

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES**

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES**

**UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES**

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE



**FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES**

**POPST GRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES**

**DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES**

DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

**/AWU MBIÉ/ OU « MORTALITÉ MATERNELLE » À
MFOU, RÉGION DU CENTRE-CAMEROUN : UNE
CONTRIBUTION À L'ANTHROPOLOGIE
MÉDICALE**

**Mémoire présenté et soutenu publiquement le 02 Novembre 2021, en vue de l'obtention
du diplôme de Master en Anthropologie**

Spécialisation : Anthropologie médicale

Par

MBARGA NNANG Sennen

Licence en Anthropologie

MEMBRES DU JURY

Président : ABOUNA Paul (MC) Université de Yaoundé I

Rapporteur : FONJONG Lucy (CC) Université de Yaoundé I

Examineur : AFU Isaiah KUNOCK (MC) Université de Yaoundé I



Année académique : 2021-2022

À

Mes parents MBARGA MVENDE Jacques et NNANG NGONO Chantal

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de cette recherche est tributaire au soutien de plusieurs personnes. Nous ne saurons nous réserver le droit d'exprimer notre gratitude à toutes celles et tous ceux qui nous ont appuyés tout au long de notre travail, tant de façon manifeste que latente.

Nous exprimons ainsi notre profonde reconnaissance à notre Directrice de Mémoire, Dr Lucy FONJONG pour son appui technique, intellectuel, moral. Aussi, a-t-elle toujours répondu présente à toutes nos sollicitations scientifiques en temps réel et opportun.

Notre profonde gratitude va à l'endroit du Chef de Département d'Anthropologie, Pr Paschal KUM AWAH, pour son expertise éthique et sa gouvernance administrative.

Nos remerciements les plus sincères à tout le corps enseignant du département d'Anthropologie de l'Université de Yaoundé I qui nous a scientifiquement encadrés durant notre cursus académique, notamment : Pr MBONJI EDJENGUÈLÈ, Pr Antoine SOCPA, Pr Luc MEBENGA TAMBA, Pr Paul ABOUNA, Pr PierreFrançois EDONGO NTEDE, Pr Deli TIZE TERI, Pr Isaiah AFU, Dr David NKWETI, Dr CélestinNGOURA, Dr Marguerite ESSO, Dr ANTANG YAMO, Dr Germaine NGAH ELOUNDOU, Dr Marcelle Antoinette EWOLO NGAH, Dr Alexandre DJALLA, Dr Evans KAH, Dr Séraphin BALLA, Dr Exdous TIKERI.

Que nos parents trouvent en ce travail notre réelle gratitude pour leur contribution à son achèvement. De même, nos sincères remerciements à tous et toutes nos camarades pour leur franche collaboration. À MAH Hubert pour son temps consacré à la relecture et correction des fautes.

Infiniment merci à nos informateurs et informatrices, guides locaux, et toute personne auprès de qui nous avons bénéficié directement ou indirectement d'un appui.

RÉSUMÉ

La présente étude anthropologique s'intitule ; /*AWU MBIÉ*/ OU « MORTALITÉ MATERNELLE » À MFOU, RÉGION DU CENTRE-CAMEROUN : UNE CONTRIBUTION À L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE. Cette recherche examine le problème de survivance des décès maternels avant, pendant et 42 jours après l'accouchement au sein de la socioculture Bène dans l'arrondissement de Mfou, département de la Mefou et Afamba, région du Centre, au Cameroun. La résistante perte des parturientes a suscité un certain nombre d'inquiétudes, dont la principale réside sur le fondement culturel de la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou. De manière spécifique, les interrogations s'orientent sur l'étiologie des décès maternels, le regard que la socioculture Bène porte sur la mortalité maternelle, et enfin l'essai de définition des solutions. Comme pré- réponse à la question centrale, la mortalité maternelle trouve son sens dans les pratiques endogènes et les normes socioculturelles Bène de Mfou. Les hypothèses subsidiaires fixent les décès maternels du ressort médical, logistique, et culturel ; les regards portés sur la mortalité maternelle du point de vue culturel et social ; et enfin les mesures d'endigements de cette récurrence de décès maternels sur les aspects culturels, sociaux, et médico-sanitaires. Dans cette perspective, l'objectif principal vise à comprendre la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou. Une compréhension qui passe par l'identification des sources de décès maternels, le décryptage des représentations et symboliques de l'accouchement et des croyances relatives aux disparitions maternelles.

Pour atteindre ces objectifs, une recherche transversale, conciliant les approches qualitatives et quantitatives, a été déployée ; la collecte et l'analyse des données secondaires et primaires dans le strict respect des dispositions éthiques. Aussi, faut-il préciser que la signification de nos résultats s'en racine à trois principales théories ; ethnométhodologie, socioculturelle du risque, et approche genre.

Au-delà des causes régulièrement mises en exergue dans les données secondaires, l'étiologie et facteurs de décès maternels chez les Bène à Mfou relèvent des pratiques et normes culturelles, médicales, socioéconomiques, capacitaires et infrastructurelles. Aussi, l'accouchement, loin d'être un acte conventionnel d'expulsion du fœtus de l'utérus à l'issue d'une grossesse à terme ou prématurée, revêt-il une conception tout à fait particulière traduite en diverses symboliques et croyances ; la richesse du groupe, la sécurité de l'union familiale, un rite de passage, la déification des membres de la communauté, sécurisation du peuple Bène, *tsin ai ngalna metum* (pérennisation de l'essence culturelle), etc. Les décès maternels en revanche, ne serésument pas à la perte d'une femme, d'une mère, d'un membre du groupe, mais sont conçus comme une maladie sociale, une sentence communautaire, une transition, un phénomène mystique, une dégradation de la culture etc.

La mortalité maternelle chez les Bène à Mfou, est donc un modèle ethno-significatif qui fait appel à la prise de conscience du risque au sein de la communauté, l'amélioration des déterminants de santé maternelle, la redevabilité masculine et féminine, le respect des normes culturelles en vigueur.

Mots clés : Accouchement, Anthropologie, Grossesse, Maternité, Mortalité maternelle, Santé, Bène

ABSTRACT

This anthropological study is entitled ; /*AWU MBIÉ*/ OU « MORTALITÉ MATERNELLE » À MFOU, RÉGION DU CENTRE-CAMEROUN : UNE CONTRIBUTION À L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE. This research examines the problem of surviving maternal deaths before, during and 42 days after childbirth within the Bène's socioculture in Mfou Subdivision, Mefou and Afamba Division, Central Region, Cameroon. The resistant loss of parturients has raised a number of concerns, the main one being the cultural basis of maternal mortality among the Bène in Mfou. Specifically, the questions focus on the etiology of maternal deaths, the way in which the Bène socio-culture views maternal mortality, and finally the attempt to define solutions. As a pre-answer to the central question, maternal mortality finds its meaning in the endogenous practices and socio-cultural norms of the Bène of Mfou. The subsidiary hypotheses establish the medical, logistical and cultural aspects of maternal deaths; the cultural and social aspects of maternal mortality; and finally, the cultural, social and medical-health aspects of measures to contain the recurrence of maternal deaths. In this perspective, the main objective is to understand maternal mortality among the Bène in Mfou. This understanding is achieved by identifying the sources of maternal death, deciphering the representations and symbolism of childbirth, and the beliefs related to maternal disappearance.

To achieve these objectives, a cross-sectional research, combining qualitative and quantitative approaches, was deployed; the collection and analysis of secondary and primary data in strict compliance with ethical provisions. It should also be noted that the significance of our results is rooted in three main theories: ethnomethodology, sociocultural risk, and gender approach.

Beyond the causes regularly highlighted in secondary data, the etiology and factors of maternal death among the Bène in Mfou are related to cultural, medical, socioeconomic, capacity and infrastructure practices and norms. Thus, childbirth, far from being a conventional act of expulsion of the fetus from the uterus at the end of a full-term or premature pregnancy, takes on a very particular conception translated into various symbols and beliefs; the wealth of the group, the security of the family union, a rite of passage, the deification of the members of the community, securing of the Bène people, *tsin aï ngalna metum* (perpetuation of the cultural essence), etc. Maternal deaths, on the other hand, are not simply the loss of a woman, a mother, a member of the group, but are conceived as a social illness, a community sentence, a transition, a mystical phenomenon, a degradation of the culture, etc.

Maternal mortality among the Bène in Mfou is therefore an ethno-significant model that calls for awareness of the risk within the community, improvement of the determinants of maternal health, male and female accountability, and respect for the cultural norms in force.

Keywords: Delivery, Anthropology, Pregnancy, Maternity, Maternal mortality, Health, Bène

SOMMAIRE

DÉDICACES

REMERCIEMENTS

RÉSUMÉ

ABSTRACT

SOMMAIRE

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES, SIGLES

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : CADRE PHYSIQUE ET PRESENTATION DU LIEU D'ETUDE

CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTERATURE, CADRE THEORIQUE ET DEFINITION DES CONCEPTS CLES

CHAPITRE 3 : ETHNOGRAPHIE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNE A MFOU

CHAPITRE 4 : CONCEPTION ET REPRÉSENTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNÈ À MFOU

CHAPITRE 5 : ESSAI D'INTERPRÉTATION ANTHROPOLOGIQUE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

CONCLUSION

SOURCES

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 : Carte du Cameroun.....	19
Figure 2 : Carte de l'arrondissement de Mfou.....	20

PHOTOS

Photo 1 : Lac de Mfou.....	25
Photo 2 : Acte d'accouchement.....	77
Photo 3 : Observation participante CPN.....	93

GRAPHIQUES

Graphique 1 ; Distribution climatique de Mfou.....	22
Graphique 2 ; Etat de la mortalité maternelle entre 1999 et 2019 au Cameroun.....	50
Graphique 3 : Principales causes directes des décès maternels.....	53
Graphique 4 : Taux de létalité obstétricale au Cameroun en 2015.....	68
Graphique 5 : Situation de la létalité partum au Cameroun entre 2014 et 2017.....	69
Graphique 6 : Évolution de l'accouchement et de la mortalité maternelle de 2016-2019.....	111
Graphique 7 : Mortalité maternelle avant, pendant et après l'accouchement.....	112

SCHEMAS

Schémas 1 : Processus culturel de protection contre récurrence de cas décès maternel.....	41
Schémas 2 : Logique de santé selon Louis Pasteur et Claude Bernard.....	64
Schémas : Présentation d'une grossesse à terme.....	67
Schémas 4 : Illustration d'une pratique de césarienne en 3D.....	85

TABLEAUX

Tableau 1 : Ressources naturelles et rentabilité.....	24
Tableau 2 : Produits agricoles des Femmes Bène	44
Tableau 3 : Plateau technique de l'ethno-maternité Bène	75

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACCRONYMES, ET SIGLES

ABRÉVIATIONS

Anm	Anémie
Avt	Avortement
Cf	Confère
Crdp	Cardiopathie
Dyst	Dystocie
Eclp	Eclampsie
Etc	Etcetera
Hem	Hémorragie
Inf	Infection
Km	Kilomètre
Mm	Millimètre
Nb	Notez bien

ACCRONYMES

BUCREP	Bureau Central des Recensements et des Etude de Population
CAPIEMP	Certificat d’Aptitude Pédagogique des Instituteurs des Ecoles Maternelles et Primaires
CEP	Certificat d’Etude Primaires
CETIC	Collège d’enseignement Technique, Industriel, et Commercial
ENIEG	Ecole Normale des Instituteurs de l’Enseignement Général
FIPCAM	Fabrique Camerounaise de Parquets
FIV	Fécondation par in Vitro
FOSA	Formation Sanitaire

IFTIC-SUP	Institut Supérieur de Formation aux Métier de Télécommunications, de l'Innovation Technologique, Commerce et de Gestion	de de
ISESTMA	Institut Supérieur d'Etudes Scientifiques, Technologiques et Managériales	
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Duré d'Action	
MINAT	Ministère de l'Administration Territoriale	
MINDCAF	Ministère du Domaine, Cadastre et Affaires Foncières,	
MINEPDED	Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable	
MINEPIA	Ministère de l'Elevage, des Pêches et de l'Industrie Animale	
MINFOF	Ministère des Forêts et de la Faune	
MINHDU	Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain	
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique	
SCABOIS	Société Coopérative des Artisans du Bois	
SCIFO	Société Commerciale Industrielle et Forestière du Cameroun	
SIDA	Syndrome Immuno- Déficience Acquis	
SOU	Soins Obstétriques d'Urgences	
TICAD	Tokyo International Conference on Africa Development	
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund	

SIGLES

ADN	Acide Désoxyribonucléique
BMC	BioMed-Central
CDC	Center for Diseases Control and Prevention
CES	Collège d'Enseignement Secondaire
CIN	Cameroon-Info Net

CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CPN	Consultation Périnatale
CRMSR	Conférence Régionale sur la Maternité sans Risques pour l'Afrique Francophone au Sud du Sahara
DHS	Demographic Health Surveys
DHS	District Health System
EDS MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
FSLC	First School Leaving Certificate
GCE A Level	General Certificate of Education, Advanced Level
GCE O Level	General Certificate of Education (GCE), Ordinary (O) Level
GEU	Grossesse Extra Utérin
HGY	Hôpital Général de Yaoundé
HTA	Hyper Tension Artérielle
IEC	Information Education Communication
INC	Institut National de Cartographie
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCD	Plan Communal de Développement

PCDM	Plan Communal de Développement de Mfou
PCV	Prélèvement Cervico-Vaginal
PLMI	Programme multisectorielle de Lutte contre maternelle etla Mortalité Infanto-juvénile
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PTME	Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UA	Union Africaine
UNFPA	United Nations Found for Population Activities
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine

INTRODUCTION

La description et l'interprétation de la diversité des comportements sexuels ont été entreprises de manière parallèle par divers types de travaux :-recherches ethnographiques,- travaux historiques sur la sexualité du passé,- enquêtes quantitatives sur les comportements sexuels, certaines écoles d'anthropologie n'ont appréhendé de la sexualité que des aspects institutionnelles : le lien qu'elle entretient dans la société étudiée avec l'organisation sociale de la parenté ou des classes d'âges, le rôle qu'elle joue dans les rituelles ou dans les mythes. Dans une perspective évolutionniste, certains considèrent que le dépucelage mâle comme femelle chez l'humain a pour conséquence une haute concurrence sexuelle, donc découle la nécessité d'un contrôle social plus stricte par la prohibition de l'inceste et les règles prescriptives de mariage. Mais on note aussi des travaux d'ethnographie qui, dans le souci d'envisager la vitalité d'une culture, ont donné un rôle important à la description de l'activité sexuelle d'un individu. Bronislaw Malinowski, dans son ouvrage intitulé : *La vie sexuelle des sauvages du Nord-Ouest de la Mélanésie*, définit la sexualité dans un sens large :

Pas plus que pour nous, la sexualité n'est pour l'habitant primitif aux Îles du pacifique, une simple affaire physiologique, elle implique l'amour et les démarches amoureuses, elle devient le noyau d'institution aussi vénérable que le mariage ou la famille. Elle inspire l'art et constitue la source de ces incantations imagées elle domine en fait presque tous les aspects de la culture.

Malinowski combine la description de l'approche amoureuse, les attractions érotiques, des pratiques sexuelles (préconjugales, conjugales), des sentiments éprouvés, de la morale sexuelle, et des représentations que la société exprime dans les mythes et les légendes par exemple. La sexualité préconjugale comme conjugale donnent naissance à la maternité dont le maintien s'est dû être assuré par divers institutions et systèmes de santé dits santé de la reproduction.

La grossesse et l'accouchement sont en général source de joie pour les parents, la famille et la communauté toute entière. Dans un environnement où les femmes sont respectées, la grossesse, la naissance ou l'accouchement tout simplement peuvent être l'occasion d'affirmer vigoureusement les droits et la condition sociale de la femme, sans pour autant compromettre sa santé (UNICEF 2009). Malheureusement l'on constate toujours le mauvais M dans la santé de la reproduction (Jaffre 2009). La disparition d'une femme qui donne vie ou celle d'une vie nouvellement germée, sont en encore des réalités larmoyantes dans les pays en développement. Jusqu'aux dernières décennies du XX^e siècle, les programmes dits de santé maternelle et infantile (SMI) avaient pour principal but la survie de l'enfant où la mère n'était prise en compte qu'en tant responsable majeure de cette survie (Alain PRUAL, 2009). A ce niveau, la désuétude

des mères et même des nouveaux nés fait une résultante frissonnante d'un tel déséquilibre dans la mise au point d'une santé de reproduction.

1. CONTEXTE

La santé de la reproduction reste l'une des préoccupations clés des politiques de santé publique internationales. La santé maternelle totale comme celle du nouveau-né font encore des idéologies utopiques dans les pays en développement. L'OMS dénombre approximativement 500 000 décès maternels pendant la grossesse ou des suites de l'accouchement. Dans les pays développés, pour 100 000 naissances vivantes, le ratio de mortalité maternelle est inférieur à 10 tandis qu'il oscille entre 500 et 2000 pour le même échantillon dans les pays subsahariens toujours en voie de développement. La majorité des femmes en donnant la vie meurent très misérablement, dans de douleurs irrésistibles, faute de services de santé appropriés vers lesquels elles auraient été conduites à titre préventif ou d'urgence afin d'éviter ces drames (CRMSR-Niamey, 1989).

La prise de conscience de l'ampleur de cette situation a amené divers Etats africains et organismes internationaux en charges des questions de santé publique à faire diverses tables rondes afin d'élaborer des issus d'une santé de reproduction saine et pérenne ; la conférence de Nairobi (1987), la TICAD (VI), le protocole de Maputo (2003), les OMD reconduits en 2015 en ODD pour ne citer que les plus saillants sur le plan continental. Dans cette perspective, la conférence de Nairobi marque le véritable début d'une lutte contre la mortalité maternelle. La TICAD, adoptée après la guerre froide, processus par lequel l'Afrique traçait elle-même l'ébauche d'un futur radieux, évolue sous une double approche ; d'appropriation africaine et de partenariat international pour l'infra-structuration et la couverture sanitaire universelle (CSU) avec un accent particulier sur l'accouchement. De plus, le programme OMD peu rassurant sur les défis à relever (où la mortalité maternelle et néonatale était supposée chuter à 75 %) se sont vu reconduits et surtout renforcés en ODD. Les quels objectifs du développement durable n'ont pas laissé le Cameroun indifférent.

Sur le plan national par ailleurs, l'entreprise d'une maternité sans risque a connu un cours évolutif riche en initiatives et actions ; le Programme national multisectoriel de Lutte contre la Mortalité maternelle et Infanto-juvénile (PLMI), la Programme de Promotion de la Santé de Reproduction (PPSR), La SSS2001-2015, etc. Cependant, la menace de décès maternel et néonatal se fait toujours ressentir avec des taux d'incidence et de prévalence encore très supérieur au seuil maximal $\leq 0.1\%$ d'indice. Le poids de la mortalité maternelle va grandissant selon les tranches d'âge passant de 28% des femmes de 15-19ans à 64% des femmes de 20-24 ans et plus de 50% également des femmes de plus de 25ans (EDS MICS2011). Depuis 2004, le

taux de mortalité néonatale oscille autour de 30‰ de manière globale. Aussi, le constatons nous, la prévalence des décès néonataux est différentielle par rapport au sexe à la naissance avec une létalité masculine plus élevée (BUCREP2005 ; EDSMICS2014-2018).

2. JUSTIFICATION

2.1. Raisons personnelles

Si communément la grossesse et la naissance sont sources de joie pour les familles (UNICEF, 2009), dans la culture Bene par essence, la meilleure fortune, c'est la femme, et s'en suit l'enfant. Que de répugnance, d'indignité, d'irresponsabilité (attributs) aux « sans femmes » et « sans enfants » ; somme toute ce sont les « *bivòn* », « *bibin bi bot* » etc. Des valeurs fortes significatives, qui ont suscité en nous l'entreprise de cette Etude anthropologique de mortalité maternelle dont le but est de comprendre comment et pourquoi ces richesses-là (Parturientes) sont-elles de plus en plus mises en péril, afin d'entrevoir les mécanismes qui puissent ré-garantir leurs survie et bien-être pérennes.

