

UNE ANALYSE DE LA REINTERPRETATION DES RAPPORTS ECONOMIQUES ET SOCIAUX ENTRE ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES ET FEMMES ENCEINTES EN MILIEU RURAL DAN (COTE D'IVOIRE)

EHUI Prisca Justine

Maître-Assistante à l'Institut des Sciences
Anthropologiques de Développement (ISAD)
Université Félix Houphouët Boigny
E-mail: ehuiprisca@yahoo.fr

Kané N'nan Sarah

Doctorante à l'Institut des Sciences
Anthropologiques de Développement (ISAD)
Université de Cocody-Abidjan
E-mail: Sarahkane42@yahoo.com

Résumé :

Les différentes crises socio-politiques vécues en Côte d'Ivoire ont motivé le départ forcé et massif du personnel de santé vers le sud et favorisé l'intégration des accoucheuses traditionnelles au sein des hôpitaux. Cette intégration a été réalisée sous la supervision de l'ONG International Rescue Committee (IRC) après une formation reçue auprès de l'UNICEF et de l'ONG, la Charitas des sœurs catholiques. Cette présence a créé un sentiment de sécurité chez les femmes enceintes et parturientes là où l'État, premier garant du bien être sanitaire a démissionné par l'absence des agents de santé. L'objectif de cette étude est de montrer comment la formation et l'intégration des matrones/accoucheuses traditionnelles au sein des centres de santé a pu modifier les traditionnels rapports entre matrones et femmes enceintes.

L'étude a été réalisée dans les départements de Zouan Hounien, Man, Biankouma et Danané. Une grille de lecture, une fiche d'observation et de guide d'entretien ont été retenus pour collecter les données de terrain. Il a été administré auprès des matrones, des sages-femmes, des infirmiers, des nourrices et des femmes enceintes retenus sur la base de la technique du choix raisonné et de l'échantillon volontaire.

L'analyse des données de terrain montrent que l'intégration des matrones au sein des centres de santé ruraux a fortement influencé les traditionnels rapports entre matrones et femmes enceintes. En effet, le rôle de ces matrones auprès des femmes enceintes au sein des hôpitaux, est non seulement une réponse à un problème concret, mais un cadre d'échange dans lequel la contrepartie du savoir-faire ancestral et du temps donnés est supposé non équivalente au retour perçu. Désormais, privées des avantages sociaux, les matrones réclament une rémunération monétaire.

Mots clés : agents de santé, femme enceinte, formation, l'intégration, matrones, biens monétaires.

INTRODUCTION

Le double sentiment de peur et de joie, et la symbolique qui entourent la grossesse, l'accouchement et le post-partum (Guinaudeau F., 2011) ont développé chez les peuples des rituels visant à protéger la mère et son futur bébé. Ces pratiques ritualisées ont toujours été considérées comme relevant du cercle féminin si bien que les hommes ont longtemps été écartés. Pour preuves, la profession de sage-femme est dominée par des femmes. L'histoire lointaine et récente de la fonction de matrones/ accoucheuses traditionnelles est également marquée par cette féminisation.

La matrone ou l'accoucheuse traditionnelle est "*une personne qui est réputée dans son entourage pour aider les parturientes et dont la compétence provient d'un héritage familial ou de son apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles*" (PNMT, 2005). Disposant de connaissances théoriques, de savoir-faire provenant de la tradition orale, mêlées à des gestes magico-religieux, les matrones/accoucheuses traditionnelles ont longtemps occupé le principal rôle dans la surveillance et la protection de la fécondité, de l'accouchement et de la première partie du cycle de vie des nouveaux nés (Pourchez, L. 2011). Souvent à l'aide de plantes médicinales, de conseils précisant les permis, les interdits comportementaux et alimentaires (Yoro, Ehui et Amani, 2015), elles ont acquis une certaine légitimité sociale trans-générationnelle.

En Côte d'Ivoire, l'introduction de la biomédecine ou médecine occidentale moderne qui a contribué à la médicalisation de la grossesse et de ses suites, sous la direction de professionnels de la santé (gynécologue, sage-femme...) n'a pu effriter l'attachement de la population locale aux matrones. Même en milieu urbain, la survivance de ces pratiques ancestrales est visible (Yoro, Ehui et Ekra, 2016) nonobstant la forte concentration des structures sanitaires et du personnel médical (DSRP 2009-2013, cité dans le PNDS 2012-2015). En milieu rural, cet attachement reste plus vivant.

Le coup d'Etat de 1999, les crises politico-militaires de 2002 et post-électorale de 2011 en Côte d'Ivoire, ont favorisé les déplacements forcés et massifs du personnel sanitaire vers le sud du pays. Cette nouvelle situation provoquera l'insuffisance voire l'absence de médecins, sages-femmes et infirmiers dans certaines localités villageoises à l'Ouest du pays. Abandonnées à leur propre sort, les parturientes rétablissent sinon renforcent leurs relations avec les matrones locales. Tous ces faits ont donc renforcé la légitimité sociale des matrones et leur statut de surveillante et de protectrice de la fécondité et de l'accouchement.

