un lit comportant un matelas. Il s'agissait d'un espace mis en place par la JICA dans le cadre de ses projets au Bénin. Ce troisième espace chaleureux contrastait fortement avec les deux autres, par ses couleurs et ses matériaux chauds (le bois, les couleurs marron et rouge), qui s'opposaient aux matières froides et rigides des murs et des tables d'accouchement (le métal, le carrelage, les couleurs noire, grise et blanche).

La salle d'accouchement « libre et humanisé » mise en place par le JICA au CHU-MEL, Cotonou, Bénin



© Clémence Schantz, novembre 2019

La coopération japonaise : un projet à contre-courant visant à humaniser et à dé-techniciser l'accouchement

- 12 La JICA a été créée en 1974 ; elle est chargée de l'exécution de l'APD du Japon. Ses premiers projets ont été conduits en Asie du Sud-Est, notamment au Cambodge. Dans

les années 1990, elle est devenue l'une des agences de coopération bilatérale la plus puissante au monde et a élargi ses projets à l'Afrique (Kato, 2016). En 2017, 41 % de ses dons ont été réalisés en Afrique, dont 17 % dans le domaine de la santé (JICA, 2018). Depuis les années 2000, la JICA cherche à améliorer la qualité des soins de santé maternelle dans le monde avec deux objectifs principaux : la diminution des taux de césarienne et l'humanisation de la naissance (Behruzi *et al.*, 2010). Pour ce faire, au Bénin, la JICA a mis en place des projets d'accouchement dits « humanisés » avec une conception démedicalisée de l'accouchement⁶.

- 13 La présence de la JICA au Bénin remonte à une quinzaine d'années, lorsqu'elle a signé un protocole d'accord avec le Bénin et envoyé ses premiers volontaires japonais en 2005. En 2007, un bureau JICA a ouvert à Cotonou et deux projets ont été mis en œuvre dans le domaine de la santé maternelle : la construction d'un bâtiment d'hospitalisation au CHU-MEL en 2009 et la construction et l'ouverture d'un hôpital de zone⁷ dans la ville d'Allada, située à 54 km de Cotonou, en 2018. La politique d'action de la JICA se caractérisait par l'organisation de nombreuses missions de Béninoises au Japon et de Japonais au Bénin afin de favoriser les échanges scientifiques et culturels. C'est ainsi qu'une trentaine de professionnel·le·s du CHU-MEL se sont rendu·e·s au Japon à la fin des années 2000.
- 14 Le projet visant à favoriser l'accouchement libre et humanisé reposait sur un modèle d'accouchement exporté des maisons de naissance du Japon. L'objectif affiché était de proposer un modèle d'« accouchement sécurisé et heureux ». La notion de sécurité est importante ; elle est constitutive du projet qui proposait de dé-techniciser l'accouchement, tout en le maintenant dans l'enceinte de l'institution médicale. Ce projet diffère ainsi d'autres mouvements de démedicalisation de l'accouchement aux Nord·s qui militent pour la défense des accouchements à domicile (Pruvost, 2016). Au CHU-MEL, les femmes éligibles pour ce type d'accouchement devaient remplir certains critères médicaux : leur grossesse devait être simple (« physiologique ») et elles ne devaient pas présenter de facteurs de risques de complication obstétricale.
- 15 On trouvait en salle de naissance un document de la JICA précisant les cinq critères qui définissaient l'accouchement libre et humanisé : les femmes devaient pouvoir bénéficier du soutien continu d'une sage-femme ; être libres de leurs mouvements au cours du travail ; bénéficier de l'accompagnant·e de leur choix⁸ ; boire et manger à tout moment ; adopter la position de leur choix au moment de l'accouchement, lors de la période dite d'« expulsion ». Ce modèle était donc très proche de celui proposé dans les années 1990 au Brésil et présenté en introduction.
- 16 Ce projet d'accouchement libre et humanisé a été mis en place au CHU-MEL en 2009, après une mission au Japon à laquelle avaient participé le directeur de l'hôpital, le chef de la maternité et des maîtresses sages-femmes. Les entretiens que nous avons conduits ont montré que ces professionnel·le·s ont été « enchanté·e·s » de découvrir cette modalité d'accouchement au Japon et qu'ils et elles ont demandé que ce modèle puisse être proposé dans leur hôpital. Une employée chargée de projets à la JICA explique ainsi :

Des sages-femmes sont allées au Japon en 2008 et ont été intéressées. Le Japon est un pays très développé mais ils ont gardé tout ce qui est traditionnel, tout ce qui est propre à eux. Donc ils ont toujours des maisons d'accouchement qui ont été organisées, où les femmes

peuvent toujours accoucher dans une maison, pas dans un hôpital, elles peuvent accoucher dans l'eau, ils font beaucoup de choses. [...] L'accouchement humanisé c'est pas seulement la technique. C'est aussi tout ce qui doit accompagner le respect de la personne, la douceur qu'on peut mettre dans l'accouchement et tout ça. (Entretien, novembre 2019)

- 17 Le projet a été initié au CHU-MEL en tant que centre pilote ; il a ensuite été implanté dans treize autres centres de santé au Bénin⁹.
- 18 Dix ans plus tard, en 2019, le projet peine à se pérenniser au CHU-MEL et moins de 3 % des femmes qui accouchent par voie basse donnent naissance dans cet espace humanisé. Une obstétricienne expliquait que « *le nombre était énorme en 2009 quand ça a été apporté ici [...], je crois 450. Et deux ans, trois ans après, le nombre a commencé à chuter* » (entretien, mars 2017). Depuis quelques années, seules une centaine de femmes par an bénéficient de cette modalité d'accouchement. Des réticences ont été ressenties dès le départ, comme l'explique la chargée de projets à la JICA :