2.2. Raisons scientifiques

Du domaine de la procréation, le peuple Bène à Mfou s'élit dans un environnement sanitaire propice au décès maternel. Cette « infection » des services de soins maternels se lit à travers des plaintes de taux élevés d'incidence et de prévalence de la mortalité maternelle. Cependant, les statistiques sur la mortalité maternelle déterminent certes et véritablement l'ampleur d'une maternité à risque dans les pays en voie de développement mais ces indicateurs aux chiffres effroyables semblent encore très énigmatiques pour envisager une pérennité de la santé de reproduction au Cameroun en général et particulièrement dans cette localité. En conséquence, il nous paraît judicieux d'aborder ce problème avec une approche anthropologique afin de mieux comprendre et d'apporter une solution durable à ce problème.

3. PROBLEME

En Afrique, le souci de réduction des mortalités, maternelle et néonatale reste une des questions centrales du plan d'urgence pour le développement. Au Cameroun Durant la période la plus récente (2011-2015), sur 1 000 naissances vivantes 62 sont décédés avant d'atteindre leur 1er anniversaire. Sur 1 000 enfants survivants au 1er anniversaire, 63 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Le taux de prévalence de la mortalité néonatale se lit plus frissonnant à celui de la mortalité infantile. Par ailleurs, et plus grave encore, les décès maternels représentent 22 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans (DHS 2017). Pour cent milles naissances vivantes, les ratios de mortalité maternelle et néonatale devraient être inférieurs à dix (OMS), témoin de l'efficacité des systèmes de santé reproductive.

Cela signifie qu'un bon environnement sanitaire ou mieux, une Maternité Saine met en évidence de très moindres risques de décès maternel et néonatal de par ses dispositifs : normatif, formatif et logistique. En d'autres termes, un dispositif parturitionnel fiable procure une effectivité (disponibilité, accessibilité & rentabilité) des services de soins prénatals, gynéco-obstétricaux, et post partum de qualité. Ainsi, les CPN, l'accouchement et la prise en charge post partum de l'accouchée, devraient être effectués dans des conditions optimales rassurant leur bien-être ainsi que celui de leur famille et de la communauté toute entière.

Cependant, avec le cas du peuple Bene à Mfou, et ce malgré les efforts institutionnels consentis et la présence non négligeable des formations sanitaires, la situation est tout à fait différente. On constate d'une part une récurrence des cas d'accouchement difficile avec forte incidence sur la santé de la mère. D'autre part des plaintes et pleures de réguliers cas de décès maternels se font toujours ressentir. Le dispositif parturitionnel en place fait de la survie de l'accouchée, un mystère. Ce complexe affecte fortement la population dans la mesure où la grossesse et surtout l'accouchement dans cette localité s'apparente comme une « maladie » à la prophylaxie très énigmatique.

4. PROBLEMATIQUE

Cette étude est basée sur l'anthropologie médicale qui prend en compte les systèmes de santé et les systèmes culturels en vue de dégager d'une part leurs mérites/limites et de proposer d'autre part des pistes idoines pour l'effectivité du bien-être physique, psychologique et social des populations. Dans sa composante médicale, l'anthropologie observe, analyse, traite et interprète la maladie dans un trio perspectif ; biologique (disease), personnel (illness), et culturel (sickness). En d'autres termes, c'est l'une des branches les plus appliquées de l'anthropologie qui examine la manière par laquelle les populations/communautés s'organisent autour d'un problème de santé ; notamment la construction sociale du problème ainsi que la réponse y relative (A. Hardon, 2016.). Dans cette perspective, un bon environnement sanitaire est celui qui procure le bien être des communautés et exempt de promiscuité des services de réponses aux différents problèmes de santé qu'elles font face. Le cas des Bène à Mfou fait montre d'énormes soucis quant aux systèmes de santé reproductive desservant la localité. Dans ces conditions, les Consultations Périnatales (CPN), la prise en charge de l'accouchement et les soins post partum reconnus comme facteurs préventif, curatif et prédictif garant d'une parturition saine, semblent peu optimaux en laissant place à une persistance de décès maternels. En effet, les femmes décèdent de plus en plus de suite d'accouchement. Certaines femmes enceintes choisissent des longs parcours pour le suivi de leur grossesse et délivrance quand bien même la plupart d'entre elles se trouveraient à proximité d'une formation sanitaire à échelle standard peu critiquable.

D'autres par ailleurs, soit ne savent à quel saint se vouer pour le suivi de leur accouchement, soit n'attendent que le « jour dît » pour faire recours à une sagefemme accoucheuse ou optent pour l'auto-partum (s'accouchent elles-mêmes), laissant en suspens l'indispensabilité soins prénatals et bien plus. Le discours populaire émergeant dans cette localité caractérise une perpétuelle angoisse sur la résultante de l'accouchement.

Ainsi, fort de ces constats, il ne semblerait pas inopportun de faire recours à la théorie de l'ethnométhodologie (Mbonji E, 2005) qui fait du « sens du mal » (M. Auge, 1987) une endosémie (réalité endogène). En plus de l'approche genre de Margaret Mead (1973), Une autre sera interpellée ; celle chère à Raymond Masse et Jeangros (2006) à savoir la théorie socioculturelle du risque qui met en exergue les mécanismes de construction de l'ordre socioculturel, la mobilisation politique et communautaire autour de l'entreprise sanitaire, l'analyse des processus du sens du risque au sein de la communauté et des enjeux éthiques. En d'autres termes, cette théorie va s'appesantir sur le vécu au quotidien et la conception des risques en santé dans les cadres de vie familiale, en milieu hospitalier et communautaire.

C'est dans cette perspective que, le questionnement généré par la persistance d'une maternité à risque caractérisé se verrait résolu.

5. QUESTIONS DE RECHERCHES

La présente étude tourne autour de quatre questions dont une principale et trois questions spécifiques.

5.1. Question Centrale

- Quel est le fondement culturel de la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou ?

5.2. Questions subsidiaires

- Quelles sont les causes et facteurs (étiologie) de la mortalité maternelle avant, pendant et post-partum chez les Bène ?
- Quel est le regard porté par la socioculture Bène de Mfou sur la mortalité maternelle ?
- Comment entreprendre des meilleures solutions d'endiguement de cette mortalité maternelle résistante au sein des Bène à Mfou ?

6. HYPOTHESES DE RECHERCHES

6.1. Hypothèse principale

- Les décès maternels dans la socioculture Bène sont domiciliés dans les pratiques endogènes. En d'autres termes, la mortalité maternelle trouve son sens dans les normes et pratiques culturelles de cette socioculture.

6.2. Hypothèses spécifiques

- Les causes et les facteurs liés à la mortalité maternelle chez les Bène sont d'ordres médicaux, logistiques, et culturels. En effet, les comportements reproductifs définiraient les valeurs élevées d'incidence, de létalité maternelle. Notamment les pratiques physiques et mystiques, la transgression des normes socio-culturelles relatives à la grossesse et à l'accouchement, et la présence des maladies/pathologies aux quelles des rites spécifiques et thérapies particulières seraient nécessaires.
- Les représentations des décès maternels chez les Bène à Mfou sont du ressort culturel et social
- Les mesures d'endiguement de la récurrence des décès maternels et de pérennisation d'accouchements sans tragédie peuvent être d'ordre culturel, social et médico-sanitaire.

7. OBJECTIFS DE L'ETUDE

7.1. Objectif général

L'objectif général de notre recherche, vise à comprendre la mortalité maternelle avant, pendant et 42 jours après, la délivrance au sein de la socioculture Bène à Mfou.

7.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les causes et les facteurs des décès maternels chez les Bène à Mfou.
- Décrypter et comprendre les symboliques et les croyances relatives à la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou
- Projeter les solutions fiables d'ordres, culturel, social et médico-sanitaire

8. METHODOLOGIE

La méthodologie désigne le management de l'ensemble des méthodes et techniques d'un domaine scientifique donné. Composée de trois vocables grecs ; « méta » (qui suit), « odos » (chemin, voie, moyen) et « logos » (étude, discours), la méthodologie est une étude des chemins, voie et moyen à suivre pour aboutir à un résultat. En anthropologie, nous avons les approches méthodologiques quantitative et qualitative dont nous aurons besoins pour la collecte, le traitement et l'analyse des données afin d'une production des résultats fiables.

8.1. Type de recherche

Notre étude reposera sur une approche transversale centrée sur l'examen des causes et facteurs de mortalité maternelle chez les Bène à Mfou, les représentations sur l'accouchement et les décès maternels, l'observation des attitudes et pratiques de soins maternels (grossesse, accouchement, post-partum). L'approche mixte ou transversale nous a permis de mobiliser le quantitatif et le qualitatif afin de maîtriser le phénomène sous toutes ses dimensions.

8.2. Champ d'étude

Notre étude s'est réalisée dans la région du Centre, Département de la Mefou et Afamba, Arrondissement de Mfou plus précisément. Afin que nos données soient représentatives, nous avons structuré notre champ d'étude (arrondissement de Mfou) en trois zones ; le milieu urbain, le milieu semi-urbain et la zone rurale.

8.3. Echantillonnage et population cible

L'échantillonnage de commodité/convenance a été déployé dans le cadre de notre étude dans la mesure où nous avons plusieurs intervenants dans le domaine de l'accouchement et de la mortalité maternelle. Ce qui nous a permis de structurer trois catégories de population cible.

Les personnels de santé maternelle, les professionnels d'ethno-maternité, la communauté parturiente.

8.3.1. Facteurs d'inclusion

Pour les professionnels de santé, être un acteur de CPN, de soins maternels. Concernant la catégorie acteurs ethno-maternité, accoucheuse traditionnelle, guérisseur.

Pour les autres, être une femme enceinte, parturiente, mère (sans distinction d'âge), proche parent direct des défrites maternelles et les *beyem mam nnen* (les experts en normes culturelles).

8.3.2. Facteurs d'exclusion

A l'exception des professionnels de santé maternelle, la population non-Bène n'était pas appelée à prendre part à l'Etude. Aussi, à l'exception des proches directes des femmes décédées de causes maternelles, les nulligestes et nullipares n'ont-elles pas pris part de manière active aux entretiens.

8.4. Collecte des données

La collecte des données a consisté à un recueil de connaissances primaires et secondaires. Les données secondaires nous ont permis de caractériser la zone d'étude, les sites d'enquêtes ainsi que la population y relative. Et aussi, à partir de la revue de littérature, d'examiner « le dit » et « le non-dit » sur notre recherche aux travers de divers documents

consultés ; magazine, articles, livres, thèses, mémoires, bulletins ; achetés, empruntés, imprimés ou consultés en bibliothèque. L'objectif étant l'originalité des résultats de notre étude.

8.5. Méthode de collecte des données

Il s'agit ici des méthodes qui auront contribué à l'acquisition des informations et connaissances primaires dans le cadre de notre étude anthropologique de la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou. Notre étude étant transversale, nous avons engagé les méthodes précises pour chacune des approches, qualitative et quantitative.

8.5.1. Méthodes de collecte des données de l'Approche qualitative

Pour l'approche qualitative, trois méthodes ont été déployées ; l'entretien, les groupes de discussion et l'observation.

L'observation

L'observation est une méthode de recherche axée sur la visualisation, la sélection et la consignation du comportement des êtres-vivants, des pratiques, des objets ou des phénomènes socioculturels en investigation. Cette méthode consiste en un regard systématique en vue d'enregistrer, d'analyser et de comprendre les comportements et les faits dans un milieu donné, dans une communauté bien déterminé. Ainsi l'observation dans notre recherche a eu pour but de visualiser les comportements reproductifs et les pratiques de soins maternels et néonataux tant en milieu hospitalier qu'en communauté.

L'entretien

C'est une méthode qui a consisté en une conversation orientée entre le chercheur et l'informateur sur un sujet précis et ce au travers des thématiques pré-laquées ou saillantes. L'objectif ici étant le recueil des connaissances indispensables pour le décryptage, la compréhension et l'explication des facteurs de résistance des décès maternel chez les Bène à Mfou.

Groupe de discussion

C'est une méthode qui regroupe six à douze participants pour un échange guidé, sur un sujet précis ou des problèmes les touchant. Cette causerie-débat a eu pour objectif de recueillir les points de vue de l'ensemble du panel sur le problème de la maternité à risque permanent et qui nécessitent donc l'engagement de tous à la compréhension et à la recherche des voies et moyens de résolution.

8.5.2. Méthode de collecte des données du type de recherche quantitative

En revanche, pour l'approche quantitative, la méthode statistique a été privilégiée.

8.6. Techniques de recherche

Boule de neige

Dans le souci d'obtenir des informations sur les comportements, pratiques et représentations autour de mortalité maternelle, la technique de boule de neige aura aidé à identifier les familles ayant vécu l'expérience de décès maternels.

Focus Group Discussion

Les groupes de discussions dirigés ont aidé à regrouper les individus autour d'une même table pour recueillir des informations relatives à la construction sociale de l'accouchement et de la mortalité maternelle, et ressortir les contrastes dans leurs propos. Deux FGD ont été organisés en communauté. Le premier a regroupé 06 femmes clés autour des problématiques de décès maternels au sein de la socioculture Bène. Le second quant à lui était constitué des 08 hommes proches parents des défunt(e)s maternelles et les personnes ressources de la culture Bène. Ici, les échanges portaient sur les pratiques et normes culturelles relatives à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couche. Ça été aussi une opportunité de discuter sur la conception de la mortalité maternelle dans cette socioculture. **Entretien approfondi/individuel**

C'est une forme d'entrevue ou d'interview entre le chercheur et l'informateur. L'informateur dans ce cas doit être la personne la mieux indiquée dans la communauté et il est l'informateur clé parce qu'il détiendrait la connaissance recherchée sur le sujet donné. A l'aide du guide d'entretien préalablement établi, les entretiens individuels (approfondis) en face à face ont été réalisés avec les informateurs après présentation de l'objectif de l'étude et consentement éclairé signé.

Les Récits de vie

Il s'est agi des narrations, des histoires que certain(e)s informateurs/trices racontent sur leurs propres expériences de vie en lien avec le phénomène étudié. Il est suggéré qu'en racontant une histoire plutôt qu'en discutant simplement sur des thèmes, les personnes cibles arrivent à mieux organiser et à mieux comprendre leurs motivations, et exprimer de la meilleure des manières leurs expériences. En effet, il n'est pas nouveau qu'une narration puisse révéler les motivations davantage que des réponses à des questions explicites. Cette technique nous a aidé à évaluer les écarts dans la prise en charge de grossesses, de l'accouchement d'une part, ainsi que la perception de décès maternels d'autre part. Les récits de vie étaient majoritairement sollicités auprès des proches parents d'une défunte maternelle, des femmes ayant une expérience

particulière de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Nous avons pu obtenir 08 récits de vie.

Observation participante

L'observation active pour cette étude nous a permis de comprendre le phénomène dans une double perspective éémique et étique. De comparer les discours issus des entretiens et focus group, avec le vécu direct des comportements et pratiques pré-partum, partum et post partum dans les différents sites d'enquête.

En effet, le temps de présence sur le terrain a été mis à contribution pour réaliser des observations, tant dans les formations sanitaires (conventionnelles comme traditionnelles) qu'auprès de la communauté. Cette technique nous a permis de mieux nous s'imprégner des déroulements ; des consultations prénatales (CPN), de l'accouchement et ses soins post partum. Concernant les CPN nous avons pu décrypter le processus de prévention et de prédiction des complications directes et indirectes poussant parfois aux décès maternels. En présence lors des accouchements, nous avons pu mieux comprendre les attitudes, les connaissances et les pratiques qui non seulement garantissent le succès de l'accouchement, mais également d'autres qui sont responsables des décès maternels de manière différentielle. Une attention était aussi portée aux pratiques d'hygiène, et respect des rendez-vous de consultation en ce qui concerne les soins post partum. Une blouse nous a été disponibilisée à cet effet. En revanche, bénéficié d'un bracelet traditionnel (*nkohl évohg*) pour mener à bien notre observation participante dans les cases d'ethno-maternité.

L'observation passive

En plus de l'observation participante, une grille d'observation passive constituée de quatre modèles d'observation, a été mobilisée afin de mieux structurer la collecte des données et en se servant du guide d'observation comme outils approprié.

- **L'observation directe** sur les sites d'enquête, qui nous a permis de lire les comportements des individus en lien avec les facteurs de maternité à risque.
- **L'observation analytique**, qui fut une occasion de repérage focalisé sur des aspects particuliers des pratiques culturelles vis-à-vis de l'accouchement, des décès maternels. Cette technique nous aura également permis de déceler les comportements et la mise en œuvre des soins maternel en milieu hospitalier et en communauté. Cette technique propose la définition par le chercheur, des catégories d'observation spécifiquement destinées à sa recherche. Dans cet exercice, l'observateur cherche ainsi à mettre à l'épreuve le bien-fondé des interprétations qu'il construira, au fur et à mesure du déroulement du travail de terrain. D'où la nécessité d'un guide d'observation

- **L'observation diffuse** déployée pour la description des lieux, de comportements saisis de manière globale et sous les modalités de l'usuel. Ces descriptions reposent sur des catégories de langage ordinaire et des aspects géographiques du milieu.
- **L'observation flottante**, qui consistait à rester en toute circonstance, disponible à visualiser, à ne pas se figer que sur un unique aspect du sujet étudié, mais à porter un regard libre, sans a priori, jusqu'à ce que des points de repères, des convergences, et contrastes concernant les pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement fussent perceptibles.

Prises de vue/Photographie

L'image présente au chercheur l'avantage de récupérer les scènes de terrain et de développer les aspects non verbaux d'une étude. Elle permet d'illustrer un argumentaire. Après consentement de photographie et autorisation d'usage par les informateurs, nous avons procédé à des captures d'images ethnographiques en veillant à bien recueillir toutes les informations nécessaires à l'analyse ultérieure de l'image.

8.7. Outils de collecte Fiches de consentement

Qui nous ont permis une inclusion volontaire des informateurs à notre étude. Ceci valable pour tous les acteurs échantillonnés.

Fiches d'identification

Après le consentement éclairé, la fiche d'identification a servi de collecte des informations sociodémographiques des populations cibles ; le nom, sexe, l'âge, situation matrimoniale, genre, niveau d'éducation, appartenance ethnique/tribu, religion.

Questionnaire

Le questionnaire déployé ici était adapté pour faire une collecte des données et analyses statistiques à partir des registres de CPN et Rapport de maternité. Aussi, nous aura-t-il aidé à analyser l'évolution de la mortalité maternelle sur des périodes bien précises ; de 20 ans allant de 1999 à 2019 au Cameroun en général, et de 2014 à 2019 Chez les Bène à Mfou en particulier.

Guide d'entretien

Fondé sur des thématiques précises, cet outil a rendu réaliste les entretiens directs, approfondis, et les focus group discussion.

Dictaphones

La collecte des données étant un exercice systématique, certaines informations peuvent durant les échanges, échapper à l'attention du chercheur. Raison pour laquelle nous nous en

somme servi afin d'enregistrer les entretiens et ce, bien évidemment avec l'accord de l'informateur.

Blog notes

Comme l'exprime même déjà l'expression, ces autres outils ont servi de prise de note tant durant l'entretien, groupe de discussion dirigé, observation, que pendant la revue de littérature.

Guide d'observation

C'est un outil qui oriente la visualisation d'un fait, d'un phénomène, des pratiques ou des problèmes étudiés. Cet outil a servi d'examiner de manière passive comme active, les formations sanitaires, l'environnement, l'état des routes, le plateau technique d'accouchement, les pratiques d'accouchement, les consultations prénatales (CPN), les femmes enceintes, les accouchées etc.

Appareil photos

La photographie dans une étude rend possible l'analyse iconographique au sortir du terrain. Elle permet en plus d'étayer certains faits observés, certains arguments avec des images ou photos. L'appareil photos numérique était donc déployé pour cette cause dans le cadre de notre étude anthropologique de l'accouchement et de la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou, Cameroun. Il faut noter qu'aucune prise de vue n'a été fait sans l'agrément des concerné(e)s.

Formulaire de consentement de prise de vue

A l'image du formulaire de consentement éclairé, la fiche de consentement de prise de photos, nous a permis d'avoir l'autorisation de photographie de certaines personnes impliquées dans l'étude, à des fins d'exploitation scientifique. Ce document éthique, était aussi valable aux personnes humaines qu'aux matériels impliqués à la grossesse et à l'accouchement.