Pour établir un bon suivi de la grossesse et une saine assistance à l'accouchement, certains organismes internationaux dont l'UNICEF, la Charitas des sœurs catholiques vont assurer la formation des matrones. Quant à l'ONG humanitaire International Rescue Committee (IRC), elle se penchera sur la question de leur intégration au sein des centres médicaux malgré le refus de certains agents de santé, qui n'avaient pas encore adhéré à ce projet. Vu la persistance du faible niveau de fréquentation des maternités par les femmes enceintes, influencées par les matrones des villages, IRC (2016) a développé une stratégie locale depuis Mars 2016. Celle-ci consiste à intégrer les matrones dans la consultation prénatale et les accouchements, afin de permettre à toutes les femmes enceintes d'adhérer au suivi prénatal et

aux accouchements assistés par un personnel qualifié. Les résultats indiquent que cette collaboration sages-femmes-matrones a d'abord favorisé une fréquentation régulière des centres de santé par les femmes enceintes, ensuite réduit la mortalité maternelle, enfin contribué à renforcer la confiance entre les femmes enceintes et le personnel soignant (Yoro, Kané et Ehui, 2017).

Depuis leur contact avec les centres de santé, les matrones sollicitent un intéressement monétaire auprès des patientes contrairement aux pratiques traditionnelles qui portaient sur des dons en nature et la reconnaissance sociale. Dans la coutume, après le suivi d'une grossesse et l'accouchement, la matrone recevait de la famille de sa patiente des biens en nature ou/ et un montant symbolique. Pendant les cérémonies de baptêmes, elles étaient honorées et bénéficiaient d'une reconnaissance sociale qui renforçait leur légitimité sociale. Aujourd'hui, le désir de rémunération porte plus sur l'argent qu'en nature.

Cet égard constaté dans le comportement des matrones sous influence du lieu d'exercice de leurs tâches, fait état d'une réinterprétation des rapports socioéconomiques entre accoucheuses traditionnelles et femmes enceintes. De ces constats découlent une série de questions qui seront abordées dans ce travail.

- Quel rôle jouent les matrones dans les centres de santé ?
- Comment leur intégration dans les centres de santé a-t-elle modifiée leurs rapports avec les femmes enceintes ?
- Quelle est la part de la composante monétaire dans ce nouveau rapport matrones-femmes enceintes ?

METHODOLOGIE

Notre étude s'est effectuée dans l'Ouest de la Côte d'Ivoire dans la région du Tonkpi. Dix villages ont été visités. Les villages *Yapleu*, *Daine 1* et *Saguipleu* pour le district de *Man* ; *Zagouiné*, *Drongouine* et *Sohoupleu* pour le district de *Danané* ; *Santa*, *Dio* pour le district de *Biankouma* ; *Glèpleu*, *Biantouo2* pour le district de *Zouan Hounien*. Portant sur des données qualitatives, l'étude a privilégié comme outils de collecte de données, la grille de lecture. Elle a permis d'exploiter les différents registres des centres de santé visités en vue d'apprécier quantitativement l'impact de cette collaboration. En second lieu, une fiche d'observation a été utilisée pour apprécier les différents dispositifs mis en place par les matrones et les agents de la santé pour le suivi prénatal et l'accouchement, et apprécier la qualité des rapports entre matrones-patientes. Comme troisième outil de collecte des données, le guide d'entretien a été retenu. Il a été administré auprès des matrones, des sages-femmes, des infirmiers, des nourrices et des femmes enceintes.

L'échantillon par choix raisonné a permis de sélectionner les centres de santé et les enquêtés. En ce qui concerne les centres de santé, la coprésence des matrones et du personnel de santé au sein de la structure sanitaire a été le seul critère de choix. Dans ces dix hôpitaux visités, 20 femmes enceintes, 20 nourrices, 20 matrones, 10 infirmiers, 10 sages-femmes, 2 médecins ont été interrogés ; soit 2 matrones, 2 femmes enceintes, 2 nourrices, 1 infirmier et 1 sage-femme par structure sanitaire. Quant aux médecins, ils ont été rencontrés à *Santa* et à

Biankouma (le médecin chef). Leur participation à l'enquête infirmier, médecin, sage-femme, matrone a été motivée par leur statut socioprofessionnel. En ce qui concerne les femmes enceintes et de nourrices, leur état a conditionné leur choix. La taille de l'échantillon est de 82 personnes. Pour l'analyse des données, le recours à la technique d'analyse de contenu a été prioritaire.

LE ROLE DES MATRONES DANS LA COLLABORATION MATRONE/ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES-PERSONNELS DE LA SANTE.

Au sein des centres de santé et même en dehors, les matrones assurent différentes tâches à plusieurs niveaux. Ces tâches leurs confèrent des rôles qui les présentent comme des substituts au personnel de santé. Les données présentées par le tableau ci-dessous indiquent bien ces différentes tâches et rôles.

Tableau 1 : Récapitulatif des rôles et tâches des matrones

Indicateurs	Pendant les consultations prénatales	Pendant les accouchements	En dehors des maternités
- Rôle des matrones	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnatrice - Interprètes - Aide-soignante (nettoyage du centre de santé...) 	<ul style="list-style-type: none"> -Assistante maintien de la garde attendant les femmes en travail en pleine nuit...) -Interventions culturelles en cas de complications du travail par des pratiques traditionnelles qui rassurent les femmes en travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des femmes enceintes à la consultation prénatale et aux accouchements assistés Relais en cas d'accouchements brusques (exercice des premiers gestes après accouchement...)