On a fait des formations, mais à l'époque les experts [japonais] qui étaient là n'étaient pas très satisfaits car ils disaient qu'on ne comprend pas très bien ici « accouchement humanisé ». Parce que quand on dit « accouchement humanisé », tout le monde pense immédiatement que c'est l'équipement et que la femme doit accoucher en style libre¹⁰. Mais un Japonais te dit que ce n'est pas simplement ça, c'est tout ce qui doit accompagner une femme en travail. La façon de la traiter, la façon d'être compatissant, la façon de pouvoir l'écouter. Donc tout ça doit accompagner le fait qu'elle puisse accoucher dans la position qu'elle décide. (Entretien, novembre 2019)

- 19 Alors que le corps professionnel des sages-femmes béninoises a été proactif dans l'importation de ce modèle du Japon, il apparaît ensuite comme un élément de résistance central au projet. Cette contradiction apparente peut s'expliquer par une certaine scission au sein de la profession entre les maîtresses sages-femmes (qui ont participé à l'importation du projet) et les sages-femmes de la salle de naissance (qui freinent le projet), c'est-à-dire entre celles qui ont un rôle de décision et de gestion administrative, et les sages-femmes de « terrain » qui pratiquent les accouchements (nous en discuterons dans la suite de l'article). Ainsi, malgré le succès initial – de courte durée – du projet, une maîtresse sage-femme explique que « *les sages-femmes [de salle] n'étaient pas du tout enthousiastes, elles n'étaient pas vraiment favorables à cela quand on a parlé d'accouchement en style libre* » (entretien, novembre 2019). Une autre explique que les sages-femmes de salle ont manifesté des « *réticences* » dès le début du projet (journal de terrain, novembre 2019). Dans les discours recueillis lors des entretiens et des observations, ces réticences et ce manque d'enthousiasme se cristallisaient sur deux points principaux qui étaient pourtant constitutifs du projet japonais : le refus de faire entrer une accompagnant-e en salle de naissance et le refus d'autoriser la femme à accoucher dans la position de son choix.

Les freins à l'accouchement libre et humanisé

Le refus de laisser entrer un·e accompagnant·e : chasser les « sorcières » et les savoirs empiriques

20 Les difficultés rencontrées par la coopération japonaise résident en grande partie dans le refus des sages-femmes de salle d'autoriser la présence d'un·e accompagnant·e auprès de la femme qui accouche. Lors des observations et lors des entretiens formels et informels avec les sages-femmes de salle, les arguments les plus fréquemment évoqués pour justifier ce refus étaient la peur de « la sorcellerie » et des « ocytociques traditionnels »¹¹ (c'est-à-dire des plantes qui ont une action sur la contractilité de l'utérus), la peur que l'accompagnant·e puisse gêner les pratiques médicales, et la peur qu'il ou elle puisse voir d'autres femmes « dénudées ».

21 Les verbes « cacher », « divulguer », en référence à l'accompagnant·e, étaient récurrents dans les discours des sages-femmes de salle, exprimant une peur de l'inconnu, de l'invisible. Elles expliquaient que faire entrer un·e accompagnant·e en salle de naissance ouvrait la porte à des pratiques occultes :

Bon, il y a aussi d'autres tabous, on peut dire qu'il y a certaines personnes qui sont sorcières, si elles viennent rester dans la salle, il y a des petits trucs là qui ne sont pas réels comme ça mais qui sont des raisons qu'elles [les sages-femmes] évoquent et elles disent « non, je ne veux pas que telle personne reste dans la salle ». (Entretien, sage-femme de salle, novembre 2019)

22 Cette figure de la « sorcière » accompagnant l'accouchée a été décrite dans différentes sociétés et à différentes époques. Dans les écrits de Pascale Barthélémy, qui s'est intéressée à la formation des sages-femmes ouest-africaines au début des années 1920, le terme « sorcière » désigne non pas des accompagnantes mais des matrones. Celles-ci sont accusées par l'administration de l'école de médecine d'être des « adversaires », des « féticheuses » (Barthélémy, 2004b : 126) qui risquent d'ébranler la formation technique tout juste acquise par les jeunes sages-femmes « de salle ». Pascale Barthélémy évoque l'âge avancé des matrones mis en regard de celui des jeunes sages-femmes, qui joue au détriment de ces dernières dans une société où la préséance est accordée aux anciennes, notamment en matière de grossesse et d'accouchement. L'accès au savoir médical est néanmoins venu contrebalancer l'inexpérience associée à la jeunesse et l'historienne précise que progressivement « les sages-femmes acquièrent une légitimité malgré leur âge parce qu'elles sont du côté des dominants » (Barthélémy, 2004b : 130), c'est-à-dire de l'administration coloniale. Nous avons retrouvé les mêmes tensions dans les salles de naissance cotoisises avec des sages-femmes de salle relativement jeunes qui refusaient l'entrée à des accompagnant·es plus âgé·es par peur de « sorcellerie ». Ces sages-femmes se situaient ici aussi du côté des dominants : celui de la biomédecine, de la science, de la biotechnologie, de la surveillance pour maîtriser le risque. Elles s'opposaient à des pratiques populaires qualifiées de dangereuses : des soins basés sur l'expérience, matérialisés par les tisanes d'ocytociques comme nous le verrons ci-dessous. Qu'elle caractérise les accompagnant·es aujourd'hui ou les matrones hier, cette figure de « la sorcière » – mentionnée à de nombreuses reprises par les sages-femmes de salle lors des observations et des entretiens – symbolise, de notre point de

vue, l'écart, la déviance face à la norme biomédicale dominante. Cette lutte des pouvoirs qui s'exerce sur le corps des femmes a débuté au XVII^e siècle en Europe et aux États-Unis où les guérisseuses empiriques étaient également qualifiées de « sorcières ». Cette « chasse aux sorcières » a entraîné à l'époque, selon certains auteur·es, un « gaspillage de talent et de connaissance » et une perte de pouvoir des femmes, qui se sont retrouvées privées de ce savoir empirique (Ehrenreich & Deirdre, 2016 : 25)¹².