9. MANAGEMENT, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

9.1. Management des données

Les données collectées ont fait l'objet d'une transcription. Nous avons bénéficié de l'assistance d'une dactylo-transcriptrice pour cet exercice. Un engagement à la confidentialité a été obtenu. Les données soumises à la transcription relèvent de l'approche qualitative ; des entretiens, récits de vie et groupe de discussion dirigé.

Concernant les données issues des méthodes de l'approche quantitatives, elles ont été entrées/saisies dans un formulaire sur Epi info.

9.2. Dépouillement et analyse des données

9.2.1. Analyse qualitative

Les verbatims ont été dépouillés et analysés à partir de la technique de couleur. Chaque thématique portait une couleur précise.

Analyse de contenu

Elle nous aura permis de faire une structuration des idées à partir des verbatims issus des d'entretiens et focus groupe, transcrits. Les notes prises manuellement ont également été soumises à cet exercice. Elle nous a contribué au checking conceptuel à partir des verbatims afin d'établir aussi bien des relations que des disparités dans le cadre de notre étude anthropologique sur l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou. C'est dans ce sillage que nous avons pu par exemple, dégager les causes et facteurs des décès maternels dans cette communauté.

Analyse iconographique

Cette technique d'analyse a rendu possible l'examen systématiques des photos et images relatives à l'évolution de la grossesse, sur l'accouchement. Pour une meilleure auscultation et afin de tirer des synthèses fiables, il est à préciser que nous avons combiné cette technique à une autre similaire, l'analyse morphologique.

9.2.2 Analyse quantitative

Ici, nous avons opté à l'exploration chiffrée ou numériques des variables collectées, codifiées et insérées sur formulaire Epi info.

Analyse statistique descriptive

Cette technique nous permis, ce de manière synthétique et compréhensible, de soutenir certains aspects de notre recherche à partir des indicateurs comme la fréquence des CPN, le taux de mortalité, le rapport de mortalité, la létalité maternelle. Les diagramme et courbes ont été mis en exergue pour une meilleure lecture du poids de l'accouchement et de la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou.

9.3. Interprétation des données

La signification des fruits d'investigation sur les problématiques autour de l'accouchement s'est rendue réaliste en faisant appel à trois théories majeures ; la théorie l'ethnométhodologie (MBONJI EDJENGUELE, 2005), la théorie genre (MARAGARETTE MEAD) et la théorie socioculturelle du risque (Raymond MASSE 1995, B Jeangros 2006). Le cadre théorique a été discuté en profondeur au chapitre 2.

10. CONSIDERATION ETHIQUE

La recherche en santé implique la protection des personnes humaines cibles.

Sur le plan stratégique, après validation de la procédure de recherche dans le cadre de notre étude anthropologique de la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou, nous avons obtenu une double autorisation de recherche ; du Chef de Département d'Anthropologie, et du Chef de

District de Santé de Mfou dans la mesure où notre étude impliquait des entretiens et observations (participante, passive) en milieu hospitalier. En plus, nous avons obtenu un certificat de maîtrise éthique de recherche dans le domaine de la santé. Aussi, est-il nécessaire de préciser que les différentes autorisations de recherches fussent présentées à chaque leader communautaire, de secteur et à chaque participant avant toute activité de collecte des données.

Il faut également noter que notre recherche était totalement exempte de toute expérimentation.

Au niveau opérationnel, les participant(e)s étaient librement et très volontairement engagé(e)s à l'étude. Pour matérialiser cet engagement non contraint, un formulaire de consentement éclairé a été dûment signé par chacune de nos cibles de recherche. Un consentement de prise et exploitation d'images et photos à titre scientifique a également été mis en œuvre. Ces documents éthiques portaient des informations nécessaires sur les contours de l'étude ; l'institution académique encadrant notre étude (Université de Yaoundé I, Département d'Anthropologie), le thème de recherche, les objectifs, la méthodologie, les risques quasi inexistantes, le bénéfice scientifique de l'étude, etc.

Aspect COVID 19. Toutes les mesures barrières ont été respectées. Nous avons fourni un test négatif pour pouvoir avoir accès à certains services.

11. INTERET DE L'ETUDE

11.1. Intérêt théorique

Valoriser la contribution de l'anthropologie à la protection de la santé des communautés en général, et de la santé maternelle de manière spécifique.

11.2. Intérêt pratique

Les résultats obtenus permettent non seulement une meilleure compréhension de l'accouchement et mortalité maternelle chez les Bène à Mfou, mais aussi schématisent les fiables voies et moyens d'évitement de cette résistance de décès maternels.

12. STRUCTURATION DU MEMOIRE

Nous pouvons mentionner ici que notre travail, sans lieu de nous tromper, comporte cinq grandes parties ; les préliminaires, l'introduction, les chapitres, la conclusion, et l'annexe.

- Les préliminaires ici font appel au thème de recherche, résumé, remerciement, sommaire.
- Les chapitres sont au nombre de cinq dont ;
- Le premier caractérise la zone de recherche et la communauté dont l'étude anthropologique de la mortalité maternelle a été assignée : les Bène à Mfou.

- Le second qui nous a permis de fournir un travail original, présente la revue de littérature, le cadre théorique et conceptuel.
- Chapitre trois quant à lui ressort l'ethnographie de décès maternels chez les Bène à Mfou
- L'avant dernier déroule les représentations/symboliques de l'accouchement et de la mortalité à Mfou chez les Bène
- Le cinquième en fait anthropologiquement sens aux résultats de notre recherche à partir du cadre théorique prédéfini. C'est aussi une opportunité de tracer des pistes de déviation pérenne de ce résistant problème de santé ; la mortalité maternelle.
 - La conclusion marque ici l'achèvement systématique de notre étude. Elle intègre également les références bibliographiques.
 - L'annexe en fin comporte des outils essentiels à notre recherche. Il s'agit entre autres, des autorisations de recherche, formulaire de consentement éclairé, les guides d'entretien et d'observation, la table de matière.

Cette section nous a donné un repère sur la présentation générale, l'analyse, l'interprétation de notre travail, et conduit sur le cadre physique de l'étude.

CHAPITRE 1
CADRE PHYSIQUE ET PRÉSENTATION DU LIEU D'ÉTUDE

L'environnement immédiat révèle un impact manifeste ou latent sur le système de santé de l'individu. Dans cette perspective, une bonne connaissance des aspects ; socioéconomique, politique, écologique semble importante pour un management approprié des problèmes de santé dont la communauté fait face.

En effet, ce chapitre nous offre l'opportunité de découvrir les contours géographiques, administratives, l'organisation sociale ainsi que le dispositif sanitaire de la zone d'étude Mfou.

1.1. LOCALISATION DE LA ZONE D'ETUDE

La localité de Mfou, notre principale zone d'étude, fait partir des constitutifs territoriaux de l'Etat du Cameroun. Son analyse situationnelle, primordiale à notre recherche va succéder à la présentation succincte du Cameroun.

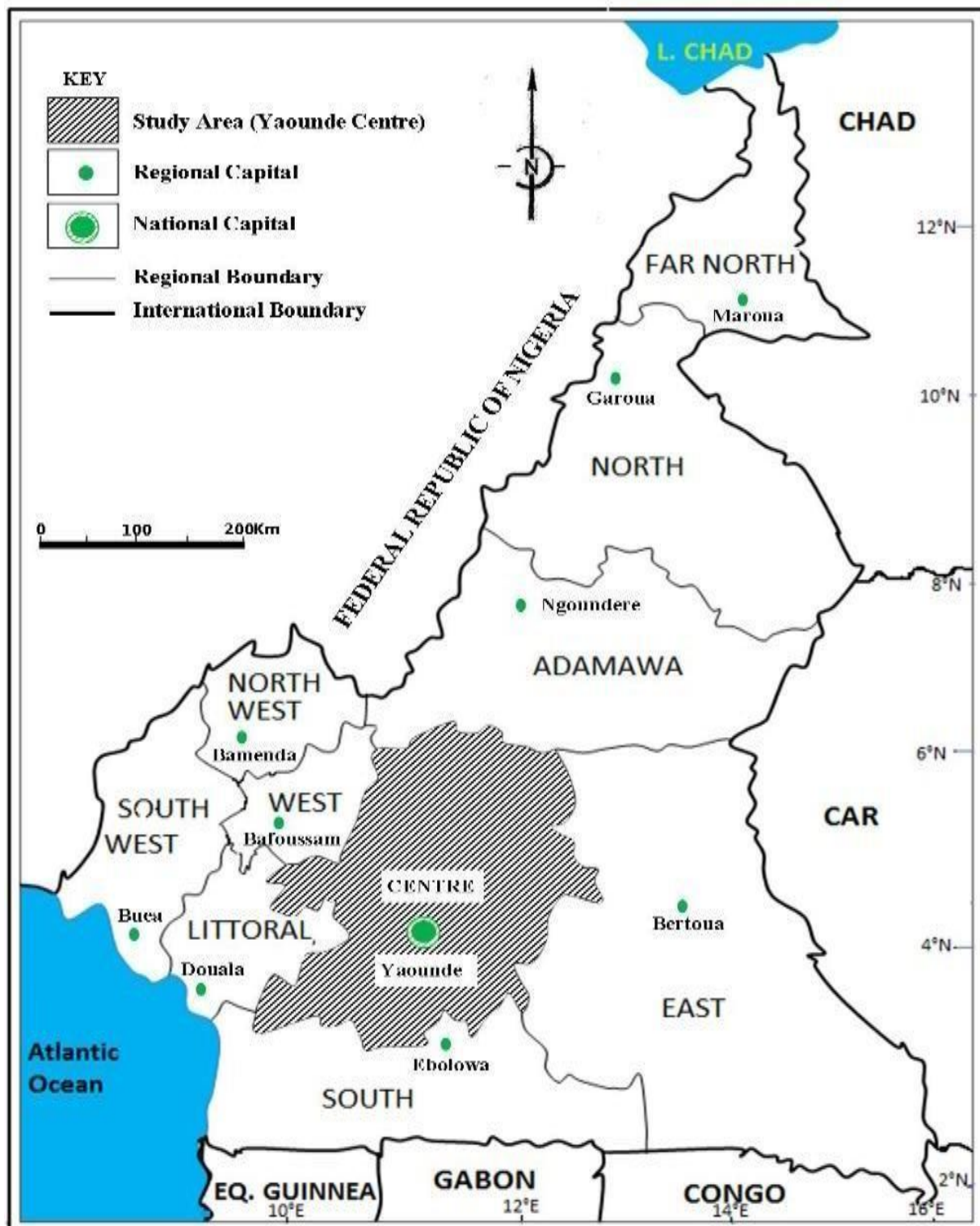
1.1.1. Situation géographique et administrative du Cameroun

Situé entre le 2° et le 13° de latitude nord et le 9° et 16° de longitude est, le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé au fond du golfe de Guinée qui couvre une superficie de 475 650 km². Il présente une forme triangulaire dont la base s'étale de l'Ouest à l'Est sur 800 km et s'étend du Sud jusqu'au Lac Tchad sur près de 1200 km. Cette Afrique en miniature est périmétré au Sud-ouest d'une frontière maritime de 420 km le long de l'océan atlantique, une frontière fluviale au sommet du triangle par le lac Tchad, et des frontières terrestres limitées à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, et au Nord-est par le Tchad (EDS MICS2011).

Sur le plan administratif, le Cameroun est divisé en 10 Régions, 58 Départements, 360 Arrondissements, 360 Communes d'arrondissements et 14 Communautés Urbaines. Le pays est bilingue et les deux langues officielles sont le Français et l'Anglais. Il tire son indépendance le 1^{er} janvier 1960. Yaoundé et Douala sont les capitales politique et économique respectivement. L'économie camerounaise par ailleurs est très diversifiée mais à dominance agricole. Elle est typique des pays africains en voie de développement et tire ses ressources principalement de l'exportation des matières premières, les produits manufacturés étant pour l'essentiel importés. L'élevage du gros bétail se fait essentiellement dans le grand nord du pays, où l'on retrouve aussi des ovins et des caprins. Le Cameroun connaît depuis 2013 un afflux important et continu de réfugiés fuyant les troubles sociopolitiques dans les pays voisins. En plus, s'ajoute l'afflux des déplacés internes du fait des atrocités perpétrées par les terroristes Boko Haram au grand Nord ainsi que celles infligées par les présumés sécessionnistes dans les régions du Nord-ouest et du Sud-Ouest. Lesquelles situations auraient un impact sur le développement socio-économique. Sur le plan socio culturel, on reconnaît le Cameroun par la multiplicité de ses

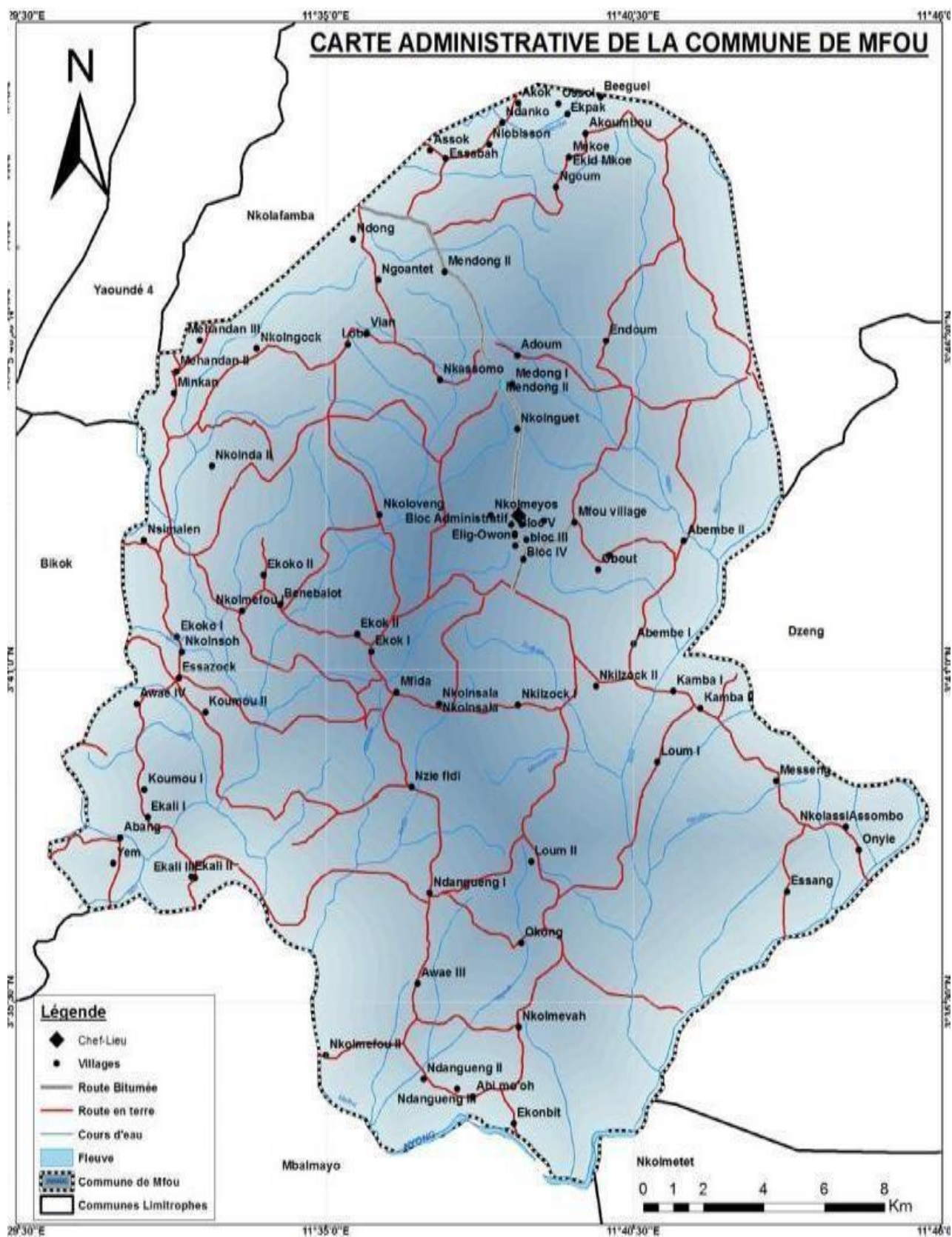
ethnies et des pratiques religieuses. Chaque groupe culturel a son identité, c'est-à-dire possède quelque chose de spécifique qui ressemble les leurs, les unis et les identifie, les qualifie.

Figure 1 : Carte du Cameroun



Source ; INC 1982

Figure 2 : Carte de l'arrondissement de Mfou



Source : PCDM, 2015

1.2.1. Situation administrative

Mfou, comme nous pouvons le constater sur la carte, est un arrondissement et Chef-lieu du département de la Mefou et Afamba, région du centre. Cette zone territoriale se loge entre 4°27'00' latitude nord et 11°38'00' longitude Est. Créé en 1992 sur décret n°92/186 du 1^{er} septembre 1992, le nouveau département de la Mefou et

Afamba aura pour capitale, l'arrondissement de Mfou en 1995. Selon les recommandations du MINAT et du BUCREP, est considéré comme ville tout chef-lieu de département ou tout arrondissement dont la densité excède 5000 habitants.

Notre zone d'étude peut donc être subdivisée en trois secteurs ; le centre urbain, périurbain et le milieu rural. Elle est ainsi limitrophe au Nord par les arrondissements de Yaoundé IV (département du Mfoudi), et Soa (Mefou et Afamba) ; au Sud par le cheflieu de département du Nyong et So'o (Mbalmayo), et Nkolmetet ; à l'Est et au Sud Est par les Arrondissements d'Awae- Nkol -Afamba (Mefou et Afamba), de Dzeng à

(Département du Nyong et So'o); et enfin à l'Ouest par l'arrondissement de Bikok ((Mefou et Akono). Cette localité qui baigne dans la forêt dense équatoriale compte plusieurs structures administratives et huit (08) groupements.

1.2.2. Aspect écologique

Nous aurons ici l'opportunité de découvrir tour à tour le climat qui règne dans la zone, la faune et flore, et le relief global de notre zone d'étude.

1.2.2.1 Le climat

La localité de Mfou est soumise à un régime atmosphérique comptant 04 saisons ; - une grande saison de pluie allant de septembre à mi-novembre, -une grande saison sèche, allant de mi-novembre à mi-mars, - une petite saison de pluie allant de mi-mars à mi-juin ; - une petite saison sèche allant de mi-juin à août.