Pendant les consultations prénatales, le premier rôle joué par les matrones est celui « d'accompagnatrice ». Les matrones intégrées dans la consultation prénatale sont chargées d'accompagner les femmes enceintes vers les centres de santé, afin de les encourager et de les mettre en confiance avec le personnel soignant. En effet, en pays *Dan*, chaque famille possède une matrone, et c'est cette matrone qui est la première personne à être informée de l'état de grossesse de la femme. Lorsqu'une matrone collabore avec les sages-femmes, celle-ci est amenée dans un premier temps à faire venir les femmes enceintes qu'elle détecte dans le village vers la maternité. C'est cela que nous explique Oumar, infirmier et responsable d'un dispensaire de santé : « *les matrones ne font plus partie du système sanitaire aujourd'hui, c'est-à-dire que l'Etat prône pour que toutes les femmes enceintes accouchent avec un personnel qualifié, soit une sage-femme ou soit avec un infirmier, mais le problème des matrones est tel que nous devons les encadrer de telle sorte qu'elles puissent sensibiliser les femmes à rejoindre les centres de santé. Voici le rôle essentiel des matrones* ». En présence des sages-femmes, les matrones accompagnent les femmes enceintes vers la consultation prénatale. César, infirmier,

chef de centre de santé nous le confirme : « *Elles envoient les femmes enceintes ici dans les centres de santé pour accoucher* »

En second lieu, c'est-à-dire après avoir accompagné la femme enceinte, la matrone est celle qui sert « d'interprète » de la langue parlée par les femmes enceintes auprès des sages-femmes pendant les consultations prénatales. Cela s'explique par le fait que les matrones qui travaillent en maternité appartiennent à divers groupes ethniques, dont des mandés du nord et du sud, des akans, des Dan, des Gours, des wè, etc. Certaines d'entre elles en plus de comprendre ces différentes langues ethniques, ont aussi quelques connaissances de la langue française. Les femmes enceintes étant "analphabètes" le rôle d'interprète des matrones est indispensable. Alors ces matrones participent à ces consultations prénatales pour servir d'intermédiaires entre les femmes enceintes et le personnel de santé.

Pendant les accouchements, les matrones et les sages-femmes sont les deux entités qui exercent. C'est cela que nous le signifie Elisabeth, sage-femme à Dio: « *on travaille ensemble, elles savent très bien faire les accouchements aussi. Elles sont là pour nous épauler comme des aides-soignantes. Et la communication passe...* ». En plus de leur qualité d'assistantes, les matrones sont celles qui par des pratiques magico-religieuses arrivent à prendre en charge des cas d'accouchements de complications obstétricales. Martine, sage-femme à Dio nous rend son témoignage : « *Nous étions à un accouchement, lorsque l'accouchement s'est compliqué. J'étais prête à la référer vers l'Hôpital Général, lorsque la matrone a prononcé des paroles sur le ventre de la femme et tout est rentré en ordre* ». Silue, chef de centre de Yapleu explique le rôle des matrones pendant les accouchements en ces termes : « *Au niveau du centre, elles assistent l'agent de santé, surtout quand on finit de faire l'accouchement, elles essuient la femme, elles désinfectent la salle, elles habillent la femmes et jettent les débris sanitaires. Elles jouent le rôle d'aide auprès de la sage-femme* »

En dehors des maternités, la place occupée par les matrones dans la culture, leur donne l'opportunité d'approcher les femmes et de les convaincre de bénéficier d'un accouchement assisté. Originaire du village ou attaché par leur statut aux familles des femmes qu'elles suivent, les matrones détiennent une certaine tutelle sur la femme enceinte. Ainsi, lorsqu'une matrone accepte de collaborer avec le personnel soignant, celle-ci est amenée à suivre les femmes enceintes en dehors des maternités. Elle s'assure que la parturiente suit ses rendez-vous, respecte les conseils des spécialistes et veille à qu'elle ne présente aucun signe de maladie. C'est de cet aspect que nous parle Angèle, une matrone intégrée dans la consultation prénatale : « *En dehors des maternités, nous sensibilisons les femmes enceintes, veillons à ce que les autres femmes qui sont encore au village partent aux visites prénatales, fassent les vaccins et prennent les vitamines* ». Une autre matrone souligne : « *au village, nous sensibilisons les femmes pour qu'elles viennent faire leur consultation prénatale (CPN). Avant je faisais les accouchements à la maison mais maintenant je viens travailler ici à l'hôpital* ».

Un accouchement brusque peut subvenir à tout moment. A cet effet, les matrones qui travaillent avec les agents de santé reçoivent chaque jour des formations pratiques auprès des spécialistes dans le but de relayer les sages-femmes en cas d'accouchement brusque en l'absence des spécialistes. Grégoire, infirmier et chef du centre de santé affirme : « *Je travaille avec une seule matrone ici, mais il y a d'autres dans les campements. En tout cas la*

collaboration est parfaite. Elles assurent les accouchements dans les campements lorsqu'elles n'ont pas pu rejoindre le centre».