- 23 Concernant la peur des tisanes d'« ocytociques traditionnels », une maîtresse sage-femme expliquait :

Quand tu fais entrer une accompagnante qui n'est pas sensibilisée, elle risque de donner des ocytociques traditionnels à la femme. Il faut leur expliquer, les amener à comprendre que même sans ça, elle [la femme] peut accoucher. Et quand tu leur expliques, elles comprennent. Donc les sages-femmes se plaignent de ça, et c'est pour ça surtout qu'elles ne veulent pas que les accompagnantes viennent. Parce que par exemple si une femme est sous maturation cervicale au Cytotec® et que vous ajoutez encore quelque chose là, ça peut rompre votre utérus. Si vous n'êtes pas vigilant là, c'est des potions, c'est des petits trucs qu'ils [les accompagnant·es] amènent, et ils vont dire que c'est le manger, ils amènent ça et il faut ouvrir pour découvrir que c'est de la tisane, donc des ocytociques traditionnels. Du coup, les agents de santé se sentent dans l'insécurité. Parce qu'il faut vraiment être vigilant pour détecter ça. Je ne pense pas que ce soit comme ça chez les Japonais donc les problèmes ne sont pas les mêmes. (Entretien, novembre 2019)

- 24 La question des « ocytociques traditionnels » revenait dans la quasi-totalité des discours des soignant·es lors de notre recherche, et très souvent lors de la réunion quotidienne qui rassemblait une cinquantaine de médecins, maîtresses sages-femmes, sages-femmes de salle et étudiant·es, afin de passer en revue les dossiers des femmes ayant accouché au cours des vingt-quatre dernières heures. Les « ocytociques traditionnels » étaient accusés d'avoir provoqué un avortement, une souffrance fœtale ou un accouchement difficile. Ces produits ravivaient la tension entre des systèmes médicaux reposant sur des paradigmes différents¹³.
- 25 Ainsi, l'accompagnant·e, parce qu'il ou elle est susceptible d'introduire dans la maternité des produits dits « traditionnels » ou des pratiques de « sorcellerie », représentait une menace pour les sages-femmes de salle construites par l'institution biomédicale. La « blouse rose » que porte les sages-femmes au Bénin est d'ailleurs revendiquée par celles-ci comme incarnant une forme de modernité et de rupture avec les pratiques empiriques¹⁴.

Refuser la « souillure » de l'accouchement

- 26 Un autre argument récurrent dans le discours des sages-femmes de salle pour expliquer leur défiance à l'égard du projet japonais s'exprime à travers ce que nous appelons ici « la peur de la souillure », en référence aux travaux de Mary Douglas (1967). Une obstétricienne expliquait ainsi :

Ici on dit accouchement en style libre, déjà elles [les sages-femmes] sont réticentes, elles se disent « mais comment on va se baisser, comment on va faire pour récupérer », déjà on trouve que ça va être trop sale parce que bon, ce n'est pas quelque part où [les patientes] sont bien cadrées, quand le liquide va couler et autre, bon elles se sentent un peu donc... il y a cette réticence du personnel médical. (Entretien, novembre 2019)

- 27 Cette femme médecin disait « ça va être trop sale » en référence au liquide amniotique, au sang, aux excréments présents lors d'un accouchement qui risquent d'être déversés à terre du fait de la position libre et donc non « contrôlée » de la femme.
- 28 Yannick Jaffré a développé ce point en évoquant le besoin des sages-femmes de salle de se laver après un accouchement :

Dans tous nos entretiens s'enchaînent les mêmes séquences : faire les accouchements puis se laver. Nos interlocutrices sont unanimes à lier ces deux actions et à dire l'importance des douches. Certes, tout cela peut sembler bien banal, et il fait souvent chaud dans les salles d'accouchement. Mais comment ne pas penser que ce geste d'hygiène ne soit aussi une façon de se déprendre d'une souillure liée à cette crudité physique de l'accouchement, à une proximité de la sexualité et à un risque de contamination concrètement présent lors de chaque accouchement ? (Jaffré, 2018 : 156)

- 29 La peur du VIH/sida a été mentionnée dans nos entretiens où la même obstétricienne poursuivait en expliquant :

Cette psychose est du fait du VIH. [...] Quand on finit et on apprend qu'elle est séropositive, on revit toute la scène, « bon qu'est-ce que j'ai fait, est-ce que je ne me suis pas contaminée ? » Donc il y a toute cette psychose qui est là et qui fait qu'elles [les sages-femmes] sont réticentes par rapport au fait qu'elles peuvent être éclaboussées et autre et être contaminées. (Entretien, novembre 2019)

- 30 Il semble cependant qu'il y ait quelque chose de plus que cette peur objective d'une contamination par le VIH/sida¹⁵ ou de ce qui n'est pas « propre ». Le fait que l'obstétricienne explique que les femmes, lors d'un accouchement libre et humanisé, « ne sont pas bien cadrées », renvoie à l'idée que l'accouchement n'est pas conforme à ce qu'il doit être. Mary Douglas a bien montré que « là où il y a saleté il y a système. [...] La saleté est le sous-produit d'une organisation et d'une classification de la matière, dans la mesure où toute mise en ordre entraîne le rejet d'éléments non appropriés » (Douglas, 1967 : 55). Dire qu'un accouchement est « sale » lorsque la femme n'est pas allongée sur le dos signifie qu'il n'est pas à sa place, qu'il n'est pas tel qu'il doit être. Cette obsession de la saleté dans les discours illustre le fait que la « science obstétricale¹⁶ », en tant que science médicale, s'insère dans une société structurée par des rapports sociaux ordonnés où le binôme « sale/propre » participe au maintien du système. La position allongée¹⁷ – ou position gynécologique, selon l'expression médicale – est fondatrice de cette « science obstétricale » qui contribue à reproduire la structure

sociale, notamment les rapports sociaux de sexe et les représentations du corps féminin.

Une femme allongée sur une table d'accouchement en salle de naissance, CHU-MEL, Cotonou, Bénin



© Clémence Schantz, mars 2017.