Toutefois, il faut noter certaines perturbations climatiques avec une distribution pluviométrique abondante et répartie presque sur toute l'année. Ce climat de type équatorial nous permet de constater une température et pluviométrie moyennes de

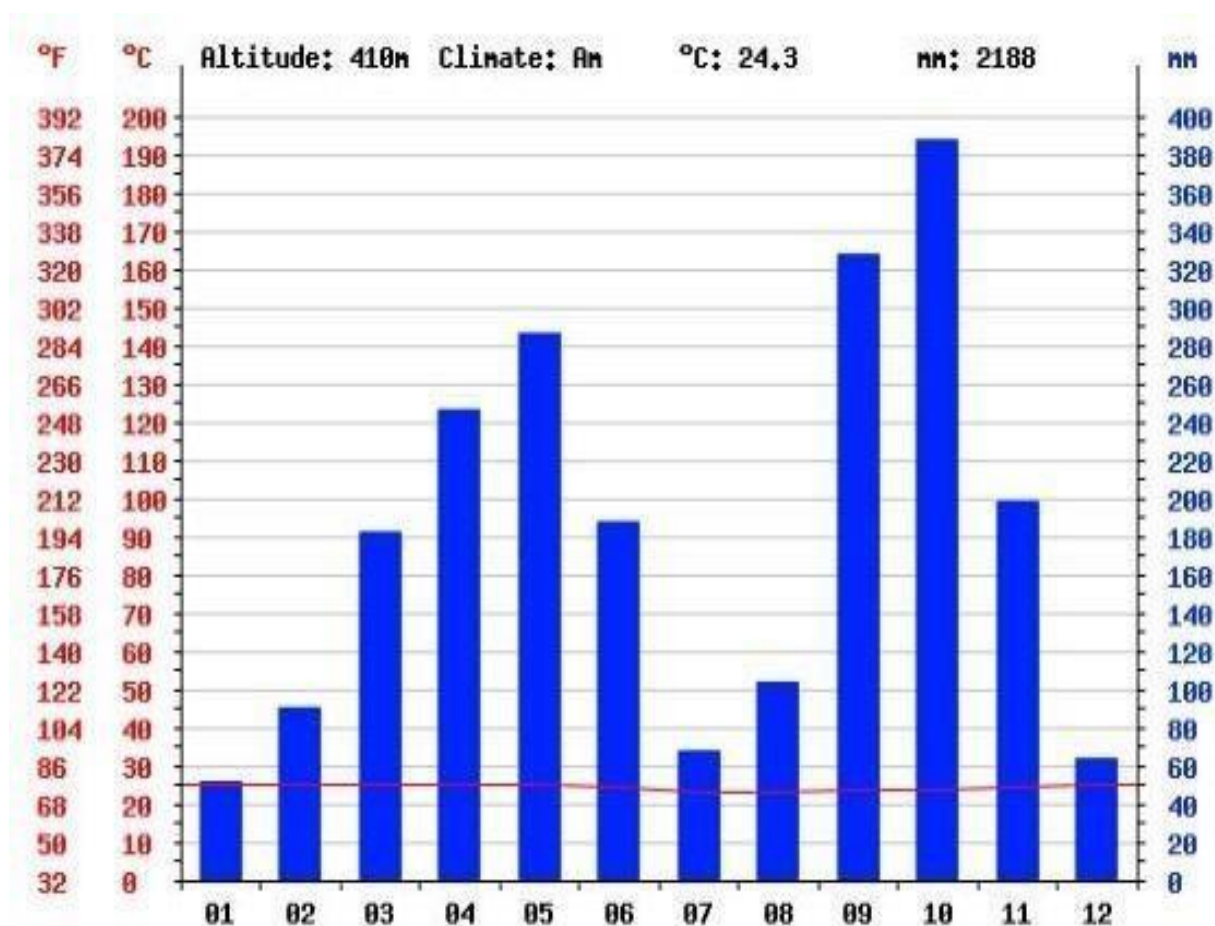
23.1°C et 2188mm/an respectivement. Selon le service météorologique de l'Aéroport de Yaoundé Nsimalen, l'amplitude thermique serait de 2,4°C avec pour mois de février, le plus chaud (29.5°C). Selon la même source, le mois de juillet par ailleurs serait le mois le plus froid (19°C) et comme laisse entendre Marylise 49 ans :

Ici on a ce qu'on appelle l''oyon'' ici en juillet et ça finit souvent de laisser un grand froid il fait souvent très froid et comme c'est même aussi la période des arachides, tu ne peux même pas bien sécher tes arachides. Ça finit souvent de pourrir. Ça nous laisse aussi beaucoup de maladies ; le palu que vous voyez là c'est ça. Et surtout même les enfants et les mamans qui viennent d'accoucher-là qui donnent le sein ça les menace beaucoup...parfois tu préfères même dormir sans te laver

Un froid qui non seulement fait froid, mais gèle l'économie de subsistance et impacte fortement sur la santé en général et sur le bien être maternel et néonatal. C'est dans cette même perspective que Philomène nous fait cette révélation ; « ...c'est cette période-là alors que les femmes et les filles ramassent les ventres [grossesses] en désordre parce qu'on cherche la chaleur à tout prix sans se contrôler encore ».

Le diagramme ci-dessous nous renseigne mieux sur l'aspect climatique dans notre zone d'étude.

Graphique 1. Distribution climatique de Mfou



Source : PDCM, 2015

1.2.2.2. Le sol

Rouge latéritique, sablonneux, noir et argileux sont les caractéristiques clés du sol de notre zone d'étude. Il est propice à l'implantation des habitats, l'agriculture, l'élevage, et fait par conséquent partir de l'une des bases de l'économie bien que ses diverses dénivellations n'y rendent toujours pas d'accès facile. On y fait généralement de l'Agriculture, l'élevage, et bien sûr des habitations.

1.2.2.3. Le relief

Avec une altitude sillonnant entre 600 et 800 mètres, l'arrondissement de Mfou est une zone aux grandes vallées et collines. On y trouve également des plaines et quelques plateaux qui servent en grande partie à l'agriculture et à l'élevage. L'hydrographie y est également considérable. Les cours d'eau importantes qui baignent la localité sont entre autres ; la Mefou, Afamba (dont le département est tributaire), Meben, Etoa, Ato'o, Osomvele, Odza, etc.

1.2.2.4. La flore

La végétation ici est très riche et diversifiée. En effet on y trouve une forêt secondaire, résultante de l'exploitation agricole (jachères, cultures, plantations, arbres fruitiers) et du programme d'urbanisation. La seconde végétation est caractérisée par une forêt dense constituée de PFNLs exploités par la population pour accroître leur revenu. A côté des raphias, palmiers et fougères rencontrés dans les marécages et le long des cours d'eau. Les herbacées de toutes sortes concourent système médical.

1.2.2.5 La faune

La réserve de la Mefou est l'irrévocable illustration de la richesse faunique de notre zone d'étude. En effet, La faune ici est très diversifiée. Elle regorge de grands mammifères tels que les gorilles, les chimpanzés, les singes, le sitatunga (*Tragelaphus spekei*), le mandrill (*Papio sphinx*) ; les amphibiens, les reptiles tels que la vipère, la tortue de forêt, le varan, le pangolin, le python le boa, les oiseaux (pintade, calao...). Parmi la faune aquatique, nous avons des variétés tels ; les crustacées et les poissons (Kanga, silure, tilapia...). L'activité du braconnage assez poussée dans la Commune constitue un frein à l'essor de la faune locale.

1.2.3. Les ressources essentielles de la zone d'étude

L'arrondissement de Mfou, berceau du peuple Bène, regorge une multitude de potentialités économiques. Nous avons les ressources naturelles, le secteur du touristique, le commerce.

1.2.3.1. Cartographie des ressources naturelles

Les ressources naturelles sont diversifiées. Elles connaissent une réglementation générale du MINFOF, MINEPDED, MINAT, MINDCAF, MINEPIA, MINHDU et la loi coutumière. Le tableau ci-dessous nous renseigne davantage sur les potentialités naturelles de notre zone d'étude.

Tableau 1 : Ressources naturelles et rentabilité

Type	Catégories	Activités Pratiquées
Forêt	<ul style="list-style-type: none"> - PFNL : djansang, okok, cola, plante medicinales, mange sauvage, tricoscypha, acuminata - PFL : sapilli, ayos, amien, bibinga, bibohlo, acacia, moabi, - Réservoir des ressources phyto génétiques - Réservoir d'espèces animales - Existence des vastes forêts secondaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Agriculture (culture de rentes, culture vivrière) - Chasse - Exploitation de bois et autres produits forestiers
Eau	<ul style="list-style-type: none"> - Grandes napes parmi les quelles la mefou, afamba, odza, Ato'o - Grande variété d'espèces halieutiques (poissons, crevette, crabes etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> Carrière de sable Cultures, maraichères Transport fluvial artisanal (pirogue) Pêche - Pisciculture Exploitation industrielle d'eau
Sol	<ul style="list-style-type: none"> -Latérite -Sablonneux -Argileux -Compact 	<ul style="list-style-type: none"> -Construction -Agriculture -Elevage

Source : PCDM 2015

De ces différentes ressources naturelles, découlent un certain nombre d'activités économiques qui contribuent considérablement au revenu national et au développement.

Les Unités de Transformation du Bois

La FIPCAM à Nkolnguet à quelques kilomètres du centre-ville de Mfou, la SCABOIS et SCIFO à Nsimalen, illustrent à suffisance de domaine d'activité. Ces Unités de Transformation de Bois du premier degré concourent à la lutte contre le chômage à travers l'embauche sans distinction de sexe 'une main d'œuvre locale en plus des allogènes.

Ces essences contribuent également à la confection des cercueils (*ézimbi*) au niveau de la communauté.

Les ressources touristiques

La communauté Bène à Mfou bénéficie d'une pluralité de sites touristiques naturels comme aménagés, tels l'aéroport international Yaoundé Nsimalen, la réserve de la Mefou, et le lac de Mfou. Mis en service en 1991, l'Aéroport International de Yaoundé-Nsimalen est situé à Nsimalen, banlieue du sud-ouest de Yaoundé. Il est classé 2^{ème} Aéroport international du pays compte tenu du nombre de passagers et du fret traités. L'Aéroport est doté d'infrastructures modernes et jouit d'un trafic international à forte croissance de l'ordre de 15% par an (ADC). Cette gigantesque infrastructure se situe à quelques 07 km de la réserve de la Mefou. Le parc de la Mefou en revanche compte environ 320 primates dont ; 110 chimpanzés et 21 gorilles (J B Lipot, 2014).



Photo 1 : Lac de Mfou

Source : Analyse de terrain, 17/04/2019

Le lac de Mfou comme les autres espaces auraient mieux contribué au développement de la localité si les stratégies d'exploitation en amont étaient mieux structurées. Néanmoins, l'histoire aura retenu que la localité où nous menons la présente étude anthropologique de la mortalité maternelle, tient son appellation à ce lac. En effet, le peuple Ewondo durant sa conquête des terres, se serait installé aux alentours de cette vaste étendue d'eau, pratiquant pêche et agriculture pour consommation et troc. Une fois la tribu Bène alertée, le *nnoass* et ses assistants s'y rendirent pour s'enquérir de la situation. Ces derniers furent très cruellement assassinés malgré leur discours de pacifique. Le chef des Bène aura donc été contraint de déployer ses braves guerriers sur les lieux à titre de représailles. Un mois environ, pendant que les guerriers Bène étaient en train de repousser leur confrère Ewondo le plus loin possible des périphéries du lac, leur Chef, inquiet, dépêcha un envoyé spécial, lequel lui tint un compte rendu de clairière de légume comme le révèle Yene Zoa, un *Zo'o melo*, (112 ans) : « *les envoyés du Chef des Bène rapportèrent qu'ils n'ont trouvé mful mful zom (claire de zom, une sorte de légumes), plus personne, les Ewondo ont pris fuite, ni de cases, ni de maisons juste mful mful zom* »

Les effets de la colonisation auraient donc réduit le groupe de vocable *mful mful zom* en un seul mot « Mfou » pour désigner cette localité, laquelle d'ailleurs sera jusqu'ici, l'arrondissement et le Chef-lieu de département de la Mefou et Afamba.

L'analyse de terrain par extension nous fait également comprendre que plusieurs femmes enceintes et allaitantes (leurs nourrissons inclus) ont perdu injustement leur vie durant ce conflit. Leurs esprits ont en revanche une influence sur les couples qui ne respectent pas la tradition liée à la grossesse. Ce qui laisse entrevoir fortes répercussions sur la santé des femmes Bène occupant les périphéries de ce lac. Une forme de vengeance qui serait toujours perpétuelle tant que les rites dus aux défuntés tragiques ne seront officiés en hommage de ces femmes Ewondo captivées et sacrifiées dans ces eaux durant le conflit.

Cette nappe d'eau, bien que faisant une potentialité touristique, constitue un facteur de risque à la santé maternelle dans la mesure où il est souvent vu comme grand réservoir des moustiques vecteur du paludisme fatale à la femme enceinte.

Les paragraphes suivants exposent mieux sur le peuple faisant l'objet de notre anthropologie de l'accouchement et de la mortalité maternelle ; les Bène à Mfou.

1.3. MILIEU HUMAIN

Il sera question ici d'exposer sur l'aspect démographique, et le peuplement de notre zone d'étude. Masi avant cela, il est important de noter que la population de Mfou est cosmopolite. Nous y retrouvons en plus des autochtones (Bène et Ewondo), des allogènes tels les Bamiléké, Bassa, Fulbé, Haoussa, Bulu, Ntumu. A ceux-ci, il faut ajouter les ressortissants des pays africains (Gabonais, Centrafricains, Burundais, Sénégalais, Maliens, Nigériens) et autres étrangers (Français, Italiens). La plupart de ces allogènes et étrangers s'intéresse beaucoup plus dans les secteurs agricoles, piscicoles, et commerciaux. Selon le dernier recensement de la population, l'arrondissement de Mfou couvre une démographie de 42 000 habitants environ avec une densité de 50, 602/km².

1.3.1. Peuplement

En Afrique centrale, la cadence des migrations des Pahouins qui s'interrompt au XIII e siècle, a favorisé la localisation des Foyers de peuplement Bantu. L'impérialisme européen qui survient au début du XIX e siècle ne réussit pas à circonscrire les efforts de soutenir la tradition, hostile au concept dominant de la politique religieuse. Nous allons particulièrement nous intéresser au peuple Bene à travers le peuplement Ekang Beti dont il en fait ressort. Mais avant cela, il est important d'apporter au préalable une certaine clarification sur le Beti de manière globale.

1.3.1.1. Beti, ethno-étymologie et historicité

La conception du vocable qui traduit l'une des ethnies du peuplement Bantu, a longtemps été colorisée par les qualités et le caractère propre à ce peuple, laissant horsjeu son étiologie fondamentale. Il est question ici de faire appel à l'ethno-nymie originale du Beti. Avant de continuer, il est à noter qu'en socioculture Bène, le pluriel se définit par le préfixe "b/be" dans la plupart des cas pour les radicaux débutant par une voyelle excepté "mot" (*l'Homme*), "mòn" (*le bébé/l'enfant et bòn les bébés/les enfants*). La deuxième marque du pluriel est caractérisée par le préfixe "m/mi/me" au radical commençant avec une consonne et à certains mots avec voyelles en début comme "abua" (*le melon, mebua les melons*), akàhn (*la fesse, mekàhn les fesses*). Le nom Beti long temps référé au qualificatif Nti (seigneur), dérive originellement du verbe *atì* qui signifie, rattacher à, lier à, relier à. Rattacher donc à qui ? De manière succincte Beti, désigne ceux et celles rattaché(e)s à Nnanga, leur progéniteur. En profondeur, Beti, extrait du groupe de mots *Ekang Beti* tire donc sa source d'*atì*, pour symboliser l'unité traduite par leur lien consanguin avec leur ancêtre mythique. Une unité représentée par la grappe et reflétant l'arbre

généalogique de l'ethnie. En plus de cette unité, l'Homme Beti arbore d'autres qualités importantes comme l'a souligné Laburthe-Tolra (1981 : 48) cité par Mbonji E (200 :31) et repris par Mah (2020 :46) : « *Le mot Beti connote la respectabilité, la reconnaissance ; aussi déborde-t-il la sphère linguistique de l'intercompréhension. [...] l'unité des Beti est celle de (la) culture, peut-être même cette unité n'a-t-elle aucune autre réalité. Les Beti sont les Civilisés* ».

A titre de précision, l'appellation simplifiée Beti est le résultat de la colonisation et l'impérialisme, le peuple fondamental étant *Ekang Beti aï Nnanga*, pour désigner la grande communauté inter-reliée, les ressortissants du géniteur Nnanga. Ces derniers durant leur exode, auront dû traverser le fleuve « *Oussannanga* » (*qui a donné le nom Sanaga*) depuis sa source pour se retrouver au centre et sud Cameroun (Fouda Etoundi, 2012). Le nom original de ce fleuve est « *Yom* », poursuit le même auteur. Pour revenir à la première expression, *Ossannanga* met en exergue la reconnaissance d'appartenance du fleuve à l'ancêtre mythique Beti. Yene Ebogo postule ;

Ossannanga one Ossué mbondé ayong Beti akatgue wobo, apke mekeng me dimba itéh anyé gue fe megang à ngul ossué téh.. Assu téh à ngue kuli ngang medzah assu nah nkunda wuéh odang à Yom àyàt. Mfang dzué ossué téh one Yom [Ossannanga c'est la rivière que fondateur des Beti (Nnanga) avait pour habitude de se baigner, il manifestait et conservait également ses pouvoirs magiques dans cette rivière. Raison pour laquelle il a fait apparaître un gigantesque serpent pour faire traverser les siens pour l'autre côté de la rive. La vraie appellation de cette rivière c'est Yom]. Entretien 12/07/2019

La progéniture de Nnanga compte aujourd'hui plusieurs tribus parmi les quelles, les Bulu, Eton, Ewondo, Ntumu, Fang, Fon, les Bène qui font le socle de notre étude anthropologique de l'accouchement et mortalité maternelle.

1.3.2. La Tribu Bène

Bène : « les toujours présents », les Hommes qui sont. C'est un concept qui désigne une présence permanente quelque que soit la situation. Ceci dit, quiconque fait recours aux Bène s'en tire toujours satisfait, avec une solution viable et fiable selon le besoin exprimé. Son comportement fait toujours de lui un Homme d'honneur et respectable. En temps de conflit, de tristesse, de joie, leur présence et participation est effective. C'est un peuple dont l'assistance fournie à son prochain est toujours manifeste et perceptible avec des résultats probants. C'est une communauté qui règne en maître et triomphe. Il faut noter le vocable dérive du verbe être « *ne/à*

ne ». La tribu Bène compte de nos jours plus d'une dizaine de clans ; Mvog Belinga Bène, Mvog Amougou Bène, Mvog Nnomo Bène, Mvog Zang Bène, Mvog Bène Bène, Ndi Bène. Ses qualités clés sont ; - Patience, - Dignité, - Respect, - Charité, - Tolérance, - Travailleur.

Ces qualités sont perceptibles dans l'argument d'un *zo'o melo*, Patrick Atangana Nkoulou (entretien du 05 mai 2020) pour qui « *man Bène asse ki akoé, asse ki ndog, odzedza, a'a dzahn ki, asse ki mewad ngueki okukut. A yem kam mahgnan äi mot asse, ane dzin, ati, mgbè äi vam. Adzing suso'o* » [l'homme Bène n'est pas égoïste, n'est pas gourmand, n'est pas mendiant n'est pas paresseux et non plus étourdi. Il sait respecter son prochain, il est digne, doué d'hospitalité et de solidarité. Il aime la vérité].

Dans la socioculture Bène, la raison prime sur l'émotion lors de la prise de décisions.

1.3.2.1. L'organisation sociale des Bène

Bien que de plus en plus lessivée par la vision dite moderne d'administration territoriale, la structure organisationnelle des Bène est d'une importance capitale pour le développement et l'harmonie du groupe. Le contrôle social dans cette socio culture tire au préalable son existence de la chefferie traditionnelle, instance communautaire de normalisation. Toute fois son essence fait sujet à débattre comme le postule Mah Nnangomo (2020 pp 31, 32) citant Robert Kpwang K (2014 : 193) :

Cette organisation a généralement suivi l'évolution du découpage territorial tel qu'amorcé en 1916 avec quatre niveaux de commandement allant des chefs de région aux chefs supérieurs en passant par les chefs de groupement et de villages. En fait, au fil du temps, on voit ouvertement se mettre en place dans la région, la politique française de création des chefferies administratives. Nommés et révocables par l'administration, les chefs autochtones deviennent avant tout des agents d'exécution, une situation qui a été favorisée par l'absence dans la société Bulu de chefferies coutumières. Recevant leur pouvoir de l'administration, les chefs occupent, pour emprunter une expression de Y. Person, une position de « quasi-fonctionnaire » (Person, 1960 :478), répartis-en cela en catégories et échelons correspondant parfois aussi bien à leur niveau qu'aux revenus financiers auxquels ils peuvent prétendre (allocations diverses sur les impôts collectés...

1.3.2.1.1. La chefferie traditionnelle

1.3.2.1.1.1. Responsabilités masculines dans la « législation Bène »

Nkukuma (Chef de village)

Cette expression qui en traduction moderne désigne le Chef de troisième degré, tire son étymologie du jumelage de deux vocables Bène « *akuma* » et « *akuén* ». Le premier mot, « *akuma* » traduit la richesse comme dans bien d'autres sociocultures Beti. Le second quant à lui détermine l'action de rassembler, de conserver, de possession ou de détention. Le Nkukuma est donc un détenteur de richesse. Laquelle richesse se définit de prime à bord par les ressources humaines, puis les biens matériels. En d'autres termes, les femmes et les enfants que possède un chef du village sont d'une grande richesse. Laquelle s'étend par exemple avec de grands troupeaux (porcs, chèvres, mouton...), de vastes champs où d'importants stocks de culture vivrière et de rente sont perceptibles. Ce ci témoigne sa capacité à pouvoir assurer le bien-être de sa communauté et gouverner le groupe, comme le souligne Robert Kpwang K (2014 : 15) cité par H Mah Nnangomo (2020, p 41) « *Grâce à ses champs, troupeaux, femmes et enfants, le Nkukuma attirait dans son village des personnes issues de ses multiples relations et exerçait une autorité à la fois paternaliste et clientéliste* ».