Outre ces rôles joués, les matrones sont celles qui s'occupent du nettoyage du centre de santé et mènent les gardes en cas d'accouchements tardifs. Odéline, sage-femme nous éclaire davantage sur le rôle essentiel des matrones dans l'enceinte du centre de santé et de leur rôle pendant la consultation prénatale : « *au niveau des consultations, quand elles viennent, on fait un programme, parce qu'elles sont nombreuses. Chez moi ici, elles sont jusqu'à 32 matrones. Donc, on fait un programme de deux matrones par jour. Elles font la permanence, elles font la garde. Et souvent, elles sont là elles font le nettoyage du centre de santé* ». Moussa, infirmier, chef de centre de santé confirme les propos d'Odéline: «*Elles balaient le centre de santé, toute la cour. Ce n'est pas seulement au niveau de l'accouchement qu'elles interviennent* »

En présence de la sage-femme, les matrones jouent ces trois rôles spécifiques pendant la consultation prénatale, à savoir les rôles "d'accompagnatrice", "d'interprète" et de "technicienne de surface". La consultation proprement dite est réservée à la sage-femme. Ceci étant, la collaboration entre sages-femmes et matrones est un moyen prépondérant pour permettre aux femmes enceintes de regagner les centres de santé. Ces matrones constituent des intermédiaires entre les sages-femmes et les familles des femmes enceintes.

DE L'INTEGRATION DES MATRONES AU SEIN DES CENTRES DES HOPITAUX A LA TRANSFORMATION DES RAPPORTS TRADITIONNELS MATRONNES-FEMMES ENCEINTE/PARTURIENTES

Autrefois, dès les premiers moments de la grossesse, la femme enceinte ou *Gouï* ou *Glôlé* (en langue locale/ yacouba) était confiée à la matrone de la famille¹. En effet, pour éviter certains comportements ou réactions (le mal de ventre, les vomissements, abondance des urines) jugés anormaux (puisqu'ils pouvaient conduire à de "fausses couches" ou être source de complications pendant les accouchements) la matrone était perçue comme la seule personne habilitée à encadrer la femme dans son état de grossesse. Dans la conception *Dan*, « *Une femme enceinte c'est quelqu'un qui est malade ... elle peut avoir le vertige, elle peut vomir, elle peut avoir maux de ventre (...) si on ne la soigne pas, la grossesse peut quitter Elle peut avoir le paludisme et si on n'a pas soigné encore, grossesse la peut quitter, c'est pourquoi elle doit boire des médicaments, les écorces d'arbres, les feuilles de plantes. On prépare ça et puis on lui donne pour ne pas qu'elle ait mal au ventre, pour ne pas que grossesse la quitte aussi. Quand une femme est enceinte, elle ne peut pas travailler comme avant, donc c'est une maladie,* » (propos recueillis auprès de matrones).

La grossesse, bien qu'étant un événement heureux, plonge la femme dans une situation anormale comportant des pièges et risques à éviter. Certaines maladies comme le paludisme², « *la viande fraîche* »³ et la « *maladie de bois* »⁴ sont des exemples qui se présentent comme

¹ La relation matrone-patiente étant inscrite sur la base du « capital » confiance, chaque famille s'était attachée aux services d'une matrone. Ainsi, chaque famille aurait « sa matrone ».

² Le paludisme est caractérisé par les symptômes de la grossesse tels que les vomissements, le vertige, la fatigue

³ Elle est attribuée aux écoulements de sang pendant la grossesse ou l'accouchement

⁴ La maladie de "bois" qui constitue une barrière à la venue du bébé, du fait du prolongement du travail

néfastes pour la femme et son bébé. Pour nos enquêtés, le suivi de la femme enceinte est déterminante, puisque le non traitement de ces maladies peut provoquer « *de fausses couches / la grossesse peut tomber* » dans le cas du paludisme (Diane, une matrone). Quant à la maladie de " *la viande fraîche*, elle provoque « *le saignement qui peut conduire à l'évanouissement ou à la mort* » (Marthe, matrone à Yapleu), pendant que celle « *de bois* » peut aboutir à une « *opération*⁵ *puisqu'elle ne facilite pas la sortie de l'enfant* » (Sophie, une matrone).

Ces suivis thérapeutiques sont associés à plusieurs restrictions alimentaires et comportementales. Au niveau des interdits alimentaires, Sidonie (matrone intégrée dans le centre de Zagouiné) précise : « *dans notre culture, on dit qu'une femme enceinte ne doit pas manger des œufs, de la viande de rat palmiste, d'agouti et d'écureuil ...le rat palmiste là il a trop de maladies, il court il ne va pas au loin, et puis il s'évanouit, quand il court souvent aussi il commence à vomir. Il faut qu'il se couche au soleil avant de guérir. Donc si une femme enceinte mange ça, c'est ce que son bébé va faire* ». Les comportements prohibés, sont décrits en ces termes par Viviane (matrone) : « *Quand tu es enceinte, tu ne te laves pas la nuit, tu ne peux pas faire palabre avec les gens, même petite fille là, petit garçon là tu ne peux pas l'insulter. Quand tu parles, tu parles doucement parce que tu ne sais pas ce qui est dans son cœur* ». Une autre intervenante précise : « *la femme enceinte ne doit pas s'arrêter devant la porte sinon son enfant va se retourner* » (Jeanne, matrone intégrée à Dainé). Ces multiples totems obligent la femme enceinte à suivre un certain nombre de consignes afin de vivre une maternité saine et sans complication. C'est pourquoi, « *avant quand une femme était enceinte, c'est vers les matrones qu'elle se dirigeait dans un premier temps, ensuite, les matrones partaient informer les parents et l'époux de la femme* » (Jeannette, une matrone de Zagouiné). Tous ces interdits alimentaires et comportementaux sont considérés comme des règles régissant le mode de vie des femmes durant les neuf mois de grossesse.