Allonger les femmes et discipliner leur corps

- 31 En France, la position gynécologique a été introduite au XVII^e siècle lorsque les hommes sont entrés dans les lieux d'accouchement, au moment où la « science obstétricale » s'est constituée. Dès la fin du XVII^e siècle, l'accouchement a été pris dans un vaste mouvement de scientification et de médicalisation (Sage-Pranchère, 2017). Deux arguments sous-tendaient alors l'imposition aux femmes de cette position d'accouchement : la possible nécessité de recourir à la technologie (par exemple pratiquer une épisiotomie ou utiliser des forceps pour extraire le fœtus) et le confort du soignant. Le bien-être, la liberté et le choix de la femme qui accouche ont été relégués au second plan.
- 32 Dans le contexte colonial des années 1920, les sages-femmes africaines diplômées en AOF ont eu pour principale tâche d'« apprendre aux femmes à accoucher autrement, c'est-à-dire selon les normes occidentales » (Barthélémy, 2004b : 135), participant ainsi à la « domestication » des corps et des mères (Hugon, 2005). Pascale Barthélémy note que cette position allongée a été difficile à imposer au début, mais qu'elle a fini par être adoptée dans les maternités ouest-africaines dans les années 1950, et généralisée dans les années 1960 (Barthélémy, 2004b : 139). L'historienne ajoute que si cette position allongée est confortable pour le praticien, elle lui permet surtout de conserver une « attitude digne, adaptée à sa position sociale. La femme en couches “monte” ainsi au niveau du médecin accoucheur, alors que la sage-femme pratiquait son métier en se

mettant au niveau de la parturiente [...]. Transférée en contexte colonial, la position allongée confère aux sages-femmes qui l'utilisent une attitude professionnelle dominante plutôt masculine. Elles ne sont plus comme les matrones au pied des femmes dans des postures douloureuses, au risque d'être inondées par le liquide amniotique et le sang de la parturiente mais travaillent de plus en plus debout, avec une table d'accouchement et un bassin » (Barthélémy, 2004a : 138-139).

- 33 Nous avons retrouvé ces mêmes arguments dans les discours recueillis à Cotonou, comme en témoignent les propos d'une obstétricienne qui opposait la douleur de la femme au confort du praticien :

Toutes les femmes qui ont accouché en position libre étaient satisfaites, la douleur était plus ou moins relative, et elles ont apprécié surtout le confort des positions assises, accroupies, debout. Par contre, les autres [femmes] souffrent de lombalgies au cours de l'accouchement en position classique [allongée]. Maintenant, concernant les praticiens, ils ont dit... [...] les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens ont noté surtout le risque de lombalgies pour eux-mêmes à force de se tordre dans tous les sens pour faire accoucher les femmes dans leur position à elles, c'était beaucoup plus compliqué. (Entretien, février 2017)

- 34 De la même façon, une maîtresse sage-femme expliquait :

Il y a des positions, lorsque vous les adoptez, trop souvent c'est sciatique, ou mal de dos ou ceci ou cela. C'est ce que les sages-femmes disaient dans le temps, que ce n'était pas confortable de s'accroupir pour aider une parturiente. Donc il y a un peu de réticence. Parce que nous sommes tellement habituées à l'autre position. Donc c'était ça la réticence. Donc on les a formées quand même, mais elles préfèrent l'autre, sur la table, c'est plus confortable pour la sage-femme, mais ce n'est pas confortable pour la parturiente. Voilà. (Entretien, novembre 2019)

- 35 Il semble ainsi qu'il faille choisir entre le confort du ou de la soignant·e et celui de la patiente, les deux étant incompatibles dans les discours des sages-femmes. En faisant obstacle au projet japonais d'accouchement libre et humanisé, les sages-femmes de salle donnaient la priorité à leur propre confort, au détriment de celui de la patiente. Cette priorisation s'inscrit dans le paradigme d'une « science obstétricale » qui réduit les femmes en « cas médicaux » et où le rôle actif est attribué à l'« accoucheur » et non à la parturiente (Schlumbohm, 2002). Que ce soit en France ou au Bénin, la linguistique vient rappeler cette vision active du ou de la soignant·e dans les maternités où l'on dit communément qu'il ou elle « accouche la patiente » alors que les féministes militantes soulignent que c'est bien la femme qui accouche, et non l'inverse (Pruvost, 2016). Malgré la multiplication des publications et les niveaux de preuves élevés soulignant les avantages à la fois médicaux mais aussi psycho-affectifs des positions alternatives à la position allongée (Lawrence et al., 2013), celle-ci est toujours la « norme » dans les salles de naissance biomédicalisées partout dans le monde. Les femmes enceintes savent d'ailleurs que la position allongée est imposée dans les centres de santé, et c'est

une des raisons pour lesquelles certaines d'entre elles, dans plusieurs pays, préfèrent accoucher à domicile (Bohren et al., 2014).

- 36 On constate à Cotonou comme ailleurs une forte incorporation des pratiques biomédicales par les soignant·e·s, à tel point que la définition de l'accouchement « classique » correspond à un accouchement dirigé, administré :

L'accouchement que je dis classique c'est l'accouchement où il faut rester dans la position de Mauriceau¹⁸, dès qu'on te met la perfusion, tu n'as plus la liberté de position, dès qu'on te met l'abord veineux et qu'on te place la perfusion de synto¹⁹, tu es obligée de rester dans cette position pour que la veine ne se gâte pas, tu es condamnée à adopter la position de Mauriceau sur le dos, tu n'as pas le choix, tu es obligée de rester comme ça, comme si tu étais emprisonnée. (Sage-femme de salle, entretien, novembre 2019)

- 37 On notera les termes forts employés par cette sage-femme : « tu n'as plus la liberté », « tu es obligée de », « tu es condamnée », « tu n'as pas le choix », « comme si tu étais emprisonnée », qui s'opposent à ceux de l'accouchement libre et humanisé promu par la JICA où les notions de liberté et de mouvement sont centrales. Cette position allongée imposée aux femmes, qui s'accompagne d'une privation de liberté, fait écho aux concepts de « biopouvoir » (Foucault, 1976), d'incorporation de la « domination » (Bourdieu, 1998), de « gouvernement des corps » (Fassin & Memmi, 2004), de « discipline » et d'« autodiscipline des corps » (Parini, 2013). Le fait que le corps de la parturiente doit être « propre » et « discipliné » est très présent dans nos observations des salles de naissance cotoisaises. Nous avons été témoin de réactions parfois violentes de sages-femmes de salle à l'égard de femmes qui « bougeaient », qui ne « restaient pas correctement allongées » ou qui n'étaient pas « disciplinées » lors de l'accouchement (journal de terrain, février, mars 2017 et novembre 2019).