Le chef de village est le procureur de l'instance coutumière. Il est du pouvoir judiciaire sur le plan de l'administration territoriale et de la législation camerounaise. Ceci à l'issue d'une élection et des fois par délégation au sortir d'une concertation entre les hautes autorités administratives territoriales. Il faut noter que la chefferie Bène perd de plus en plus son essence culturelle dans la mesure où elle devient plus administratisée. Les critères d'éligibilité relèvent peu à peu des principes coutumiers et culturels évoqués au paragraphe précédent. Elle est de nos jours victime de certains fléaux dont les plus saillants sont la corruption et les conflits d'intérêt. Le pouvoir financier l'emporte sur la savoir culturel. Le discours de Philomène Mengue nous le démontre à suffisance :

Je pleure pour nos enfants. Regardez un peu le nouveau chef là, Monsieur X, quelqu'un qui n'a jamais grandi ici au village c'est lui qu'on décide qu'il est maintenant chef de village, il connaît quoi de notre village, il s'exprime à peine en Bène. Il va commander les qui ? Peut-être ceux qui vont se laisser faire. Moi j'ai juré même s'il me convoque je ne vais jamais partir. Et si je pars même hein, c'est pour l'insulter. Quelqu'un qui ne sait même pas comment on arrête la machette ni la houe. Il n'a jamais même travaillé un seul champ ici au village ou même aider une tante. Vous-même voyez des choses. Humm. Regarde même lui vit à Yaoundé il vient

seulement pour discuter les choses qu'on donne à la chefferie, l'argent. ... (Entretien du 17/08/2019)

Ce décretement est partagé et renchéri par Olinga Atangana François, notable de la chefferie X :

Celui qu'on dit maintenant qu'il est notre Nkukuma, man onon minkok¹, quelqu'un qu'on a amené ici en main, tout le monde voyait comme son père vend déjà les terrains il acheté le sous-préfet pour être chef. Et c'est aussi comme ça qu'il va vendre tout le village. Il n'a même pas notre sang. Il connaît quoi de notre village.

Malgré tous ces fléaux qui minent l'organisation sociale des Bène, il n'est pas injuste d'élucider d'autres rôles importants dans cette organisation et relevant précisément de la chefferie traditionnelle.

Nguinda, Vaccinateur

Leur rôle est de protéger le Chef de village et tous ses sujets mystiquement comme visiblement. Ils/elles sont des voyant(e)s exceptionnel(le)s. Leur fonction est similaire à celle *megne si* (devins) de la socioculture Bamiléké. Par exemple, lorsqu'un membre de la communauté interne comme riveraine, prétend proliférer un sortilège maléfique dans le village, le/la *nguinda* l'appréhende avant même que l'intention ne soit finalisée. Les mesures appropriées sont alors synchronisées.

Ils/elles sont invisibles aux yeux de l'ennemi et ont le plein pouvoir d'agir. Laquelle puissance est érigée de leurs ancêtres. Les *nguinda* sont d'une importance incontournable dans la Chefferie Bène. Le Nkukuma tire sa puissance de ces derniers. Une fois accédé au trône, le Chef subit un rite de renforcement de protection physique et surnaturelle, *essié édib zene*, dont les *nguinda* sont le professionnel(le)s. Ce rite est aussi souvent administré aux guerriers ou garçons qui veulent faire carrière dans l'armée ou occupé certains postes délicats. *A komdo Aï Biem bi karak*, blender ou vacciner avec les composantes de la haute difficulté, les éléments de la peine et de la douleur. Tout adversaire à celui ayant subi ce rite se lit vaincu.

Nnoass Nkukuma/ Porte-parole de la chefferie et de la communauté.

Celui qui enseigne à la Communauté les stratégies de paix, de cohésion sociale et de développement initiées par *Nkukuma*. Ce chargé de communication non seulement transmet les

¹ Littéralement, c'est l'oiseau des cannes à sucre. Pour qualifier celui qui n'est pas originaire du village où il réside. Ça peut être une femme qui est venue en mariage avec des enfants faits avec un précédent conjoint

directives, mais fait en plus un suivi évaluation de la mise en application des dispositions établies ainsi que des résultats escomptés.

Ntig mva'a/juges

Littéralement, cette expression fait résultante d'un groupage du verbe *tig* (couper, trancher) et du mot *mva'a* le renard, réputé par sa terreur imposée à la bassecour. Rappelons que le préfixe "n" ajouté à un radical désigne celui/celle qui fait l'action, ou la possession. La cour de litige Bène va qualifier le procès par « trancher le renard » afin que les dégâts imposés tirent à leur fin. Les litiges sont considérés comme des animaux féroces, prédateurs des animaux domestiques la basse. Ces prédateurs symbolisent la culpabilité.

Nkæ Nkukuma/Représentant du chef.

Le caractère non omniprésent du chef de village justifie l'existence d'un représentant dans chaque sous village. Celui-ci ne doit pas être un frère consanguin direct du *Nkukuma*. Mais le reste critères d'éligibilité lui sont valables. Il doit refléter les caractères du roi respectueux et honorable ; détenteur de richesse, de puissance et de capacité managériale. Celui peut se voir destituer de ses fonctions si va à l'encontre des principes de gouvernance du groupe. Hermeline ESSONO, *ékòhmbà* 23/03/2020 postule ; *nkæ nkukuma ane foh fe ane nkukuma, abel ki bo biwolé, bingugom, dzing éza binga. Ane dzin, ane mot akuma, ane miss aï meloh me nkukuma. Abel yem sang-la mam ane fe nkukuma imén. Amu nkani Beti wa kobo nah " ilan abod okel tsimèn adzab". [Le substitut du chef de village est aussi comme le chef même. Il n'est pas arracheur, porteur de trouble, n'est pas adultère. Il doit être réfléchi comme le chef, détenteur de richesse. Il est les yeux, le nez, les oreilles et la bouche du Chef dans son groupe. Doit savoir analyser les situations. Car comme le souligne un proverbe Beti " minuscule anus ne s'hygiénise point sur un moabi"]*

Zo'o melo

La culture Bène accorde une importance majeure à cette personnalité. Cette dernière est similaire à la qualification conférée aux patriarches dans d'autres sociocultures Beti. Le *Zo'o melo* désigne une personnalité sur qui toutes les oreilles sont tendues. Dans la langue Bène, *Zo'o melo* dérive du jumelage de deux mots ; le verbe *zoré* qui traduit le fait d'écouter attentivement, et *melo* (les oreilles). Le discours d'une telle personnalité est toujours chargé de connaissances originales, de grandes sagesses. Lesquelles connaissances convergent aux solutions et résolutions adéquates dans la plupart des situations critiques. Ses prises de paroles imposent volontiers une attention particulière des membres d'une assise, cérémonie ou litige. Le *Zo'o melo* en

socioculture Bène n'est pas attribué à une personne âgée nantie financièrement et matériellement comme c'est le cas de nos jours dans certaines cultures. C'est une qualité qui répond aux critères d'intelligibilité, respectabilité, charitabilité, intégrité coutumière, intégrité surnaturelle, patience. En plus cette reconnaissance voudrait qu'on ait brillamment réussi le rite de passage « *sô* » comme renseigne le *zo'o melo* Zili Mebe « *zo'o melo ake tobo é mot apke sô akui zingui. A yem be dimba metum... (c'est un Homme vainqueur du rite sô, celui qui maîtrise les secrets de la coutume...)* ». Pour rechercher ceci, faisons escale à la pensée de Robert Kpwang K (2014 : 16) cité par H Mah, (2020 :33)

C'est la plus haute autorité au sein de l'ordre initiatique 'Sô'. Il incarnait le pouvoir ésotérique et la connaissance des vérités parallèles (cachées et inaccessibles aux non-initiés). C'est la raison pour laquelle il s'exprimait avec autorité et faisait l'objet d'un grand respect au sein de la communauté clanique. C'est le Zomlô qui montrait aux jeunes appelés à passer le rite, les différentes étapes et les épreuves à surmonter.

1.3.2.1.1.2. Le rôle de la femme Bène dans la chefferie traditionnelle *Ekombà*/ Femme socle des secrets de la chefferie Bène

La femme première du chef, la plus valeureuse, prévisionnelle, et voyante. Lorsque le chef entreprend par exemple un déplacement, celle-ci lui pré-fournit l'itinéraire, lui met en garde des risques qui vont se présenter, les résultats de son voyage. Elle aide le chef à protéger ses blindages, ses fétiches, contrecarre les puissances négatives officieuses contre le chef, la chefferie, anéantit les sortilèges des cadeaux empoisonnés, des amendes fâcheuses. C'est une femme surdouée, sage et non traîtresse, ni sournoise. La solidarité fait partie de ses caractères. Bien qu'elle ne prenne pas parole ouvertement lors des litiges, assises, elle fournit le plus souvent des orientations certaines pour une meilleure prise de décision. Les quelles conseils concourent également aussi à l'adoption des solutions face aux différents autres problèmes dont la communauté rencontre, tels les problèmes de santé.

***Mkpæk* : la plus aimée**

Elle reçoit de son mari, plus d'amour et contribue à la réussite n'est pas des cérémonies et événements à travers son art culinaire et décoratif.

Eto'otobo nnam

Initialement, *l'éto'otobo nnam* définit une femme Bène en de substitution d'une conjointe du chef en cas de stérilité ou de décès de l'une de ses épouses. Au fil du temps, elle se voit attribuer la délicate charge du *mbel môn* (baby Sitter). D'une valeur fondamentale dans la

tradition Bène au sein de la chefferie traditionnelle. Elle maîtrise les contours de la maternité et de l'éducation des enfants. En effet, elle peut décider de détruire ou de sauver les vies des nourrissons. Ses orientations sur la maternité au sein de la chefferie font qu'elle soit consultée par ses coépouses, ses consœurs, sur les problématiques de la protection des nourrissons, des parturientes, et l'encadrement des enfants.

1.3.2.2. Les associations de solidarité traditionnelle des femmes Bène

La vie associative des femmes Bène s'illustre par un certain nombre de mutuelles dont la valeur majeure est la solidarité traditionnelle et l'amélioration des conditions de vie et économiques.

L'ékaz

C'est une forme de solidarité traditionnelle fondée sur la devise de « l'union fait la force ». Pendant que les hommes peuvent se porter mutuellement aidés pour le défrichage des plantations, le nettoyage des cacaoyères, l'aménagement des routes du village, ou encore des marigots, les femmes en revanche ont pour habitude de former des groupes d'entraide pour diverses tâches parfois assez complexes. Ces équipes de femmes (généralement mariées au sens coutumier ou légal) vont opter à cultiver ou semer les champs de chacune des membres de cette association traditionnelle de manière rotative. Ceci dans l'optique d'alléger les charges à la femme. En effet, un champ qui aurait pu être cultivé ou semé pendant plus de trois semaines par une femme au foyer, se voit être achevé en moins d'une semaine par les membres réunis de l'ékaz. La femme membre qui doit recevoir les services de ses associées, est juste tenue de préparer le petit déjeuner : *étsam akak*. Ce repas communautaire du matin est, non seulement un fortifiant permettant aux membres de cette ékaz d'aborder les travaux (semaison des arachides, maïs, culture du manioc, macabo, etc.) avec plus d'engagement, mais constitue aussi un fertilisant symbolique conduisant aux meilleures récoltes. Cependant, cette forme d'association traditionnelle des femmes en culture Bène, fait parfois face à un certain nombre de désagréments, tels les parcelles de champs disproportionnées, les soupçons d'adultère, violences conjugales. Ce constat peut se matérialiser dans les propos de Marylise 45 ans

L'ékaz est une bonne chose ici au village ... mais ça crée aussi trop de problèmes ici au village. Certaines femmes viennent là pour guetter ton mari d'autres profitent de l'occasion pour faire la saleté et mentir à leurs maris qu'elles tapaient les commentaires divers avec des coépouses de l'ékaz. Moi par exemple, mon mari n'accepte plus que je participe à l'ékaz. Avec le ventre [grossesse] du petit garçon

que tu vois ci, j'avais beaucoup souffert. Mon mari m'avait trop torturée avec cette grossesse parce qu'il disait que 'je pars à l'ékaz pour faire les bibohn [relation adultérine]'. Je mourais avec le ventre là. Alors que Dieu est même témoin, je ne faisais même pas ça. ... Dès qu'il a fini de défricher le champ, il m'a abandonné avec ça. Je travaillais avec mon gros ventre et personne ne m'aidait. Mes autres enfants partaient à l'école. Et c'est comme ça qu'il passait le temps à me taper sans regarder même que je porte sa grossesse. Si je rentre fatiguée, fatiguée du champ et que j'ai fait la nourriture tard, il commence seulement à me taper oubliant que si j'étais encore à l'ékaz, mes belles sœurs devaient m'aider à vite finir mon champ et je n'allais pas trop souffrir. J'ai failli mourir avec cette grossesse. Dieu était avec moi. L'enfant était sorti au champ et j'étais toute seul... c'est pourquoi j'ai surnommé cet enfant Dieudonné. C'est lui mon « mekud ngut ²».

De ce discours, nous pouvons noter que cette forme d'association influence sur la santé maternelle en plus de sa valeur de solidarité traditionnelle.

L'ékæàn

Ici, les femmes Bène composent des groupes en fonction de leur appartenance à un clan ou les *mibohm ya dzal* (belle-fille du village) pour des fins précises. Les membres du groupe se rencontrent dans la plupart des cas toutes les deux semaines ou chaque fin du mois. La finalité fondamentale de cette *ékæàn* en socioculture Bène est l'*évohli* (l'aide/l'entraide). De cette finalité, découle une double valeur ; - d'assistance aux membres du groupe faisant face à certaines difficultés tels l'*awu mbié* (décès maternel), *okohn* (maladie), *zié* (disette), - et de mobilisation pour la réussite des événements heureux tels l'*abié* (l'accouchement), l'*alug* (le mariage), *abok sô* (célébration du rite de passage d'un adolescent) etc. Pour le premier cas de valeur, en cas de décès d'un proche parent du membre de cette *ékæàn*, toute l'association se mobilise pour porter main forte à la famille ou au village endeuillé. Dans cette perspective, elles peuvent s'engager à la recherche du bois de chauffage, associer leurs enfants à la recherche de l'eau pour les *biwàràn* (rites de purification) après les obsèques, la préparation des *bidi bi awu* (repas communautaire durant les funérailles), ou une petite quête pour *nyangà mbim* (esthétique de la défunte) deuil). Au second cas de valeur, ces femmes peuvent fournir des chorégraphies originales, animations particulière, assainissement du terrain de fête, etc qui satisfassent cérémoniaires. Nous avons par exemple *ékæàn be ngon be mvog amougou*.

² Le « Clôturant de fécondité », pour désigner le dernier enfant fait à l'entrée de la ménopause

Le nko'ob et l'ésuànn

Ici, les groupes de femmes Bène optent à l'épargne et à la cotisation. Pour le premier volet, chacune des femmes membres s'engage à verser une partie des bénéfices financières auprès du *nya nko'ob*, selon les fréquences prédéfinies ; chaque deux semaines, ou mensuel. Est donc reversée à chacune des membres, la somme de son épargne au terme d'une année. Cette forme d'épargne permet à la femme Bène de finaliser certains projets importants ; la dot, le mariage, l'éducation des enfants, l'amélioration de l'habitat etc. Le second volet en revanche, fait état d'un soutien en nature entre les adeptes de l'association de façon rotative. Les ustensiles de cuisines, l'huile raffinée, le savon, font les éléments récurrents dans ce cas de figure.

1.2.3.2.3. L'habitat

Le cadre de vie chez les Bène à Mfou est majoritairement collectif et pavillonnaire tant en plein centre urbain qu'en zone rurale. Les matériaux locaux font la force du cadre d'habitation. L'architecture purement traditionnelle peut encore être perceptible malgré la forte influence du modernisme architectural. Les maisons sont faites de terre battue, bois scié localement, perches (arbustes), bambou de raphia ou de palmier, natte de raphia, liane ou rotin. Pour les adeptes de l'architecture moderne et mieux nantis, les matériaux définitifs sont mis en exergue ; parpaings, ciments, gravier, sable, tôle en aluminium, fer, etc.

A défaut d'être à découvert, la sécurisation de l'habitat en contexte traditionnel original Bène est assurée par l'environnement naturel immédiat, les arbustes, arbres fruitiers, fleurs. En revanche dans l'approche moderne actuelle, certains habitats sont clôturés par des murs en dur, gardés par des vigiles, chiens ou soumis à la vidéo surveillance.

La survivance des édifices de l'époque coloniale est également à noter. Ces édifices font parfois objet du tourisme. Ce style de construction a été adopté par plusieurs communautés, notamment par certains *nkukuma* (chefs de village). Dans les cas d'espèce, les paroisses de Nkilzok, et d'Omvan ou encore les chefferies traditionnelles de Mbama, Atega sont respectivement quelques illustrations entre autres.

1.4. LE SYSTEME DE CROYANCE DES BÈNE

En plus des croyances prescriptives sur lesquelles se forment les normes et valeurs sociales (contrôle social), les Bène à Mfou obéissent à un double axe de croyance ; le théisme et l'animisme. Le premier axe, le théisme, représente une thèse selon laquelle existe un être suprême : *Zamba*³ (Dieu), absolu, infini, Tout Puissant, dont le peuple Bène tout comme le monde

³ *Zamba en Bène signifie littéralement "Qui a fabriqué, sculpté, façonné".*

entier, tiennent leur existence. Cette croyance s'est enrichie durant le vent colonisateur par les missionnaires à travers le Catholicisme basé sur la religion monothéiste ; croyance en un seul Dieu. Cette religion est donc forelongtemps un propre de la socioculture Bène.

Le second axe de croyance, état de reconnaissance d'une force vitale spirituelle aux êtres vivants, aux objets, aux éléments de la nature. L'invocation des ancêtres clés, la manifestations des puissances spirituelles animales (chien, chat, ...), végétale (*Otombo*⁴), des objets (ballets) sont des exemples de croyances animistes en socioculture Bène.

1.5. SYSTEME DE SANTE DES BÈNE A MFOU

Dans toute société, la santé se présente comme un objectif primordial à garantir par diverses actions et interventions. Deux systèmes de santé sont à répertorier chez les Bène à Mfou ; le système conventionnel, et l'ethnomédecine.

1.5.1. La médecine conventionnelle

Bien que certains manquements soient à relever, il faut tout de même noter que le système de santé conventionnelle à Mfou est considérable en initiatives et actions tant opérationnelles qu'institutionnelles. Les Bène à Mfou, tout comme les allogènes y présents, bénéficient d'une pluralité de services et de soins de santé dite conventionnelle. Sur le plan opérationnel, nous pouvons décrypter trois grands axes de santé conventionnelle ; - la médecine générale, - la santé maternelle et néonatale, - l'infectiologie (IST, VIH SIDA, Tuberculose...), - le secteur des urgences médicales, - et le secteur connexe tel que pharmacie et laboratoire d'analyse médicale.

Au niveau institutionnel et stratégique, notre zone d'étude compte douze aires de santé donc couvre chacune 01 FOSA en moyenne et d'ordre publique, privé, ou confessionnelle. La carte ci-dessous nous procure une visualisation assez claire des différentes aires de santé que compte la localité.

1.5.2. L'ethnomédecine

Le système ethno-médical renvoie aux savoirs endogènes d'ordre curatif, préventif et prédictif des maladies et problèmes de santé en socioculture Bène. En matière de santé maternelle et néonatale, le savoir sanitaire émique s'identifie par plusieurs axes thérapeutiques et réglementaires. Ce dernier, code de déontologie traditionnelle, laisse percevoir une série de proscriptions et prescriptions, gage d'une santé de reproduction pérenne. Le premier axe quant à

⁴ *Otombo*, une sorte d'arbre chargé de puissance mystiques et servant de protection du clan, du village en village en socioculture Bène

lui met en exergue les procédés thérapeutiques des différents problèmes de santé au sein de la communauté. Le rite de purification suite à un décès maternel (*tso abié*) fait une allusion parmi tant d'autres.