C'est la raison pour laquelle, la matrone doit s'assurer que ces différentes instructions sont bien respectées par sa patiente afin de faciliter l'accouchement⁶. Après accouchement, la matrone percevait une somme de 2000f CFA plus deux morceaux de savons lorsque l'enfant est de sexe masculin, et 1500f⁷ CFA accompagné d'un morceau de savon quand il s'agissait d'un bébé de sexe féminin. Au bon vouloir de la famille de la patiente, la matrone pouvait également bénéficier de vivres. En plus de ces biens, elle était récompensée publiquement, au cours des cérémonies de baptême, par des éloges, des paroles d'honneur qui augmentaient son prestige social.

Ces récompenses étaient perçues par les matrones et par la communauté entière comme des biens symboliques qui établissaient un lien de reconnaissance entre la société et ses matrones. Tel est le contenu des propos recueillis auprès de certains notables et doyennes des femmes, sur la question des avantages sociaux et économiques dont bénéficiait la matrone après leur prestation.

⁵ Césarienne

⁶ Celui-ci se pratiquait à domicile, très souvent dans la case d'une des matrones,

⁷ Ces montants étaient toujours perçus comme des dons symboliques, la différence liée au sexe (sexe féminin=1500f, sexe masculin=2000f) nous rappelle que nous sommes dans une société patrilinéaire dans laquelle socialement le sexe masculin est plus privilégié et désiré.

Aujourd'hui avec leur intégration au sein des maternités, les liens traditionnels entre matrones et patientes d'une part, et matrone et la communauté d'autre part, se redéfinissent. Ces réinterprétations portent sur l'assistance apportée par les matrones à leur patientes, et sur les avantages dont elles bénéficient. Leur intégration dans les centres de santé a favorisé une transformation de leurs tâches avec pour inconvénient l'affaiblissement des rapports qui les liaient aux femmes enceintes. Cette mobilité géographique (de la présence dans la communauté à l'intégration dans les centres de santé) a également favorisé l'augmentation du temps consacré au suivi pré et post-natal.

Dans leur rôle de conseillères, de guérisseuses et de pionnière dans le suivi de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement, les matrones se chargeaient exclusivement des femmes enceintes. Aujourd'hui, elles sont relayées au second plan dans les maternités et même en dehors de celles-ci. Elles jouent désormais les rôles de substituts aux agents de la santé, d'accompagnatrices, d'interprètes et d'aide-soignante. De ce fait, elles perdent leur autonomie socioprofessionnelle pour s'inscrire dans une relation de dépendance, dans laquelle l'agent de santé détient le monopole de décision et d'orientation des actes dans le processus pré et post du suivi de la patiente. L'une de nos enquêtées l'atteste en ces termes : « *les matrones d'avant et puis pour aujourd'hui, ce n'est pas la même chose, parce qu'avant les grandes femmes avaient des médicaments traditionnels qu'elles utilisaient sur les femmes. Maintenant on ne peut plus utiliser ces médicaments. On travaille avec la sage-femme* ». Ces mêmes constats sont faits par des agents de la santé. Olivier, médecin responsable de centre de santé confirme : « *Les matrones accompagnent les femmes enceintes au cours des consultations prénatales et pour les accouchements (...). Ce sont ces matrones qui suivent les femmes dans les villages, et dès qu'il y a un problème elles sensibilisent les femmes, puisqu'elles les connaissent bien. Lorsque le médecin dit que cette femme doit accoucher par césarienne par exemple, ce sont les matrones qui amènent la femme enceinte à suivre ce que le médecin a dit* ». Une sage-femme l'atteste également : « *Elles sont là pour déceler les femmes enceintes dans le village d'abord et elles se doivent de conduire les femmes à l'hôpital. Elles leur demandent si elles ont pris le carnet mère-enfant* ». Le chef de centre de Yapeu expose le contenu de ce nouveau rôle des matrones pendant les accouchements: « *Au niveau du centre, elles assistent l'agent de santé, surtout quand on finit de faire l'accouchement, elles essuient la femme, elles désinfectent la salle, elles habillent la femmes et jettent les débris sanitaires. Elles jouent le rôle d'aide auprès de la sage-femme* »

Ayant un accès limité et contrôlé aux patientes, leur savoir-faire traditionnel, source de leur légitimité sociale et signe de leur rapprochement aux femmes enceintes, est moins expressif dans cette nouvelle relation. Aussi, servant désormais de boussole au personnel soignant et de canal par lequel la médecine recrute ses adhérentes, les matrones sont-elles dépossédées progressivement de leurs privilèges sociaux et économiques. Comme inconvénient, la traditionnelle légitimité sociale et la confiance dont ont toujours bénéficiées les matrones, est transférée sur la collaboration matrone-agent de santé pour faire émerger des relations de confiances entre femme enceintes et personnel soignant, entre les patientes et la médecine moderne (Yoro, Kané et Ehui, 2017 p. 109).

En se consacrant à plein temps à ces nouvelles fonctions, certaines parmi elles ont abandonné leurs activités agricoles. Victoire, présidente des matrones à *Santa* nous fait part de son inquiétude : « *J'ai tout laissé pour me consacrer aux femmes enceintes. Comment vais-je faire pour subvenir à mes besoins. L'argent qu'on nous donne ici ne suffit pas* ». Yveline, secrétaire des matrones à *Dainé1* nous le confirme : « *Il y avait plusieurs matrones ici. Mais comme on ne nous paye pas, elles sont à leurs travaux champêtres. Pourtant on a besoin d'elles en maternité* ».