- 38 Décrire les alternatives proposées par la JICA et les résistances des sages-femmes de salle au changement illustre bien, selon nous, l'incorporation des « enjeux sociaux et de genre qui ont cours dans les choix scientifiques et médicaux » (Gardey, 2013 : 156). L'imposition de cette biotechnologie (la position allongée) est synonyme de perte d'autonomie pour les femmes. L'avènement de l'obstétrique a certes permis de sauver de nombreuses vies maternelles et fœtales depuis cent ans. Néanmoins, l'obligation de la position gynécologique, « position de domination à la fois professionnelle et sexuée » (Barthélémy, 2004b : 139) mise au point par un corps médical masculin – mais aujourd'hui majoritairement prescrite par des femmes – participe d'une véritable perte de savoir-faire féminins et d'une dépossession de « techniques du corps » (Mauss, 1936) qui étaient propres aux femmes. La position allongée imposée à la patiente lors de son accouchement la place dans une situation de vulnérabilité où sa liberté est largement annihilée. Cette privation de liberté perdure aujourd'hui dans la majorité des sociétés où la biomédicalisation de l'accouchement est pensée en termes de « risques » et où l'individualité de la femme est invisibilisée derrière des protocoles de service. Cette privation de liberté s'inscrit dans la problématique des violences obstétricales qui sont avant tout des violences de genre (Delage et al., 2019 ; Schantz et al., 2021). Elles ne relèvent pas exclusivement d'actes commis par des hommes sur des femmes mais aussi d'actes commis par des femmes (notamment les sages-femmes) ayant intériorisé les rapports sociaux de domination entre les sexes. Ces violences obstétricales sont ainsi

structurelles et les femmes qui se trouvent à l'intersection de différents rapports de domination (notamment de classe et de race) sont plus exposées à ces violences que les autres femmes (Crenshaw, 1991).

Conclusion : La dé-technicisation est-elle synonyme de régression ?

- 39 À travers une grille de lecture peu explorée en Afrique de l'Ouest sur les débats portant sur la « techno-bio-médicalisation » de la naissance, cet article a documenté la réception locale d'un projet japonais d'humanisation et de dé-technicisation de l'accouchement au Bénin. Cette recherche a montré la difficulté pour de nombreuses sages-femmes de salle de sortir du cadre biomédical dominant. Cette difficulté s'articule autour de deux éléments centraux et constitutifs du projet d'humanisation de la naissance de la JICA : la possibilité pour chaque femme d'être accompagnée en salle de naissance de la personne de son choix et d'adopter la position qui lui semble la plus confortable. À Cotonou, à plusieurs reprises, nos interlocuteurs et interlocutrices nous ont fait part de leur inquiétude de voir anéantis les progrès accomplis ces dernières années dans le domaine de la santé maternelle. La dé-technicisation de l'accouchement proposée par la JICA apparaît aux yeux de nombreux·ses soignant·es comme un impossible recul. Revenir à des « techniques du corps » (Mauss, 1936) passées signifie désapprendre le savoir technique incorporé et donc, selon elles et eux, régresser.
- 40 Pour prolonger cette recherche sur la circulation de ce modèle d'accouchement humanisé porté par des acteurs institutionnels transnationaux en Afrique de l'Ouest, il faudrait interroger les motivations qui ont conduit la coopération japonaise à mettre en place un tel projet au Bénin et dans d'autres pays de la région (Côte d'Ivoire, Sénégal) en menant une enquête au sein de la JICA et de ses acteur·rice·s au Japon. Pourquoi la JICA choisit-elle d'exporter précisément ce modèle ? Peut-on identifier des intérêts économiques, géopolitiques qui guideraient ces choix ?

Nous remercions l'ensemble des femmes et des hommes qui ont accepté de participer à cette recherche. Merci au CHU-MEL et à l'ensemble du personnel soignant pour leur accueil chaleureux. Nous remercions particulièrement la professeure Angeline Tonato-Bagnan et Blandine Godonou pour leur investissement dans cette recherche. Les données ont été collectées par Clémence Schantz au cours d'une première recherche postdoctorale au Ceped-IRD (2017), puis au cours d'une seconde recherche postdoctorale au CEMS-EHESS (2019-2021). Merci à Alexandre Dumont, Myriam de Loenzien, Eve Chiapello et Sezin Topçu pour leurs conseils lors de ces recherches. Le terrain au Bénin en 2019 a été financé par l'Institut du Genre (bourse de mobilité Jeune chercheure) que nous remercions. Nous remercions également Fanny Chabrol pour sa relecture et ses conseils sur une première version de cet article.

Cette recherche a été approuvée par le Comité national d'éthique pour la recherche en santé du ministère de la Santé de la république du Bénin en septembre 2017.