Celui-ci permet d'exempter au reste de la famille, des souillures dues à la mort d'une femme en voulant donner la vie. Il est également important de noter qu'en socioculture Bène la santé de la maternité repose sur les rites et rituels en plus de l'option médicale conventionnelle. Le *ntsam atouba*, cérémonie durant laquelle les initiées (habituellement les femmes en 3^{ème} âge) préparent la jeune demoiselle au mariage. Ce rite convenablement achevé, procure au jeune couple une procréation protégée, à travers des tabous (*biki*) y afférents à respecter scrupuleusement pendant la grossesse et après l'accouchement. Dans cette perspective, il sera toujours important que l'auteur de la grossesse « casse la marmite » (*aboé mve dzié*) des suites de couches afin que les esprits de l'enfantement n'ôtent la vie ni à l'accouchée, ni au nouveau-né. *Mve dzié* désigne une marmite thérapeutique spéciale servant à bouillir de l'eau pour masser toute femme Bène qui vient d'accoucher (*ndze dzié* : le pont de la vie une femme qui a accepté étaler son utérus et son vagin pour donner à un nouvel être l'accès au monde humain, sortant de l'espace et de l'état spirituel) afin de restaurer la tranquillité de l'appareil génital féminin. Une tranquillité perturbée sous l'effet de l'accouchement.

Le contrôle des décès maternels auprès des communautés Bène obéit donc à un certain nombre de proscriptions durant la grossesse, au moment de l'accouchement et durant les suites de couche. En revanche ce système culturel a mis en place un processus de limitation des nouvelles disparitions maternelles après l'enregistrement de cas. Ce système thérapeutique et préventif sursoit un ensemble de rite et rituels officiés pendant et après l'enterrement.

1.5.2.1. Mekehng esob awu mbié /Rites liés aux décès maternels

Les mystères de la culture Bène font la vitalité de ce peuple, tant lors des événements heureux que douloureux. Du moment où un décès maternel est enregistré, la prévention, la purification et la protection contre de nouveau cas, commence dès l'*édzeb mbim* (enterrement) et s'étend sur cinq étapes majeures ; le *tob-le-tobé/nkul awu*, *biwaràn*, *ékuli kòn*, le *tso abié*, et *melélé*. Ces étapes doivent être scrupuleusement respectées ainsi que les principes intégrants chacune d'elles. Dans le cas contraire, les récives de décès des parturientes seront énormes. Nous allons présenter ces étapes de manière progressive et telles que prescrites par la norme culturelle Bène.

1.5.2.1.1. *Tob-le-tobé / nkul awu Tam-tam du deuil*

Notons au préalable que chaque clan regorge un *élang ndan* (un hymne clanique) servant de canal de communication communautaire. Ces codes font identité de la communauté ou du clan qui annonce un évènement joyeux ou malheureux. Les outils mis en exergue pour l'accomplissement d'une telle communication sont entre le *nnya nkul*, *mòn nkul*, *ngo'om* et le *mba*. Dans le cadre de nos travaux sur la mortalité maternelle, la conclusion du tam-tam qui annonce cette mauvaise nouvelle est matérialisée par quatre sons acoustiques : *kōng kōng kōng kōng*. L'objectif ici est de situer l'appartenance de la défunte au clan précis, faire appel à la solidarité de la communauté et au soutien des ancêtres, et concourir à l'intégration de la défunte au pays des morts. Nous notons ci-dessous, quelques *élang ndan* (hymnes claniques) de certains clan Bène qui précèdent et accompagnent le *nkul awu*. Le jaune marque le caractère muet de la lettre.

Elang ndan Mvog Nnomo/hymne du clan Mvog Nomo : ngàl *Edu*gù Bahna, ngàl Zili Mebe man kal *Belinga* Mengue man ngon ya ékok zoa kèh

Élang ndan/hymne du clan Mvog Zang: ngàl Zang Mengue me nna, ngàl Zang Atangana man kàl Akoa ngàl amougou ya mendong

Élang ndann Mvog Amougou/hymne du clan Mvog Amougou : ngàl Ambassa Nguélé, ngàl Mbarga Ngon me Nnama, ngàl Essissima Ayo ya Ndangueng mànn ngón ya Otodum ngàl Mvondo Belui ngàl Nvuvunga nnom Ndzié Angueh

Elang Ndan Mvog Evundu/hymne du clan Mvog Evundu: ngàl Obàh Bekono nnóm Bandolo ngàl Abessolo Mbarga Nsegue mànn kàl *Belinga* Assemvini. Le paragraphe ci-dessous présente un exemple de *nkul awu mbié* ngàl *Edu*gù Bahna, ngàl Zili Mebe man kal *Belinga* Mengue man ngon ya ékok zoa kèh + *kōng kōng kōng kōng*+*mbié adzogo behm behm behm* (+ code de la parturiente décédée) + *ku kulæ Ku kulæ Ku kulæ* tob-le-tobé tob-le-tobé + *kōng kōng kōng kōng*+*zah ane aï mfinga yi mbim wa dzebèn nsōh, mvog nana be néh ?* + *zah ane aï mfinga yi mbim wa dzebèn nsōh, mvog tara be néh ?...*

Lors de ces séquences de tam-tam toute fille en âge de procréer doit se munir d'une tige de palme poignante afin de combattre les esprits du corbillard fantômatique qui sillonnent habituellement le lieu du deuil à la recherche des prochaines victimes. Ces palmes sont aussitôt récupérées par une *nsass-tso* (grand-mère faisant partie de l'équipe chargée des rites de purification) et jeter dans la sépulture juste après la descente du cercueil.

1.5.2.1.2. *Biwaran*/Rite d'apaisement

Après l'enterrement, précisément au coucher du soleil, la proche famille de la défunte maternelle doit passer au rite *biwaràn*; une forme d'antalgique spirituel et émotionnel fait d'écorce d'arbre (*asseng, éwolod, tôh*) et d'herbes magiques (*oyannng, etc*). Laquelle potion sert de bain d'apaisement à chaque membre consanguin et parenté directe de la défunte. Il est opportun de préciser que, le cas échéant, le bébé (*éubô mòn tso*) ayant survécu à l'accouchement qui aura entraîné le décès de la mère, doit passer ce rite en premier. Un tel enfant n'est pas toujours la bienvenue malgré la mobilisation de quelques âmes de bonne foi pour sa prise en charge.

1.5.2.1.3. *Ekuli kohn*/Rite de libération

Le neuvième jour après l'enterrement, ce rite a pour but de faire retourner les ancêtres ou les fantômes conviés lors de l'enterrement pour assister la communauté. Rappelons que ces derniers sont invoqués lors des funérailles avec double finalités ; en premier lieu reconforter spirituellement/surnaturellement la communauté ayant perdu leur membre, et en second lieu faciliter l'accueil et l'acheminement de la défunte à « l'au-delà ». Le *Zo'o melo Yene Zoa* nous en fournit précisions :

On doit toujours faire rentrer les bekohn (fantômes) comme on les a appelés venir secourir la famille. Ils doivent rentrer avec la femme morte. Si on ne le fait pas, tous ces fantômes vont commencer à semer la terreur dans la communauté et les cas de décès maternels seront régulièrement vus. Cela doit se faire 09 jours après l'enterrement. C'est pourquoi on dit 'faire l'ébul'.

1.5.2.1.4. *Tso abié*/Rite de purification/protection contre décès maternelle

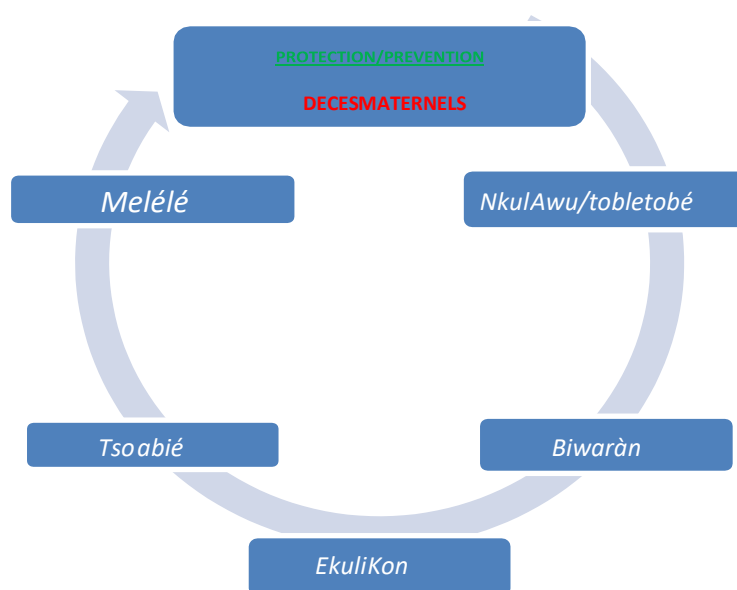
Le décès d'une femme durant la grossesse, au moment où quelques temps après l'accouchement, est classé parmi les événements tragiques et dramatiques dont les rites et rituels adéquats sont requis. Après l'office *ékuli kohn* le *tso mbié* est pratiqué avant le lever du soleil ou à son couché. *Be sass be tso*, les initiées, habituellement au nombre de trois (deux femmes et un homme) sont tenus de passer trois jours sans se baigner jusqu'au moment du rite afin que celui-ci porte ses fruits ; la purification et l'éloignement du malheur. Après ce rite, la grande marmite (*mvé tso*) qui contenait les éléments de ce bain de purification est ensevelie au pied d'un grand arbre (habituellement *l'abing, l'Adum*) dont la densité et la résistance sont irrévocables. Le groupe ayant fait l'objet d'un tel rite est tenu de respecter la proscription d'accès au pied d'un tel arbre. Lorsque cette norme culturelle est transgressée, la puissance purificatrice, protectrice et

préventive du *tso mbié/abié* deviennent caduques et entraîne de fortes chances de récives de décès maternels. L'efficacité de ce rite est aussi attestée par un autre ; *melélé*.

1.5.2.1.5. Melélé/ Rite d'évaluation

La commémoration du décès de la défunte maternelle se fait comme pour d'autre décès, un an après le jour où un tel évènement douloureux avait été enregistré. C'est une manière pour la socioculture Bène de mesurer l'impact des rites liés au décès maternel sur la famille et le groupe. Le *mbi ntum* (maître de cérémonie) passe en revue le *tob-letobé/nkul awu, biwaràn, ekuli kòhn, le tso abié* effectués lors et après les obsèques à titre d'apaisement, purification, et de protection et prévention contre les nouveaux cas. Les orphelin(e)s de la défunte, le cas échéant, passent un examen de bien-être physique et d'attitude (*afeb nyui*). Le *mbi ntum* procède par la suite à une sorte de recensement des nouveaux cas enregistrés au courant de cette période. Au bout de ces évaluations, si l'indicateur est nul, à titre de reconnaissance, un blindage de renforcement des compétences surnaturelles est orienté par les *nguinda* à l'endroit de tous ceux et toutes celles (*bebom be tob-le-tobé, besass be tso, ...*) qui avaient officiés ces précédents rites. L'impact positif de tous les aspects mis en examen impliquera donc une célébration des funérailles en rendant grâce aux ancêtres et à Dieu pour l'accomplissement des différents rites à vocation de purification et de prévention de la récive de cas tout en les implorant de continuer à veiller sur la communauté. Le schéma ci-dessus illustre le circuit de purification après un décès maternel.

Schémas 1 : Processus de prévention de récive de décès maternel chez les Bène



Source : Analyse de terrain, décembre 2020

Dans le secteur de l'ethno-maternité, l'accouchement doit être pratiqué par les initiées dûment entraînés pour la cause par d'autres accoucheuses traditionnelles. Être une grande multipare, avoir passé avec succès le rite du *bolé*, avoir une certaine autonomie spirituelle, sont entre autres des critères d'éligibilité en vigueur. De même pour avoir la conscience d'accès aux savoirs médico-sanitaires conventionnels, il est indispensable d'avoir un niveau d'éducation spécifique.

1.6. L'ÉDUCATION

En socioculture Bène à Mfou, l'éducation est assurée au préalable au sein de la famille par l'enculturation des normes socioculturelles et des pratiques. Les mères sont plus responsables de cette enculturation des connaissances et savoir à la progéniture dès la naissance. En plus de cette forme endogène de transmission des savoirs, nous avons l'éducation conventionnelle connue sous le vocable « *zukulu mintangàn* » (*l'école des blancs*). Le système éducatif dans notre zone d'étude comporte deux sous-systèmes (francophone et anglophone) déployés autour de six niveaux d'éducation, encrés dans 03 secteurs d'éducation (éducation de base, secondaire, supérieure).

1.6.1. L'éducation de base

Le secteur de l'éducation de base est matérialisé par deux niveaux d'enseignement ; préscolaire et primaire, qui ont pour but de satisfaire les besoins fondamentaux de la population en éducation. Bien qu'assez souvent facultatif, le préscolaire est le premier niveau d'enseignement. L'âge légal d'accès à ce niveau est de 04 ans pour une durée d'enseignement de 02 ans. Le primaire ou second niveau d'enseignement, est une étape clé du système éducatif. Le parcours normal s'effectue sur une durée de 06 ans 07 ans (sous-système francophone et sous-système anglophone respectivement). Le CEP ou le FSLC pour les sous-systèmes francophone et anglophone respectivement, constituent le premier diplôme et déterminent également l'accès au secondaire en plus de l'examen du concours d'entrée en 6^{ième} ou Common inrance.

1.6.2. L'éducation secondaire

L'opérationnalité de cet autre secteur est perceptible à travers trois niveaux d'enseignement, le post-primaire, le secondaire et l'enseignement normal. L'enseignement post-primaire à Mfou est réservé aux enfants d'à partir de 14 ans, ceux n'ayant pas eu accès au secondaire du fait d'expiration de l'âge normal, ou ceux dont les familles n'ont pas assez de ressources. Les enseignements dispensés sont la maçonnerie, l'électricité, la menuiserie pour les hommes en section artisanale rurale (SAR). Les femmes en revanche sont habituellement orientées en section ménagère (SM) où elles acquièrent des compétences soit en couture,

broderie, économie sociale et familiale, ou en puériculture. Les plus performants peuvent dès lors avoir accès au cycle secondaire complet.

L'enseignement secondaire par ailleurs comprend les cycles ; général et technique allant globalement de la 6^e ou 1^{ère} année en Terminale bien que certains établissements ne comprenant qu'un demi cycle (cas des CES, CETIC). L'enseignement secondaire technique est sanctionné par le CAP au premier cycle durant 04 ans (de la 1^{ère} année en 4^e année) et le Brevet Technique ou Baccalauréat technique au second cycle allant de la classe de seconde en Terminale. Le BEPC (GCO Level) et Baccalauréat général (GCA Level) définissent respectivement le succès au premier et second cycle dans l'enseignement secondaire général.

L'enseignement normal est le dernier niveau d'enseignement qui figure dans notre zone d'étude. Ce pôle est chargé de la formation des instituteurs de l'enseignement général (primaire et préscolaire) à travers l'ENIEG. La formation est sanctionnée par le CAPIEMP qui définit les compétences professionnelles en la matière.

1.6.3. L'éducation Supérieure

L'enseignement supérieur constitue le 6^e et dernier niveau d'enseignement dans notre zone d'étude. La formation dispensée par ce dernier cadre éducatif est beaucoup plus d'ordre professionnel. Ces enseignements sont fournis par les grandes écoles et instituts rattachés aux universités du Cameroun. Les de TIC, le commerce, finance, comptabilité, ressources humaines, gestion d'entreprise, les sciences médico-sanitaires, couronnés entre autres par le BTS, le DSEP, licence professionnelle sont des évidences assurées par exemple par l'IFTIC SUP de Nkol Anga'a, ISESTMA de Nkoabang, l'Institut universitaire la vision de Zaloom.

1.6.4. Les défis éducatifs chez les Bène à Mfou

L'arrondissement de Mfou compte environ 24 établissements scolaires secondaires dont 18 d'enseignement général contre 06 de l'enseignement techniques (Schoolmapcm, 2018) en plus des SARSM et d'une soixantaine d'écoles primaires (PCD, 2015). Cependant, un certain nombre de facteurs déboite le pas au système éducatif en place. En effet, l'espérance de vie scolaire dans notre zone d'étude est généralement influencée par la distance, la disponibilité des enseignants, les ressources financières des parents. Concernant les filles, cette espérance de vie est fortement impactée par le phénomène de moto taxi. Durant notre période d'enquête et surtout d'observation en milieu hospitalier, 57% de filles ont rompu les classes du fait de la grossesse et de l'accouchement dont les auteurs étaient des conducteurs de mototaxi. Ces grossesses le plus souvent précoces et non désirées ont également un impact négatif considérable sur leur santé maternelle, conduisant au décès de certaines d'entre elles. Le même phénomène joue aussi

duement sur l'espérance de vie scolaire masculine dans la mesure où les jeunes garçons en âge scolaire (13 ans et plus) préfèrent abandonner l'école pour l'activité de moto taxi et ce sous le regard indifférent soit de certaines autorités, ou même de leurs parents embarrassés ou jugeant inconvenablement le bienfondé de l'éducation scolaire. Conséquences, sexualité précoce, précaire et désordonnée. Néanmoins cette pratique de moto taxi reste une activité de revenus parmi tant d'autres pratiquées chez les Bène à Mfou.

1.7. ACTIVITES ECONOMIQUES DES BÈNE A MFOU

Les activités de revenus chez les Bène à Mfou sont d'ordre formel et informel. Ces activités sont de diverses natures et ont multiples orientations. Les paragraphes suivants en exposent davantage.

1.7.1. L'agriculture

C'est le premier secteur d'activités économiques des Bène à Mfou. Les travaux ici sont manuels et les semences ou cultures agricoles exempts de tout produits chimiques pour booster les récoltes. Le cycle agricole interpelle les différentes saisons de semence et de récoltes. Concernant les produits vivriers, la fréquence des champs est double annuellement. Ceci dit, les premières plantations de l'années sont cultivées à partir du mois de mars et la seconde vague au mois d'août/septembre selon les prévisions de la pluie. Les champs sont habituellement défrichés par les hommes mais peuvent être aussi bien nettoyés et semés par les femmes les enfants que par les hommes. On peut assez souvent constater des femmes enceintes comme allaitantes engagées vigoureusement dans ces travaux champêtres (culture, récolte, transport). Le tableau suivant décrit les différents types de cultures et leurs symboliques au sein de la socioculture Bène.

Tableau 2 : produits agricoles des Bène

Type cultures	Espèces	Finalité
Vivrières,	Arachide, Manioc, bananier plantain, banane douce, macabo, melon, canne à sucre, patate, concombre, pistache, maïs, gombo etc.	Consommation, Don, Commercialisation, Assistance communautaire, Thérapie
Rentes	Cacao, le palmier à huile, ananas	Commercialisation Thérapie Assistance communautaire
Maraîchères	Piments, tomate, condiments verts, etc.	Commercialisation
Fruitières	Orange, Lemon, mandarine, citron, manguiers, goyave, safou, Pamplémousses	Consommation, Thérapie

Source : Analyse de terrain, 2019

Au regard de ce qui précède notons que l'agriculture non seulement regorge des symboliques financières, sanitaires, subsistancielles, prestigieuse ou sociale, mais aussi constitue le socle de l'élevage chez les Bène à Mfou.

1.7.2. L'élevage

L'élevage de la bassecour, des porcs, moutons, chèvres sont le propre des Bène à Mfou. C'est une activité de subsistance, rente, et de prestige. A côté de ces finalités, il faut noter l'option du don et de la thérapie. En effet, les produits de l'élevage servent aussi bien à la consommation en famille, à la commercialisation, qu'aux échanges prestigieux lors des mariages, de la dot ou une offrande particulière à qui de droit selon l'estime portée à celui ou celle qui en reçoit. Le coq et la poule serviront habituellement au rite *ntsam atouba*, lequel sanctifie les voix de procréation du jeune couple et supposé éloigner les mauvais malheurs jaillissant durant la grossesse et l'accouchement. Il faut également noter que le secteur de l'élevage, bien qu'éprouvant quelques difficultés liées au manque de formation et à la non maîtrise des techniques améliorées d'élevage par les autochtones (PCD, 2015), devient de plus en plus considérable par la présence des GIC et autres particuliers allogènes. Quelques grandes fermes de poulet, de porc et étangs piscicoles peuvent être perceptibles à Nkongoa, Zam Bikoré, Lion etc.