Du point de vue financier, celles-ci observent un écart considérable entre les récompenses perçues par le passé et celui du présent. Cette situation créant un sentiment démotivant au travail et favorise leur retour aux anciennes pratiques dont les accouchements à domicile. Une matrone intégrée dans la consultation prénatale, représentante des matrones dans un dispensaire rural, nous fait part de cette situation : « *Il y a des femmes (matrones) qui continuent de faire les accouchements à domicile, elles refusent de venir à l'hôpital ici, parce qu'elles cherchent leur pain de jour à domicile. Quand elles font les accouchements à la maison, elles s'en sortent avec des savons, souvent les parents viennent les remercier avec de l'argent. C'est ce qui fait qu'elles ne veulent pas venir à l'hôpital* ». Une autre soutient : « *On nous donne 2500F CFA par accouchement. On partage en deux, parce qu'on travaille deux deux... Les 2500 qu'on nous donne par accouchement, ça ne nous arrange même pas, parce que souvent on veille à l'hôpital là-bas il n'y a pas d'accouchement. Souvent tu peux faire une semaine là-bas il n'y a pas accouchement* ». Une troisième insiste sur ce manque à gagner en ces termes : « *Nous on vient aider mais on ne gagne rien dedans, or nous sommes des mères de famille* ».

Dépouillées de leur légitimité sociale, de la reconnaissance sociale et de la confiance dont elles ont toujours bénéficié, les matrones intégrées au sein des maternités constatent également la perte de leurs avantages économiques. Cet état de fait, a conduit certaines d'entre elles à retourner à leurs pratiques habituelles. Dans cette perspective, quitter les maisons pour les centres de santé, se traduit comme une dévalorisation de ces femmes qui autrefois étaient des pionnières dans la reproduction biologique des *Dan*. Pour ces femmes donc, le gain financier se perçoit comme indispensable dans leur nouveau statut d'accompagnatrice, d'interprètes et d'aides-soignantes surtout pour la satisfaction de leurs besoins les plus élémentaires, dont leur présence permanente au sein des hôpitaux ne permet de le faire.

LA PART MONÉTAIRE DANS LES RELATIONS ACCOUCHEUSES-PATIENTES

La part monétaire dans les relations reconstruites entre matrones et femmes enceintes ne se perçoit pas dans sa quantité mais plutôt, d'une part dans son *importance* en termes de d'obligation *consensuelle et imposée*, et d'autre part, par son caractère à la fois *global et exclusif*.

Autrefois, en guise de récompense les matrones, après leurs prestations, percevaient des biens en nature et espèce. Ces droits en nature étaient soit des moutons, du riz, des poulets, des cabris que les parents de la parturiente selon leur statut socioéconomique et le degré de désir d'enfant, offraient à leurs matrones. Les droits en espèce s'élevaient à 2000F ou 15000 F CFA selon le sexe, voire plus.

En excluant les autres avantages pour privilégier l'usage unique de la monnaie dans les relations matrones-patientes, une rupture s'observe dans la forme habituelle d'échange entre les deux partenaires. Effet, d'un système d'échange basé sur la dualité *prestation-don*, la société s'inscrit dans une nouvelle perspective dans laquelle la monnaie est établie comme l'exclusif instrument d'échange. L'émergence de cette nouvelle forme d'échange construite autour de la *dualité prestation-argent*, a été le résultat d'une négociation préalable entre les différents acteurs en présence : COGES (comité de gestion/santé), autorités locales, personnel soignant et matrones.

L'infirmier de Zagouiné nous fait part de ce processus social : *« vous voyez, l'Etat dit l'accouchement est gratuit mais le COGES et les chefs de village ont décidé de ce qu'on peut donner quelque chose aux matrones. (...) Elles disent qu'avant, on leur donnait 2000F/ 1500f, même plus, on préparait pour leur donner, c'est genre une cérémonie et c'est coûteux. Je leur ai dit que le côté préparation là, si vous venez travailler à l'hôpital ici, moi je ne peux pas dire à une femme d'aller préparer pour vous envoyer, le côté savon, moi je ne peux pas dire à une femme d'acheter du savon pour vous envoyer, oubliez ça. Maintenant le côté argent, on va harmoniser, elles m'ont dit qu'elles veulent six mille francs (6000f) par accouchement. Mais on s'est entendu sur 2500f que les parents devront leur donner après chaque accouchement ».*