BIBLIOGRAPHIE

- AHANHANZO Y. G., OUEËDRAOGO L. S. L. et SAIZONOU J., 2014. « Performance d'un hôpital de zone sanitaire au Bénin : un exemple de modèle d'évaluation », *The Pan African Medical Journal*, 18 [en ligne], www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230223/ (page consultée le 30/04/2020). DOI : 10.11604/pamj.2014.18.63.3465
- AKRICH M., 1999. « La péridurale, un choix douloureux », *Cahiers du genre*, 25 : 17-48.
- AKRICH M., GARDEY D., LÖWY I. et PICON A., 2008. « Corps, genres, techniques, identités », *Science & devenir de l'Homme*, 57-58 : 73-90.
- AKRICH M. et LABORIE F., 1999. « De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question », *Cahiers du genre*, 25 : 6-16.
- ATLANI-DUAULT L. et VIDAL L., 2009. *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*. Paris, Armand Colin.
- BARTHÉLÉMY P., 2004a. « Sages-femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960. Une redéfinition des rapports sociaux de sexe en contexte colonial », In HUGON A. (dir.), *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, XX^e siècle*. Paris, Karthala : 119-144.
- BARTHÉLÉMY P., 2004b. *Femme africaines et diplômées : une élite auxiliaire à l'époque coloniale. Sages-femmes et institutrices en Afrique occidentale française (1918-1957)*, thèse de doctorat d'histoire, Université Paris 7-Denis Diderot.
- BAXERRES C., EGROT M., DUQUENOIS S., SAMBIENI E. N. et LE HESRAN J. Y., 2018. « La biomédicalisation de la grossesse au Bénin s'accompagne-t-elle d'un processus de marchandisation ? », In HAXAIRE C. M. (dir.), *L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements*. Rennes, Presse universitaires de Rennes : 171-188.
- BEHRUZI R., HATEM M., FRASER W., GOULET L., LI M. et MISAGO C., 2010. « Facilitators and Barriers in the Humanization of Childbirth Practice in Japan », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 1 : 25.
- BOHREN M. A., HUNTER E. C., MUNTKE-KAAS H. M., SOUZA J. P., VOGEL J. P. et GÜLMEZOĞLU A. M., 2014. « Facilitators and Barriers to Facility-based Delivery in Low- and Middle-Income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis », *Reproductive Health*, 11, 1 : 71.
- BOURDIEU P., 1998. *La Domination masculine*. Paris, Seuil.
- CAROL A., 2011. « Sage-femme ou gynécologue ? M.-A. Boivin (1773-1841) », *Clio*, 33 : 237-260.
- CARRICABURU D., 2005. « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47 : 245-262.
- CARRICABURU D., 2007. « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, 39 : 123-144.
- CHARRIER P., 2015. « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance », *Recherches familiales*, 12 : 71-83.
- CHOLLET M., 2018. *Sorcières : la puissance invaincue des femmes*. Paris, La Découverte.
- CLARKE A. E., FISHMAN J. R., FOSKET J. R., MAMO L. et SHIM J. K., 2000. « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, 18 : 11-42.

- CLAVANDIER G. et CHARRIER P., 2015. « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », *Recherches familiales*, 12 : 165-174.
- CRENSHAW K., 1991. « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color », *Stanford Law Review*, 43, 6 : 1241.
- DAVIS-FLOYD R., 2001. « The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, Suppl. 1 : S5-S23.
- DELAGE P., LIEBER M. et CHETCUTI-OSOROVITZ N., 2019. « Lutter contre les violences de genre. Des mouvements féministes à leur institutionnalisation », *Cahiers du Genre*, 66 : 5-16.
- DINIZ G. C. S., RATTNER D., LUCAS D'OLIVEIRA A. F. P., DE AGUIAR J. M. et NIY D. Y., 2018. « Disrespect and Abuse in Childbirth in Brazil: Social Activism, Public Policies and Providers' Training », *Reproductive Health Matters*, 26, 53 : 19-35.
- DOUGLAS M., 1967. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris, La Découverte & Syros.
- EHRENREICH B. et DEIRDRE E., 2016 [1976]. *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes?* Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- FASSIN D. et MEMMI D. (dir.), 2004. *Le Gouvernement des corps*. Paris, Editions de l'EHESS.
- FOUCAULT M., 1976. *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- GAMMELTOFT T., 2014. *Haunting Images: A Cultural Account of Selective Reproduction in Vietnam*. Berkeley, University of California Press.
- GARDEY D., 2013. « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au xx^e siècle ? », *Clio*, 37 : 143-162.
- HASEGAWA T. et KARANDAGODA W., 2013. « Changement de management pour l'hôpital à travers la progression par étapes 5S-Kaizen-TQM », rapport pour l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA).
- HILDINGSSON I., RÅDESTAD I. et LINDGREN H., 2010. « Birth Preferences that Deviate from the Norm in Sweden: Planned Home Birth versus Planned Cesarean Section », *Birth*, 37, 4 : 288-295.
- HUGON A., 2005. « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *Clio*, 21 : 212-229.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE) et ICF, 2019. « Enquête démographique et de santé au Bénin, 2017-2018 », Cotonou et Rockville, INSAE et ICF.
- JAFFRÉ Y., 2018. « Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin », *Santé publique*, S1 : 151-166.
- JICA, 2018. « Annual Report 2018 », [en ligne] www.jica.go.jp/english/publications/reports/annual/2018/index.html (page consultée le 6/05/2022).
- KATO H., 2016. « Japan's ODA 1954-2014: Changes and Continuities in a Central Instrument in Japan's Foreign Policy », In SHIMOMURA Y., PAGE J. et KATO H. (dir.), *Japan's Development Assistance: Foreign Aid and the Post-2015 Agenda*. Londres, Palgrave Macmillan : 1-18.
- KEEDLE H., SCHMIED V., BURNS E. et DAHLEN H. G., 2015. « Women's Reasons for, and Experiences of, Choosing a Homebirth Following a Caesarean Section », *BMC pregnancy and childbirth*, 15 : 206.