1.7.3. Le commerce

Les Bène à Mfou bénéficient d'un certain nombre d'espaces commercial ; - 01 marché central ouvert 7/7 au cœur du centre-ville, - 04 marchés hebdomadaires dont 01 à Nkongoa Nkolmefou, NkolNda, et Nsimalen, - et enfin deux marchés périodiques (Nkilzok I, Ndangueng). On y trouve des produits vivriers (manioc, bâton de manioc, banane, plantain, igname, riz, arachide) et plusieurs établissements commerciaux entre autres boucheries, poissonneries, boutiques, supermarchés, échoppes, bars, boulangeries, magasins etc. Les commerçant(e)s sont soumis(e)s aux normes commerciales du ministère du commerce, de la commune de Mfou et aussi du règlement intérieur des différentes associations dont ils/elles font parties. IL est aussi à préciser que les commerçants se réunissent en associations. Nous avons par exemples l'Association des Bayam-sellam de Mfou

1.7.4. La pêche

Tout comme l'agriculture et l'élevage, la pêche revêt une forte connotation au sein des Bène. Les espèces ou variétés de poisson ciblées ont des représentations diversifiées ; consommation, prestige (don, échange), gains, thérapeutique. Le *nnam-mvong* (met de

procréation) en fait une allusion. Ce met est fait à partir du *ngol* (*silure d'eau douce*) est pris pour un favorisant d'une procréation saine. Certaines espèces, auxquelles la communauté Bène confère des puissances immunisantes, sont conseillées aux jeunes filles et femmes enceintes afin qu'elles soient potentiellement à l'abri des complications liées à l'accouchement.

1.7.5. La cueillette et la Chasse

Cette autre activité s'apparente aussi far en contexte culturel Bène à Mfou. Les femmes et enfants s'attèlent au ramassage des fruits (mangues sauvages par exemple) en brousses dès la matinée avant de les acheminer au marché ou de vaquer à d'autres occupations. La période couvrant les mois de juillet à octobre est propice à la cueillette. D'autres fruits et légumineuses faisant l'objet de la cueille sont entre autres ; safou, *mvut*, *ékong* (raisins, fraises du village), champignons, *adzab* (fruits du moabi), etc. les hommes et jeunes garçons en revanche se concentre à la cueillette du vin de palme et à la chasse. Le vin de palme est recueilli deux fois par jours (à l'aube et en soirée). C'est une essence non seulement d'ordre financier (vendu au sein du village ou au marché), prestigieux, mais revêt également des perceptions sanitaires. C'est l'un des constituants clés des potions pour le traitement des maladies vénériennes (*édib*, *ndiba*, *édzawoss*) souvent fatales à la santé de la grossesse et de l'accouchement (mère, nouveau-né). Le deuxième volet, c'est-à-dire la chasse, est beaucoup plus le propre des hommes. Les techniques de chasse sont issues du savoir traditionnel bien que la chasse à l'arme soit également à soulever. Les différents pièges rencontrés sont : *wut agbemm* (*qui prend/serre/étouffe le gibier au cou*), *nde de ko'olo* (*par le pied*), *ékuri* (tronc d'arbre assez lourd qui étouffe l'animal contre le sol), etc. Les chiens de chasse servent également à l'homme Bène d'avoir du gibier. Les gains des produits de chasse peuvent être orientés à la scolarisation, santé, ou à l'acquisition de certains ustensiles ménagers et d'autres biens artistiques.

1.7.6. L'artisanat

L'artisanat chez les Bène à Mfou caractérise le savoir productif de divers services et biens à titre commercial et communautaire. Les localités d'Oveng (sur la route du parc de la Mefou) d'Ekali (sur l'axe Yaoundé- Mbalmayo), de Kamba par exemple, sont spécialisées dans la fabrication des meubles, et ustensiles ménagers et acoustiques. Les matériaux mis en exergue sont habituellement du raphia, rotin, et bois. Les lits en bambou, salon en rotin, mortier, pilon, manche de houe, pirogue, pagaies,alebasse, balafons, tam-tam, tambour, table, panier, hôte, grenier (...) sont quelques évidences. Les produits de l'artisanat Bène font également une symbolique forte au sein de cette communauté. Le tamtam par exemple constitue un canal

d'invocation sût des esprits curatifs lors des rites de purification ou de protection. L'acheminement de ces produits artistiques n'est pas toujours aisé compte tenu de l'enclavement de certaines localités où se trouvent les artisans.

1.7.7. Le Transport

Le secteur du transport constitue une autre activité économique dans la zone de Mfou. Nous avons quelques associations de transport routier qui s'efforcent d'assurer l'acheminement des biens et personnes dans les différentes localités internes de l'arrondissement et interurbain. L'axe le mieux structuré est celui qui relie le centre-ville à la capitale Yaoundé. Les localités internes sont majoritairement desservies par les motos-taxi. Ce qui semble une véritable difficulté en plus des mauvais états des routes et surtout en saison pluvieuse. Cette situation impacte tant sur l'économie que sur le système de santé dans la mesure où les besoins d'évacuations de marchandises, sanitaires ou l'accès même aux formations sanitaires déjà assez distantes, ne sont pas toujours satisfaits. Le mauvais état du réseau routier interne impose également aux ménages des dépenses énormes. Sur un tronçon d'une vingtaine de kilomètres (Mfou - Ndangueng) chaque passager est tenu de déboursier 2500 à 3000 FCFA hormis le prix des bagages le cas échéant. Or ce montant correspond bien au tarif d'un itinéraire de plus de 200 km sur une route conforme (Yaoundé-Douala par exemple). Néanmoins l'espoir renaît du fait que certains tronçons sont sur la mire d'aménagement et de réhabilitation. L'effectivité de ces plans d'action va constituer un soulagement certain non seulement du flux économique mais également du système de santé.

Le prochain chapitre nous présente mieux la situation actuelle du système de santé avec un accent particulier sur l'état de la question de la mortalité maternelle.

CHAPITRE 2
REVUE DE LITTÉRATURE, CADRE THÉORIQUE ET
DÉFINITION DES CONCEPTS

Les données secondaires sur la santé de reproduction sont multiples. La majorité de ces recherches traitent les questions de grossesse, d'accouchement, et de mortalité maternelle et néonatale sous divers aspects et dans une transdisciplinarité. Nous avons parcouru certains de ces ouvrages clés en vue de mieux circonscrire les problématiques liées à l'accouchement dans leur globalité et spécificité ainsi que les différentes démarches adoptées par ces auteurs pour aboutir à certaines conclusions (résultats). En plus d'aboutir à une meilleure définition des concepts clés de la présente étude, le but fondamental de notre recours à cette documentation est non seulement d'éviter une répétition non illustrative, mais surtout de produire des résultats dont l'originalité ne saurait être contestable en adoptant des principes théoriques appropriés. En d'autres termes, nous allons présenter dans ce chapitre, le fruit des documents consultés, les théories indispensables à la signification de nos résultats et en fin, la définition des termes phares de notre étude.

2.1. REVUE DE LITTÉRATURE

La documentation sur la mortalité maternelle au Cameroun est immense. La plupart des auteurs ont focalisé plus leurs recherches sur les causes et déterminants des décès maternels. Dans cette partie, de manière thématique et, partant des généralités aux spécificités sur la santé reproductive, nous présentons les travaux de certains auteurs en vue d'une meilleure compréhension et de faire la différence entre les travaux d'autres chercheurs et la présente étude. La grossesse, l'accouchement, et la mortalité maternelle font parties intégrantes du grand concept de Santé de Reproduction qu'il soit important de s'y appesantir en premier avant d'exposer sur les causes et facteurs de la mortalité maternelle.

2.1.1. La santé de reproduction au Cameroun/mvoy éfoé mvong

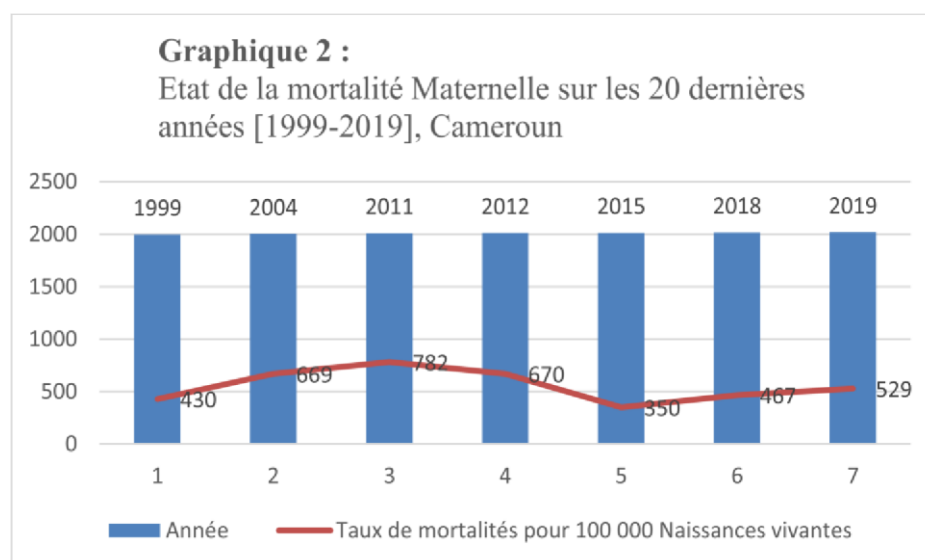
La conférence du Caire (CIPD 1994), s'appuyant sur les principes conceptuels de santé et de maladies de l'OMS, a défini la Santé de la Reproduction comme le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités (UNFPA 2015). L'OMS et L'UNHCR qui, concevant ce concept comme un droit de toutes les populations à garantir par chaque Etat, le renchérissent par ses composantes majeures telles ; la santé maternelle (soins prénataux, obstétricaux et post natal), la Planification Familiale et la santé sexuelle (Fécondité, IST/MST, Cancer etc).

Au cours du Symposium National de la Santé de la Reproduction tenue à Yaoundé du 14 au 17 décembre 1999, prenant en considération les résolutions du Forum Régional tenu en 1996 à Ouagadougou et des ateliers tenus à Bamako et Libreville en 1998, mettant en application les

recommandations des OMD/ODD, le Cameroun a pu ainsi définir huit (08) axes prioritaires tenus de garantir le droit à la procréation saine qu'est la santé de reproduction (UNFPA2019). Il s'agit notamment de : La Santé Maternelle et Infantile (MMR, soins du nouveau-né, soins liés à l'avortement, PCIME), - La Planification Familiale, - La lutte contre les IST VIH/SIDA, -La Lutte contre l'Infécondité /Infertilité et des Dysfonctionnement Sexuels, -La lutte contre les Pratiques Néfastes (excision, violence sexuelle domestique, mariage précoce), - La Santé de l'Adolescent, -La lutte contre le Cancer génitaux, mammaires, - La prise en charge de la Santé de la Reproduction des Personnes Agées (IEC, Andropause, Ménopause, Sexualité).

Ceci dit, les Femmes, les enfants, les adolescents/jeunes, les hommes, les personnes âgées, les handicapés, présents sur le territoire Camerounais, sont des cibles clés de la Santé de la Reproduction sans distinction de race ni de nationalité. Lesquelles dispositions se sont vues résumées en quatre volets de santé (comme le précise le rapport de l'UNFPA 2015) : - La santé de la femme, -La santé de l'enfant, -La santé de l'adolescent et du jeune, et La santé de l'homme. L'un des principaux indicateurs en matière de la Santé de la Reproduction, est le taux de mortalité maternelle, perceptible sur le graphique ci-dessous

2.1.1.1. Situation de la mortalité maternelle au Cameroun



Source : Analyse du terrain à base des rapports de santé, août 2020

Le graphique ci-après présente une analyse de la situation des décès maternels durant les 20 dernières années, de 1999 à 2019. Nous constatons une ascendance de 45% du taux de mortalité maternelle en 2011. Les différentes crises économiques mondiales, la réduction des efforts de Planification Familiale par certains pays dont le Cameroun et la réorientation des priorités vers la lutte contre le VIH, expliquent en partie cette dégradation de la santé maternelle

(UNFPA, 2018). C'est dans cette optique poursuit-il, que le gouvernement camerounais, Dans le but de mettre en place de manière processuelle des mécanismes de riposte au regard de cette situation, a souscrit aux engagements internationaux (CIPD, OMD, Déclaration de Paris, Déclaration d'Abuja, Accord de Maputo, ODD, Agenda 2063 UA...) avec l'appui des partenaires au développement et a mis en place des outils stratégiques politiques et programmatiques visant à réduire à long terme la mortalité maternelle et infantile. Les précédentes dispositions n'ont pas été sans effet positif dans le domaine de la santé de reproduction au Cameroun. Car on note une régression de 55,24% entre 2011 et 2015 du taux de mortalité maternelle. Cependant cette régression ne va pas durer bien que les chiffres jusqu'en 2019 soient toujours en de ça du pic atteint en 2011, 782 décès pour cent mille naissances vivantes (EDS MICS 2011). En effet, la satisfaction grandiose relevée en 2015 avec une estimation de 350 décès maternels contre 782 en 2011 (UNFPA 2019) ne sera pas de longue durée. Entre 2015 et 2019, la courbe de la mortalité maternelle s'est rendue de nouvelle ascendante comme durant la période 1998 (430 décès) à 2011(782 décès) passant de 350 décès maternels en 2015, 467 en 2018, à 529 en 2019 (CIN 2019). L'explication d'une telle recrudescence se situerait mieux dans des résultats de recherches à venir à partir de ceux récents.

2.1.2. Causes de la mortalité maternelle, compatibilité et divergence chez les Bène

Selon l'OMS la mortalité maternelle repose sur deux causes majeures en plus de des facteurs favorisants ; les causes directes et les causes indirectes, liées à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches. Ces causes ne s'avèrent pas totalement partagées en socioculture Bène à Mfou.

2.1.2.1. Les Causes directes

De manière globale, selon un rapport de l'OMS en 2005, 80% de décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes, résumables en cinq principales ;

L'hémorragie sévère / *ntulna meki m'abié/mabum*

L'hémorragie est de deux types ; ante partum caractérisée par un saignement vaginal vif avant l'expulsion du bébé, et post partum qui définit l'écoulement excessif de sang après l'accouchement. Cette cause est généralement traduite au sein de la communauté Bène par l'expression *ntulna meki mabié* lorsque l'hémorragie survient pendant ou quelque peu après l'accouchement. C'est une situation qui met généralement, tant les professionnels de soin maternels, que les accoucheuses traditionnelles dans l'embarras. Pour tenter de remédier à cette situation, les accoucheuses traditionnelles composent une potion d'écorce d'arbre (*akeng*) associée au jus des feuilles du *ndol*. Malheureusement, cette recette n'est pas toujours bénéfique

à toutes les parturientes Bène dans la mesure où la plupart d'entre elles finit par passer la vie à trépas si elles ne sont pas conduites le plus tôt possible à l'hôpital.

Les infections qui résultent le plus souvent d'une mauvaise prise en charge de l'accouchement, ou des IST non traitées. Elles peuvent être évitées par le respect strict des principes d'hygiène durant l'accouchement, le dépistage et le traitement des IST pendant la grossesse (OMS 2005). En d'autres termes et selon le même auteur, les soins durant l'accouchement devraient être systématiques afin de mettre les parturientes à l'abri de ces infections ou d'administrer les antis biotiques appropriées une fois la septicémie soupçonnée. Les infections chez les Bène à Mfou se traduisent par les maladies vénériennes selon une nosologie bien précise. Le chapitre sur l'ethnographie de la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou nous procure assez d'éclaircis.

La prééclampsie et l'éclampsie / *eyomé*

Cette autre cause évoquée par l'OMS est définie par une élévation anormale de la pression artérielle. Durant la grossesse, on constate une protéinurie et le gonflement du tissu au cours de la deuxième moitié de la grossesse, sources des troubles hypertensifs (B BARRY, 2008). Selon le même auteur, les symptômes de ces troubles hypertensifs peuvent être entre-autre les troubles visuels, les vomissements, les douleurs abdominales, le dysfonctionnement des reins. Durant la dernière phase de l'éclampsie proprement dite, poursuit-il, on relève l'apparition des fortes convulsions durant ou après l'expulsion du bébé. Et lorsque l'éclampsie n'est pas décryptée et traitée le plus tôt possible, la femme peut tomber dans l'inconscience et trépasser peu après. L'éclampsie crée chez la parturiente l'insuffisance cardiaque, hépatique, rénale et des hémorragies cérébrales qui précipitent le décès de cette dernière (OMS, 2005). Et si ces signaux ne sont non convenablement traités au cours de la grossesse peuvent à son terme, conduire la femme à un travail complexe.

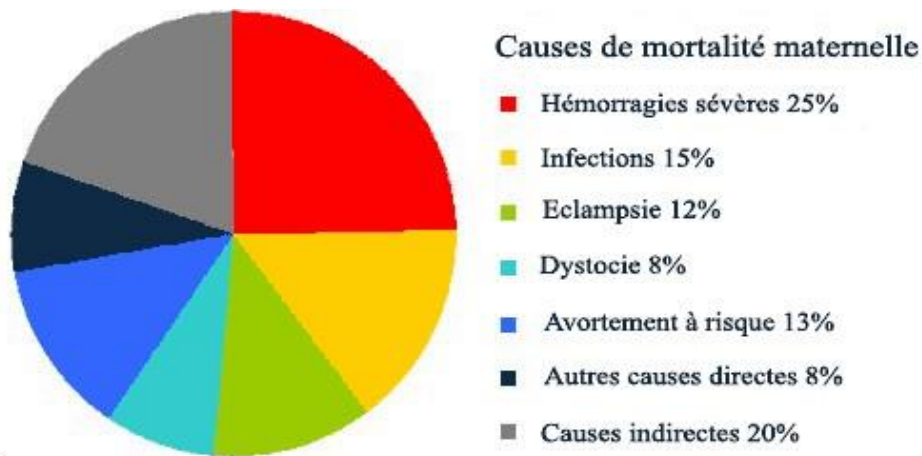
En revanche, l'*éyomé* (éclampsie/prééclampsie) présente en socioculture Bène à Mfou se prévient par la consommation de l'*andum* (tisane/citronnelle) non sucré tout au long de l'évolution de la grossesse ; en moyenne une fois toutes les deux semaines. C'est la même potion qui est administrée à la femme après l'accouchement une fois les convulsions détectées.

L'avortement à risque

Cette autre cause directe de décès maternel fait montre de nombreuses polémiques quant à sa considération dans certains Etats où l'avortement est une infraction bien qu'autorisant des cas exceptionnels. Néanmoins, cette cause reste l'une de celles fondamentales de mortalité maternelle dans la mesure où elle représente 13% du taux de mortalité maternelle mondial (B

BARRY 2008). Le diagramme suivant explique mieux de manière générale le niveau de contribution de chaque cause tant directe qu'indirecte aux décès maternels.

Graphique 3 : Principales causes directes des décès maternels



Source : OMS 2005, Rapport de la Santé dans le Monde, Page 68.

2.1.2.2. Les Causes obstétricales indirectes

Comme nous pouvons le constater au diagramme précédent, la mortalité maternelle est occasionnée à 20 % par les causes obstétricales indirectes. Ce sont des maladies, affections et pathologies qui impactent négativement sur l'évolution normale de la grossesse mettant la santé de la mère à risque soit simultanément au cours de la grossesse et durant l'accouchement. Parmi ces causes, l'anémie qui lorsqu'elle n'est pas bien traitée, occasionne des arrêts cardiovasculaires de la femme enceinte ou parturiente, les hépatites, les IST telle le VIH/SIDA, les cardiopathies et le paludisme sont les plus fréquentes.