Un autre infirmier d'un dispensaire visité ajoute : *« vous savez, lorsqu'on les sensibilisait, on leur a demandé ce qu'on leur donnait au village comme récompense. Elles nous ont dit qu'on leur donnait un montant symbolique, avec des biens en nature comme les poulets, la boisson et autres. Mais, nous on leur a dit qu'on ne pouvait pas leur donner les poulets et autres, mais on s'arrangerait pour que les parents des femmes enceintes leur donne en argent ce qu'elles percevaient en communauté. C'est là qu'elles ont accepté. Et nous nous sommes attendus sur 2500F par accouchement ».* Plusieurs centres ont réussi l'intégration des matrones en s'inscrivant dans cette nouvelle perspective d'échange. Le versement de la contre-prestation est devenu une obligation pour chaque femme qui bénéficie des prestations des accoucheuses traditionnelles dans une maternité. Mais dans certaines circonstances, cet engagement n'est pas respecté par l'autre partie. À Biantouo², un agent de santé explique : *« avant quand elles faisaient ça, elles s'entendaient sur un prix. Quand elles finissaient le travail, les parents de la bonne dame leur donnaient quelque chose. Mais de fois, elles sont rejetées, oubliées par les parents. Ça peut devenir même crédit. Les matrones là même vont des navettes mais rien ». Une matrone ayant abandonnée sa collaboration avec l'hôpital affirme : « Nous sommes beaucoup. Ce qui est sûr on travaille souvent avec l'infirmier (...). Aujourd'hui il n'y a pas accouchement, demain il n'y a pas accouchement, tu vas revenir au village là tu vas manger quoi ? C'est à cause de cela qu'on refusait d'aller là-bas. S'il y avait un peu d'intéressement qu'on touchait à la fin du mois un peu un peu, là comme cela on peut rester là-bas, comme ça s'il y a accouchement oh il n'y a pas accouchement oh, on peut rester là-bas. Tu vas aller sensibiliser, tu vas beau courir sous le soleil, sous la pluie, la nuit et puis demain là on dit de donner quelque chose là ils vont dire attendez quand je vais faire baptême de mon bébé là. Et puis quand tu vas là-bas, ils vont te dire c'est devenu crédit encore ou bien ».*

Le refus de payer la contre-prestation des matrones après un accouchement se traduit par leur statut de « substitut » au sein des maternités. Désormais, relayer au second plan, leur intervention au sein des maternités est moins valorisée et moins perçue par la communauté, qui

a décidé de se reconnaître en priorité dans les prestations pré et post natales du personnel soignant. Une sage-femme affirme « *c'est vrai les matrones travaillent à l'hôpital, mais ce sont les sages-femmes qui décident de tout, ce qu'il faut faire ou ne pas faire...donc les gens ne respectent plus les matrones comme avant, ils écoutent plus les sages-femmes, les médicaments traditionnels ont été remplacé par les vaccins...elles ont perdu leur prestige auprès de la population* ». Ainsi, l'introduction des matrones dans le contexte de biomédicalisation du suivi de la grossesse et de l'accouchement rend la matrone moins visible et prestigieuse. Leur situation statutaire antérieure ainsi que les fonctions qui lui étaient rattachées sont également revues. Leurs savoir-faire traditionnels étant mis en veilleuse, dans cette biomédicalisation (puisque la médecine occidentale est privilégiée), les avantages qui leurs sont liés le sont également.

Si dans la nouvelle relation matrone-société instituée dans les hôpitaux, les matrones sont moins perçues, de leur côté, elles se redéfinissent un nouveau statut qui impliquerait un avantage financier consistant qui leur permettraient de se prendre en charge socialement et économiquement. Leur intégration dans la consultation prénatale et leur présence permanent (journée/ nuit) a suscité chez elles, une reconsidération de leur traditionnel statut avec pour effet, un avantage financier. Selon elles, leur travail d'auxiliaires de santé dans les centres, se rapproche de celui des agents de la santé en termes d'assiduité et de fréquence. Leur nouvelle situation s'évalue également en termes de profits monétaires et de pertes de temps, synonyme d'incapacité d'associer ces nouvelles à leurs activités agricoles. Elle se rapporte à la question : quels profits tiret-on de notre assiduité et fréquence dans les maternités ? Quelle compensation pour le maintien permanent dans une maternité, synonyme d'incapacité de vaquer à ses activités agricoles ?

Dans l'imaginaire des matrones « *l'accouchement est devenu comme un métier* » ou « *comme un commerce qui permettrait de gagner de l'argent* » (Florentine, sage-femme au dispensaire de *Yapleu*). Exiger, une rémunération ou un avantage monétaire, les introduit dans un échange monétaire. Un fait social normal, surtout que les traditionnels avantages sociaux dont le prestige social, la reconnaissance social et les honneurs n'ont pu faire leur entrée dans les structures sanitaires. Ainsi, la prestation pré et post suivi de la patiente étant considéré comme une « *marchandise* », sa non-rémunération est vécue comme une injustice sociale, une pièce manquante au système d'échange en cours. Une matrone raconte : « *« les difficultés qu'on rencontre ici c'est que souvent on peut faire deux jours ici sans rentrer chez nous à la maison, et puis on n'est pas payé....c'est pas bien* ».

Privées de leurs traditionnels avantages socioéconomiques et de la contre-prestation définie, les matrones se trouvent dans une situation confuse et propose l'intervention de l'Etat. Une matrone intégrée soutient : « *Notre souhait est que si l'Etat peut penser à nous, si chaque fin de mois ils peuvent donner quinze milles (15 000F CFA) comme ça ou vingt milles (20 000F CFA) au moins par mois, ça peut nous arranger, parce que souvent on vient toute la journée, on ne mange pas. On n'est pas payé, on travaille comme ça* ». Dozon (1987), à propos de la collaboration agents de santé et tradipraticiens, fait ces mêmes constats. Les guérisseurs sont tenus de se rendre quotidiennement au centre de santé. Ils soignent, mais ne perçoivent en échange, ni rémunération, ni statut, et constatent bien plutôt que la médecine est juge de leurs

activités et compromettent à terme leur identité, puisqu'aux yeux de leur clientèle, puisqu'ils ne sont plus maître du jeu.

LA TRANSFORMATION DES RAPPORTS MATRONE-FEMMES ENCEINTES, UNE EXPRESSION DE MONÉTARISATION ET D'EFFRITEMENT D'UNE SOLIDARITE COUTUMIERE.