- LAWRENCE A., HOFMEYER G. et STYLES C., 2013. « Maternal Positions and Mobility During First Stage Labour (Review) », *The Cochrane Library*, 8.
- MACKINTOSH M., BANDA G., TIBANDEBAGE P. et WAMAE W. (dir.), 2016. *Making Medicines in Africa: the Political Economy of Industrializing for Local Health*. Londres et New York, Palgrave Macmillan.
- MAFFI I., 2012. « Géographie du corps féminin et pratiques de la naissance en Jordanie. Une ethnographie du milieu obstétrical », *Genre, sexualité et société* [en ligne], <http://gss.revues.org/2552> (page consultée le 23/09/2014).
DOI : 10.4000/gss.2552
- MAUSS M., 1936. « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, 32, 3-4 : 365-386.
- MISSODEY M. et ARHINFUL D. K., 2021. « Standardized herbal medicines in Ghana. The construction of a substantial share of the medicine market, especially for malaria », In BAXERRES C. et CASSIER M. (dir.), *Understanding Drug Markets: An Analysis of Medicines, Regulations and Pharmaceutical Systems in the Global South*. Londres, Routledge : 175-195.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., DIARRA A. et MOHA M., 2017. « Travelling Models and the Challenge of Pragmatic Contexts and Practical Norms: The Case of Maternal Health », *Health Research Policy and Systems*, 15, Suppl. 1 [en ligne], www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516842/ (page consultée le 29/08/2017).
DOI : 10.1186/s12961-017-0213-9
- OMS, 1996. « Care in Normal Birth », Genève.
- OMS, 2019. « Trends in maternal mortality 2000 to 2017 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division », Genève.
- PARINI L., 2013. « Domination/Pouvoir », In ACHIN C. et BERENI L. (dir.), *Dictionnaire genre & science politique*. Paris, Presses de Sciences Po : 180-190.
- POURRAZ J., 2019. « Réguler et produire les médicaments contre le paludisme au Ghana et au Bénin : une affaire d'Etat ? Politiques pharmaceutiques, normes de qualité et marchés de médicaments », thèse de doctorat en santé et sciences sociales. Paris, EHES.
- PRUVOST G., 2016. « Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité & société* [en ligne], <http://journals.openedition.org/gss/3849> (page consultée le 28/10/2019).
DOI : 10.4000/gss.3849
- QUAGLIARIELLO C., 2017. « L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? Une étude de cas en Italie », *Anthropologie & Santé*, 15 [en ligne], <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2780> (page consultée le 18/12/2017).
DOI : 10.4000/anthropologiesante.2780
- QUATTROCCHI P., 2019. « Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate », *Medical Anthropology*, 38, 8 : 762-776.
DOI : 10.1080/01459740.2019.1609471
- RUAULT L., 2016. « La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? », *Critique internationale*, 70 : 37-54.
- SAGE-PRANCHÈRE N., 2017. *L'École des sages-femmes : naissance d'un corps professionnel (1786-1917)*. Tours, Presses universitaires François Rabelais.

SCHANTZ C., ABOUBAKAR M., TRAORÉ A. B., RAVIT M., DE LOENZIEN M. et DUMONT A., 2020. « Caesarean Section in Benin and Mali: Increased Recourse to Technology Due to Suffering and Under-resourced Facilities », *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 10 : 10-18.

DOI : 10.1016/j.rbms.2019.12.001.

SCHANTZ C., ROZÉE V. et MOLINIER P., 2021. « Les violences obstétricales : un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société », *Cahiers du genre*, 2 : 107-126.

SCHLUMBOHM J., 2002. « Comment l'obstétrique est devenue une science », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 : 18-30.

SESTITO R., 2017. « Faire naître à la maison en France. L'invisibilité des radiations ordinaires de sages-femmes à domicile », *Anthropologie & Santé*, 15 [en ligne], <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2798> (page consultée le 18/12/2017).

DOI : 10.4000/anthropologiesante.2798

SIMON E., 2015. « L'expérimentation humaine en médecine traditionnelle, une pratique à la croisée de deux questionnements éthiques. Analyses à partir du Bénin », In BADJI M. et DESCLAUX A. (dir.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*. Paris, L'Harmattan : 283-299.

TOPÇU S., 2021. « Obstétrique, (non)violence et féminisme », *Cahiers du genre*, 71 : 81-106.

TOPÇU S. et BROWN P., 2019. « The Impact of Technology on Pregnancy and Childbirth: Creating and Managing Obstetrical Risk in Different Cultural and Socio-Economic Contexts », *Health, Risk & Society*, 21, 3-4 : 89-99.

NOTES

1. Dans cet article nous distinguons la médicalisation de la biomédicalisation des corps. Pour cela, nous nous appuyons sur les travaux d'Adèle Clarke *et al* (2000), qui évoquent le changement de paradigme opéré au début des années 2000 d'une médecine visant à soigner les corps malades (médicalisation) à une biomédecine visant à la gestion, à l'administration, à la transformation des corps, notamment à travers l'essor de l'industrie pharmaceutique et le développement des biotechnologies (biomédicalisation). Nous désignons sous le terme biotechnologies différentes pratiques techniques qui s'exercent sur le corps des femmes au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement, telles que la césarienne, l'épisiotomie, l'enregistrement de l'activité cardiaque du fœtus, l'échographie, la position gynécologique. Lorsque nous utilisons le terme biotechnologie au singulier, nous nous référons au concept d'« offre technologique » tel que mobilisé par Madeleine Akrich et Françoise Laborie (1999). Enfin, lorsque nous évoquons la détechnicisation, nous faisons référence aux initiatives visant à limiter ces pratiques ou leur recours systématique.

2. Nous précisons ici les apports des co-auteurs de l'article. Moufalilou Aboubakar a été le partenaire de recherche scientifique de Clémence Schantz au Bénin ; il a constitué le dossier pour solliciter l'accord du comité d'éthique, a préparé les terrains de recherche, a participé à la collecte des données et à l'interprétation des résultats. Carine Baxerres a pensé cette recherche dans la lignée de ses travaux sur les circulations entre l'Asie et l'Afrique avec Clémence Schantz, elle a contribué à l'apport théorique et bibliographique et aux recherches de financement pour les terrains ; elle a participé à l'écriture de l'article.

3. Au CHU-MEL, une distinction est opérée entre les maîtresses sages-femmes et les sages-femmes de salle. Les maîtresses sages-femmes sont généralement plus âgées que les sages-

femmes de salle ; elles ont un rôle administratif, ainsi que d'encadrement et de supervision des sages-femmes de salle.

4. Le Dahomey est un territoire associé à la fédération d'AOF en 1899 ; il correspond à l'actuel Bénin (Barthélémy, 2004b).