Selon les primordialistes, les attachements sociaux reposent sur des données naturelles, innées et instinctives (lien du sang, traits phénotypiques, religion, langue...) qui sont très souvent considérés comme des attributs sacrés donnés selon Geertz C. (1963). Ils développent chez les bénéficiaires une contrainte intensive de solidarité et un sentiment d'affinité naturelle. Dans ce système social, la solidarité est non seulement comprise à la fois comme une valeur morale et un filet de sécurité par lequel les éléments d'un tout sont liés et soudés dans le projet reproductif de la société. Dans cette solidarité naturelle, fondée sur la morale et la religion, les matrones s'appuient sur les pratiques ancestrales pour répondre aux besoins de soins et aux attentes dans le suivi pré et post à l'accouchement. Elles sont chargées d'effectuer des actes bien déterminés dans la reproduction biologique de la société. Leurs aides étaient conçues comme un service rendu par *charité* (Petitet P. H., 2011). En contrepartie, il leur était versé symboliquement des biens en nature et en espèce en guise de reconnaissance et de remerciement. Le bien en espèce, d'un montant de 2000f ou 1500f selon le sexe, en pays *dan*, avait une valeur symbolique. Il ne servait pas de garantie avant de bénéficier de ce savoir longtemps entretenu et conservé par les matrones. Bénéficiant d'un savoir qui leur a été transmis gratuitement, les matrones étaient dans l'obligation de le rendre aux femmes dans le besoin et étaient aussi dans cette même obligation de recevoir les biens prédéfinis par la coutume. Ce qui est donné est permis, l'échange est par nature symbolique.

L'intégration des matrones dans les maternités qui a abouti à une monétarisation des rapports matrones-patientes a conduit à la transformation du savoir ancestral pérennisé par les matrones comme une marchandise. La marchandisation de ce « savoir d'autorité⁸ » se dévoile à travers la réclamation d'une rémunération après un accouchement, traduisant une contrainte chez la femme. La monnaie est ainsi responsable du délitement du principe de solidarité (Duez P., 2013) naturelle longtemps entretenue par les *Dans*, en matière de reproduction biologique. Dans la mesure où « *l'acquittement de toute obligation particulière au moyen d'argent signifie précisément que désormais la communauté dans son ensemble va assurer cet engagement vis-à-vis de l'ayant droit* » (Simmel, cité par Malandrin, 1999 : 157). L'introduction de l'argent dans ce nouveau contexte d'échange entre les matrones et la communauté entraîne des liens d'indépendance.

CONCLUSION

L'intégration des matrones dans la consultation prénatale a fortement participé aux transformations des relations entre ces dernières et la communauté. Désormais, relayées au second plan, elles ont un accès limité aux femmes enceintes, mais mobilisent plus de temps

⁸ Puisque considéré légitime, officiel, indiscutable dans une communauté selon l'anthropologie de la naissance.

dans leurs nouveaux rôles d'interprètes, d'accompagnatrices et d'aides-soignantes. Dans ce nouveau contexte, se sentant privées des traditionnels avantages sociaux et économiques dont elles ont toujours bénéficié, elles exigent une rémunération monétaire. Cette nouvelle situation ouvre l'ère de la monétarisation des savoirs faire ancestraux, dont la pratique traduisait une forme de solidarité naturelle construite autour d'une forme d'échange de dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

Duez Philippe, Les pratiques d'économie solidaire. Une approche par l'anthropologie économique, Cahier n^o TA1302, Cahier de la Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique, 2013

Geertz Clifford, "The integrative revolution: primordial sentiments and civil politic, the new states", In Old societies, new states. Ed Clifford Geertz. New york : Free Press, 1963

IRC (International Rescue Committee), Stratégies communautaires pour relever le taux d'accouchement assisté et le taux de CPoN (Consultation Post-natale), 2016

Hugon Anne *Histoire des femmes en situation coloniale*, Afrique et Asie. Editions KARTHALA, 1960

Malandrin, G., Les systèmes d'échange local. Une monnaie sans échange marchand. *Cahiers du GRATICE*, 1999,2 : 153-167

Petitet Pascale Hancart (dir) *L'art des matrones revisité, naissance contemporaine en question*. Editions Faustroll descartes, 2011.

Pourchez, Laurence. Savoirs des femmes : médecine traditionnelle et nature – Maurice, Réunion, Rodrigues. Savoirs locaux et autochtones, 1. UNESCO : Paris, 2011, 120 p.

Yoro Blé Marcel., *Rôle de l'anthropologue dans la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine*, Ph.D. Université de Cocody-Abidjan, 2010

Yoro, Blé Marcel, Ehui, Prisca Justine., Ekra, Jean-Théophile La survivance des pratiques médicinales ancestrales chez les femmes enceintes à Abidjan (Côte d'Ivoire), *Revue Internationale d'Ethnographie*, 2015, 06, p. 124-134

Yoro, Blé Marcel, Ehui, Prisca Justine, Ahou Florentine, Les logiques socioculturelles des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni N'dénian (côte d'ivoire), *European Scientific Journal* November, 2015, p.11-32

Yoro Blé Marcel, Kané N Sarah, et Ehui Prisca Justine., (2017). *Analyse socio anthropologique de la collaboration entre les sages-femmes/infirmiers et les matrones dans le suivi des femmes enceintes en milieu rural Dan (Côte d'Ivoire)*, *European journal of social science*, 54, 1, , 2017,103-112,