5. Le partogramme est une représentation graphique du travail d'accouchement.

6. De façon plus globale, la coopération japonaise est caractérisée par des constructions d'infrastructures, l'envoi d'experts, de volontaires et de consultants japonais et la formation du personnel local à la résolution de problèmes pratiques à travers une méthode de discipline japonaise, le « 5S Kaizen », qui vise à optimiser les conditions et le temps de travail en assurant l'organisation, la propreté et la sécurité d'un plan de travail. Cette approche s'appuie sur des outils de gestion utilisés initialement par l'industrie japonaise (notamment par l'entreprise Toyota). En 2007, cette approche a été adaptée au secteur de la santé, notamment dans les hôpitaux (Hasegawa & Karandagoda, 2013).

7. Les hôpitaux de zone constituent le second niveau de référence de la pyramide sanitaire au Bénin (Ahanhanzo et al., 2014).

8. Les accompagnant·es peuvent être le mari de la femme qui accouche, sa mère, son amie, sa sœur, ou n'importe quelle autre personne de son choix.

9. Nous n'avons pas pu étudier, dans le cadre de cette recherche, la réception de ce projet dans les autres centres de santé.

10. L'expression « accouchement en style libre », telle qu'utilisée ici, signifie que la femme peut choisir d'adopter la position de son choix.

11. Nous mobilisons ces deux termes selon l'utilisation émiq·ue qu'en ont fait les sages-femmes durant notre étude. Nous les utilisons avec des guillemets dans le texte.

12. On assiste depuis quelques années à un retour de cette figure de « la sorcière » en Occident. Cette fois plutôt positive, elle incarne une icône féministe échappant aux normes sociales dominantes (Chollet, 2018).

13. Les mouvements autour de la phytothérapie standardisée sont extrêmement dynamiques aujourd'hui en Afrique (Missodey & Arhinful, 2021). Ils suscitent des enjeux scientifiques et revêtent un pan prometteur de la production locale africaine, appelée de leurs vœux par certains scientifiques et décideurs africains, ainsi que par plusieurs bailleurs internationaux (Mackintosh et al., 2016 ; Pourraz, 2019). Le secteur de la médecine dite traditionnelle se reconfigure, en confrontation notamment avec l'industrie pharmaceutique, et met en place des expérimentations scientifiques (Simon, 2015).

14. Dans la plupart des centres de santé (publics comme privés), les sages-femmes portent des blouses roses et les médecins des blouses blanches. À Cotonou, les termes « blouse rose » sont fréquemment utilisés par les soignant·es pour désigner les sages-femmes. À titre d'exemple, à propos de la pratique de la césarienne hors indication médicale, une sage-femme disait : « *Les blouses roses doivent se lever et réagir !* » (journal de terrain, sage-femme de salle, mars, 2017).

15. L'incidence du VIH (% de la population de 15 à 49 ans) était estimée à 0,3 % en 2020 au Bénin (<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.HIV.INCD.ZS?locations=BJ>, page consulté le 10/05/2022).

16. Pour plus de précisions, voir les articles de Jürgen Schlumbohm (2002) et d'Anne Carol (2011) qui décrivent l'apparition de la « science obstétricale » aux XVIII^e et XIX^e siècles en Allemagne et en France.

17. Les expressions « position gynécologique » et « position allongée » sont équivalentes dans cet article. La « position gynécologique » est la notion médicale qui désigne la position allongée sur le dos de la patiente, qui a le plus souvent les jambes posées sur des étriers.

18. François Mauriceau (1637-1709), médecin français, est considéré comme l'un des fondateurs de la « science obstétricale ». Quand la sage-femme évoque la « position de Mauriceau », elle décrit la position allongée/gynécologique.

19. La sage-femme évoque ici le Syntocinon®, nom commercial d'un ocytotique de synthèse qui provoque des contractions du muscle utérin.

RÉSUMÉS

Depuis les années 1970, des mouvements militants internationaux dénoncent une approche médico- et techno-centrée de la naissance. En réponse à cette « techno-bio-médicalisation », le concept d'« accouchement humanisé » a émergé dans les années 1990 en Amérique latine puis s'est globalisé. Cet article propose d'analyser l'échec d'un projet japonais d'accouchement humanisé dans une maternité au Bénin. Sur la base d'observations participantes et d'entretiens, nous montrons que la proposition des actrices et acteurs du développement japonais se heurte à une forte incorporation de la « science obstétricale » par les soignant·e·s, et plus particulièrement par les sages-femmes béninoises. Plus précisément, en interdisant la présence d'une accompagnant·e auprès de la femme qui accouche et en refusant que celle-ci adopte une position autre que la position gynécologique, les sages-femmes reproduisent le modèle obstétrical dominant au détriment du confort et du bien-être des femmes.

Since the 1970s, international activist movements have denounced a medical and techno-centric approach to birth. In response to this “techno-bio-medicalization” of birth, the concept of *humanized* childbirth emerged in the 1990s in Latin America and then became global. This article proposes to analyse the failure of a Japanese project of *humanized* childbirth in a maternity hospital in Benin. On the basis of participant observations and interviews, we show that the proposal of Japanese development actors came up against a strong incorporation of obstetrical science by the health workers and more particularly by the Beninese midwives. More specifically, by forbidding the presence of an attendant near the woman giving birth and by refusing to accept a position other than the gynaecological one, the midwives reproduce the dominant model of biomedicalization of childbirth to the detriment of women's comfort and psychological and social well-being.

INDEX

Keywords : biomedicalization, technology, humanization, childbirth, Japan, Benin

Mots-clés : biomédicalisation, biotechnologies, humanisation de l'accouchement, Bénin, Japon

AUTEURS

CLÉMENCE SCHANTZ

Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris (France),
clemence.schantz@ird.fr

CARINE BAXERRES

IRD, Aix Marseille Université, LPED, Marseille (France), carine.baxerres@ird.fr

MOUFALILOU ABOUBAKAR

Centre national hospitalier universitaire (CNHU-HKM) de Cotonou (Benin), moufalilou@yahoo.fr