Paludisme/tsit meki et grossesse

Le paludisme demeure l'un des problèmes de santé publique les plus importants en Afrique subsaharienne malgré tous les efforts de lutte déjà consentis contre cette maladie. Il constitue un risque majeur pour plus de deux milliards d'êtres humains dans le monde. Pour l'année 2010, l'OMS estime au niveau mondial à 216 millions le nombre de cas de paludisme (OMS, 2011) et l'Afrique subsaharienne qui ne compte que 8 % de la population mondiale concentre environ 81 % de ces cas (174 millions), dus essentiellement au plasmodium falciparum. Les enfants de moins de cinq ans, payent le plus lourd tribut à cette maladie. Selon la même source, le paludisme a tué environ 655 000 de personnes dans le monde en 2010, dont 86 % sont des enfants de moins de cinq ans. Pendant la grossesse, le paludisme peut être la cause d'anémie grave et peut provoquer une fausse couche ou un mort-né ; il est aussi une cause de

décès maternels. Dans les zones endémiques, la maladie est à l'origine de près de 40 % du faible poids à la naissance évitable chez les nouveau-nés, facteur important de décès néonatal. Le paludisme constitue un frein au développement économique des pays et contribue à appauvrir les familles, réduisant la capacité de travail et de production des individus ; il affecte les indicateurs économiques de développement social tels que la santé et la scolarisation des enfants. Selon les mêmes sources, en 2008, la maladie coûtait plus de 12 milliards de dollars à l'Afrique Subsaharienne tous les ans en perte de produit domestique brut. Elle réduit aussi la croissance économique de près de 1,3 % chaque année (OMS, 2008 in EDS MICS 2011).

Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les statistiques sanitaires révèlent qu'il est responsable de 24 % du total des décès dans les formations sanitaires, de 40 % à 45 % des consultations médicales et de 30 % des hospitalisations. Par ailleurs, 52 % des consultations chez les enfants de moins de 5 ans sont dues au paludisme simple et grave (PNLP, 2011). D'après les mêmes sources le paludisme est aussi la cause de 26 % des absences en milieu professionnel et de 40 % des dépenses de santé des ménages.

Près de trois femmes enceintes sur dix (28 %) ont dormi sous une moustiquaire et dans leur majorité, seules 17 % sous une MILDA (Moustiquaire Imprégnées à Longue Durée d'Action). Selon le milieu de résidence, on relève de cette enquête que la proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire est plus élevée en milieu urbain (31 %) qu'en milieu rural (19 %). Quand bien même ce pourcentage semble plus élevé en milieu qu'en zone rurale, il demeure toujours en deçà de la moyenne. L'éducation, et la pauvreté semblent les motifs clés de ce constat. En effet, en fonction du niveau d'instruction, on note de ces auteurs que ce sont les femmes de niveau secondaire ou plus (24 %) qui se protègent le plus fréquemment du paludisme en dormant sous une moustiquaire pendant la grossesse et même après l'accouchement. On constate enfin que ce sont les femmes enceintes des ménages les plus riches qui utilisent le plus fréquemment une moustiquaire pour se protéger du paludisme (25%).

Environ trois femmes enceintes sur cinq (61 %) ont pris des antipaludéens, à titre préventif, au cours de leur dernière grossesse, mais seulement 27 % ont reçu au moins deux doses SP/Fansidar pendant une visite prénatale, tel que recommandé dans le cadre du Traitement Préventif Intermittent (TPIg). Le paludisme devrait être traité systématiquement comme les IST

telle le VIH/SIDA durant la grossesse afin de mettre la femme à l'abri des complications lors de l'accouchement.

Chez les Bène à Mfou, le *tsit meki* (paludisme) est d'actualité. Cette maladie comme chez les Ewondo et autre tribu Beti, revêt une dimension héréditaire (Vernazza Licht et al, 2016) en ce sens qu'il se transmet de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou durant l'accouchement. Cette forme « d'animal interne au corps » et qui se nourrit du sang de la victime, est plus fatale en conséquence chez la femme enceinte et conduisant assez souvent aux décès maternels. Ce, lorsqu'elle n'est pas complètement traitée et en temps opportun. Cette maladie se prévient se soigne durant la grossesse et après l'accouchement par l'administration de l'*ékug* et une bonne alimentation.

Le VIH SIDA

Comme le paludisme et l'anémie, le VIH SIDA est un problème majeur de santé de reproduction tant dans le monde qu'au Cameroun. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Cameroun reste élevée. Un test de dépistage et un appui psychosocial sont offerts aux femmes enceintes durant les premières CPN. L'objectif est d'administrer en temps opportun, une thérapie antirétrovirale qui, non seulement constitue une barrière de transmission de la mère à l'enfant, mais et surtout contribue au bien-être de la femme. La séroprévalence est partie de 0,5% en 1987 à 10,8% en 2000 (EDS MICS2011). En 2018, 68% de femmes enceintes testées VH+ ont reçu des médicaments ARV contre 74,2% en 2017 (RAN_SIDA 2019). Ce relâchement observé peut exposer les femmes enceintes à plus de complications durant l'accouchement. Selon le protocole PTME, toutes les femmes testées VIH+, donc 100% devraient bénéficier d'un traitement gratuit et systémique. Lorsque le traitement n'est pas administré, le taux de complication est accentué dans la mesure où le système immunitaire déjà fragilisé par le VIH SIDA, devient de plus en plus propices aux infections relatives.

2.1.3. Les facteurs de la mortalité maternelle

2.1.3.1. Environnement et santé de reproduction

Un environnement sain procure une santé durable pour ses occupants en dehors des autres facteurs concourant au maintien de celle-ci. L'eau et l'assainissement de l'habitat sont encore mises en causes dans les pays en voies de développement, tant en contexte urbain comme rural.

Eau et santé maternelle/*mendzim voai nnya bohn*

SMITH CHAND (1999) décrypte ici le lien indéfectible entre l'eau, la santé et la vie humaine, animale et végétale. La consommation de l'eau de boisson non potable, souillée ou polluée est responsable des maladies comme le choléra, la dysenterie amibienne, la typhoïde, la

diarrhée et la tuberculose. En Inde par exemple ces maladies dont relève l'auteur sont, non seulement certains des fréquents motifs de consultation médicale mais et surtout impactent fortement sur la santé des femmes enceintes avec des risques majeurs d'entraîner des décès maternels, des avortements improvisés, morts nés et bien plus encore sur survie du fœtus et même du nourrisson dans la mesure où son eau de bain doit également être saine pour garantir sa santé.

Selon l'OMS (2009), Au Cameroun, 60% de la population manque l'accès à l'eau potable. Du même rapport, un pourcentage similaire caractérise le déficit quant à l'accès d'un habitat sain, à l'environnement assaini. Dans ces conditions, les populations deviennent de plus en plus exposées aux maladies liées à l'eau de boisson, mais aussi à des problèmes de santé relatifs à l'hygiène et assainissement de l'habitat, tel le paludisme qui nécessite une prise en charge spécifique pendant la grossesse afin que cette dernière soit une expérience joyeuse.

En socioculture Bène en revanche, l'eau (bouillante) reste l'un des facteurs clés de santé maternelle dans la mesure où elle contribue à la reconstitution/restauration de l'appareil génital féminin après l'accouchement à travers le massage/*abimi medzim*. Lorsque cette eau est mal chauffée, désorientée, le risque de décès d'une parturiente est favorable.

Drogue : l'une des causes de la mortalité maternelle et néonatale

Selon Chris WOOLS (1992), les femmes enceintes adeptes de la cigarette éprouvent de sérieuses complications sur leur organisme et surtout sur le cours évolutif de leurs grossesses. La cigarette contient plus de 4000 molécules chimiques toxiques pour l'organisme dont les plus nuisibles à la santé sont la cyanite, la nicotine et le monoxyde de carbone (James CHRISMAS in RICHMOND, Virginia Hospital, 1996). 60% de l'ensemble des types de cancer diagnostiqués chez les femmes sont une résultante de la consommation de la cigarette. Aussi, relève-t-il C WOOLS, que, les cas de fausse couche, de prématurité, de faible poids à la naissance et de morts nés sont une conséquence de la consommation de la cigarette avant et surtout pendant la grossesse. La nicotine et le carbone infectent progressivement le placenta qui ne joue plus son rôle efficient de bouclier nutritif du fœtus. Ainsi, ce dernier subit un déficit quant à l'approvisionnement en oxygène (O₂), hémoglobine et autres nutriments indispensables pour sa croissance effective et sa viabilité. Ce qui double les chances malheureuses de perdre le fœtus ou d'accoucher un bébé dont le poids sera en deçà de 2,5kg.

Par extension, et comme nous pouvons le constater aussi dans un rapport de la CDC (Center for Disease Control and prevention) sur l'allaitement maternel (2011), l'auteur décrypte un impact négatif de la poursuite de consommation de la drogue en général et de la cigarette en

particulier sur la santé de la mère et du bébé pendant l'allaitement. Dans cette perspective, on note, chez la mère allaitante le risque accru d'un cancer du sein, le déficit en production du lait, l'infection du lait maternel, le sevrage précoce ; avec pour conséquence des cas récurrentiels de maladies diverses qui non seulement freinent la croissance du nourrisson mais également peut favoriser son décès.

De plus, les nourrissons ayant surmonté ces difficultés sont en proie aux infections cardiaques, pulmonaires, du flot sanguin et même de leur santé mentale, qu'il revient à interroger la responsabilité étatique.

2.1.3.2. Le rôle du gouvernement

Certains documents et ouvrages consultés révèlent que l'Etat est l'un des responsables clés des maladies, des décès/mortalités diverses, et de la santé des communautés.

Le rapport BMC (2011) et S Billong et *al* (2017) indiquent que, malgré la récente croissance économique, le système de santé camerounais continue de faire face à d'importants défis. Plus de la moitié de la population vit dans les zones urbaines et un tiers dans la pauvreté. Le pays est confronté à des défis en matière de développement des ressources humaines, d'infrastructures de soins de santé ainsi qu'à l'inégalité d'accès aux services de santé. Néanmoins, ces derniers font état de progrès à partir de 2011, par exemple de 136 à 122 pour mille naissances vivantes par an. Avec le soutien d'autres pays et d'organisations non gouvernementales, le Cameroun garde une conviction d'atteindre ses objectifs du développement durable, avec l'amélioration de la santé globale de la population avec un accent particulier sur la santé de reproduction.

Selon Thomas R. Frieden (2013), dans chaque Etat, le gouvernement doit protéger les individus contre les dommages évitables causés par la communauté, ou l'environnement immédiat. Le gouvernement a la responsabilité de protéger les groupes contre les environnements malsains, quelle que soit la source du risque sanitaire ; naturelle/biologique (l'anophèle femelle, éclampsie par exemple), sociale (fautes professionnelle, transgression des normes), ou sociétale (du ressort des Organisations, les Industries). Le même auteur poursuit son illustration en remettant en question le rôle du gouvernement dans la prévention de la vente de gelée, d'eau et de médicaments souillés/contaminés, la réduction de la conduite sous l'emprise de l'alcool ou la protection des travailleurs et des communautés contre les toxines industrielles. Ceci concerne au tant les pays développés qu'en voie de développement.

Le gouvernement doit protéger et promouvoir la santé par une action à l'échelle de la population. L'action du gouvernement poursuit-il, s'appréhende comme un moyen plus efficace

et plus efficient de protéger le bien-être des populations que les actions individuelles des communautés.

Les mandats d'immunisation, la fluoration de l'eau, l'iodation du sel et l'enrichissement en micronutriments du flair sont autant d'exemples classiques de ce type d'action. Nombre d'entre elles ont été controversées au départ mais sont aujourd'hui largement acceptées car elles permettent de réaliser des économies et de réduire les maladies, les handicaps et les décès à travers l'adoption des initiatives et programmes de santé bien structurés.

Jacob DEE et *al* (2012) montrent la responsabilité étatique aux problèmes de santé des populations à partir des échecs et lacunes que connaissent souvent les programmes de santé dans le monde en général et au Cameroun en particulier. En effet, poursuivent-ils, bien qu'étant un pays à faible revenu, les efforts institutionnels du Cameroun dans le domaine de la santé sont à saluer. Les progrès scientifiques, techniques et logistiques sont une évidence. Cependant le laxisme fonctionnel et opérationnel des programmes de santé laisse encore des populations en souffrance. Ceci je justifie par exemple avec des programmes de Prévention de la Transmission du VIH SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) au Cameroun. Seul 44,4 % des résultats de screening du VIH chez les femmes enceintes sont fiables bien que les Programmes PTM soient instaurés en respectant les normes internationales et disposant du plateau technique standard. Selon les mêmes sources, environ 2500 femmes enceintes, réellement infectées par le VIH SIDA ont été déclarées séronégatives. Par ailleurs, 1000 femmes réellement indemnes à la maladie ont malheureusement été déclarées séropositives à tort. Des erreurs opérationnelles pareilles peuvent bien être fatales à la santé maternelle et néonatale.

Depuis le début du XXe siècle, forte de ses expertises de terrain, l'anthropologie a œuvré à promouvoir une meilleure communication entre les systèmes de santé. Son relativisme méthodologique impose autant une ouverture à l'autre qu'un recul critique face à nous sur la contribution à la compréhension des enjeux dans le domaine de la santé. C'est dans cette perspective que les théories ; genre, socioculturelle du risque, l'ethnométhodologie, seront mis en exergue pour l'analyse et l'interprétation de mortalité maternelle chez les Bene à Mfou, au détriment des approches de l'éco-santé, des biostatistiques majoritairement ressorties dans les résultats de recherches des différents documents en revue.

2.2. CADRE THEORIQUE

Pour faire sens à nos données, notre cadre théorique est fait des principes clés tirés dans trois principales théories ; l'ethnométhodologie, la théorie socioculturelle du risque, et l'approche genre.

2.2.1 Théorie de l'ethnométhodologie

C'est une théorie qui se déploie dans une perspective pratique des raisons locales des groupes socioculturels. ». Mbonji Edjenguèlè (2005), situe mieux l'ethnométhodologie à partir de l'interprétation des valeurs et orientations des actions et œuvres propres à un groupe. En effet, selon le même auteur, « *si les faits sociaux sont accomplissements, la vérité sociale est aussi accomplissement, créée à partir des « accounts », les comptes rendus qu'en font les membres et lisibles entre eux grâce à la réflexivité* ». Cette descriptibilité des actions et intercommunication au sein d'une socioculture s'appuie sur un certain nombre de principes.

L'ethnométhode

Il s'agit ici des moyens et chemins mobilisés par les membres d'une communauté, d'un groupe pour atteindre un objectif précis, aboutir à des solutions ou conclusions face à une situation spécifique. C'est dans cette optique que Mbonji Edjenguèlè (2005) présente ce courant de pensée comme les méthodes de pratique de savoir ordinaire, qui permettent de résoudre un problème et de l'interpréter.

Ce principe nous permet d'expliquer et de comprendre les méthodes mis en exergue par les membres de la socioculture Bène dans la gestion des décès maternels. Ce qui a d'ailleurs favorisé la compréhension du système culturel mis en œuvre par cette culture dans l'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et la signification de mortalité maternelle.

Principe de membres

La notion de membre en ethnométhodologie est fondamentale et donc incontournable. Elle fait repère de « *valorisation des savoirs endogènes et ancestraux* ». En effet, le membre est un constitutif du milieu culturel et regorge en conséquence une vision, une opinion, une connaissance des « savoirs » du groupe. Cette connaissance certaine sur la tradition lui procure par ailleurs la capacité d'expliquer un phénomène, un problème, domicilié au sein de son groupe d'appartenance. Un recours est donc fait aux membres de l'aire culturelle Bène afin de quérir leur vision sur la question de mortalité maternelle au sein de leur communauté. Les informations obtenues auprès desdits membres nous permettent d'avoir une meilleure lecture des contours de décès maternels chez les Bène à Mfou.

Principe d'indexicalité

Consiste à situer des faits dans un contexte particulier. Pour amples appréciation de ce principe, notons que Mbonji Edjenguèlè (2005 : 25), parle du concept de « *breaching* » et précise qu'il soit question de : « *placer les choses dans leurs contextes, sinon, il y aurait breaching ou rupture* ». Autrement dit, prendre un mot et puis le placer dans son contexte d'usage bien défini afin qu'il ait un sens. Ainsi Pour mieux comprendre l'*awu mbié/* mortalité maternelle, nous avons indexé les connaissances, attitudes et pratiques y relatives dans un contexte bien précis ; celui de la socioculture Bène, à Mfou. Ce qui fait mieux sens à notre problème de recherche. Grâce à ses trois principes, l'ethnométhodologie nous amène ainsi, à faire sens à la méthode de groupe dans l'aire culturelle Bène à travers la mobilisation communautaire et les discours autour des décès maternels passant par le décryptage de gestion de la grossesse et de l'accouchement par ces membres de la communauté.

2.2.2. Théorie socioculturelle du risque

La théorie socioculturelle du risque en anthropologie se présente comme l'une des mieux appropriées dans l'interprétation d'une maternité à risque car la gestion des risques dans le domaine de la santé est fortement ancrée dans nos habitudes de vie, nos pratiques et interactions, et pas seulement à nos environnements physiques et biologiques. Elle est devenue l'un des éléments clés dans l'entreprise de légitimation des interventions de prévention, de prédiction et de promotion de la santé. En effet, la théorie socioculturelle du risque fait suite au souci de réponse aux dérives éthiques, politiques et économiques dans la circonscription des problèmes de santé par des institutions dites conventionnelles.

Raymond Massé (1995), l'un des acteurs clés de cette théorie montre qu'elle remplit diverses fonctions fondamentales telles la mise à jour des mécanismes de construction de l'ordre social, la mobilisation politique autour de l'entreprise sanitaire, l'analyse des processus du sens du risque et des enjeux éthiques. Pour le même auteur, la compréhension et la circonscription de l'exposition au problème de santé ici appelé 'risque' devrait provenir dans l'examen de l'enculturation de la notion du danger destructif de la santé au niveau de la communauté ainsi que leurs pratiques prédictives, préventives et curatives de ces évènements.

Chaque communauté ou groupe dispose d'un protocole de normes sanitaires, propre, et lequel est souvent mis à jour en fonction des dynamiques des difficultés survenues ou à venir. Cette approche est partagée et renchérie en 2006 par C Burton Jeangros. Elle nous le démontre à travers son argument flambant de son exposée *Transformations des compétences familiales dans*

la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts in Recherches Familiales 2006/1(N°3) p 17 ;

Les familles jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de la maladie, que ce soit par le soutien social que les membres peuvent se fournir au sein du groupe ou entre générations, ou par le travail de soins effectué autour de la maladie, qu'elle soit chronique ou aiguë. Par ailleurs, les familles constituent une importante instance de prévention de la maladie et d'éducation à la santé, en instaurant un certain nombre de normes et de règles orientant les comportements sanitaires.

Cette théorie donne plus d'importance aux membres de la communauté et aux différents groupes et surtout à travers une analyse de leur implication dans la construction de la santé. Elle souligne ensuite la pertinence d'une anthropologie de la santé d'abord préoccupée par le décryptage et la gestion quotidienne des situations frissonnantes en communauté notamment dans le champ de la santé et aussi la pertinence des sciences sociales de coupler aux dénonciations des abus et manquements dans la gestion sanitaire à travers une analyse explicative significative des systèmes et politiques de santé.

De cette théorie, les principes retenus et indispensables dans le cadre de notre Etude sur l'accouchement et mortalité maternelle à Mfou se déploient comme suit.

Le principe problème de santé

Qui permet de faire une étiologie des problèmes de santé auxquels la communauté fait face. Ces causes, facteurs ou tout simplement ces sources de maladies, ainsi identifiés permettent de les réduire par des actions de prévention et de réponses directes ; inciter les membres du groupe à mener des activités qui diminuent, éradiquent le risque, et adopter par conséquent des recommandations permettant d'atténuer ces problèmes de santé.

Le principe de communauté à risque

Dans un grand groupe, ce principe a pour objectif de cibler la catégorie de membres ayant des caractéristiques qui les prédisposent à une santé sous-optimale (à l'exemple des femmes enceintes), -de faire une typologie pyramidale des groupes/couches sociales selon qu'ils soient exposés les uns les autres, les unes par rapport aux autres.

Le principe déterminant de la santé

Permet d'élaborer les éléments clés pour assurer une santé pérenne. La culture sanitaire et les conditions environnantes et interactionnelles des groupes, par illustration favorisent le mieux possible l'émergence et le maintien de la santé. Afin de garantir un accouchement sans risque, Demander par exemple à une femme enceinte Bene de consommer régulièrement les potions d'écorce d'*Asseng* (palétuvier) pendant la grossesse implique que cet arbre lui soit accessible. Ou

encore appeler les femmes enceintes aux CPN pour prévenir les complications pendant ou après l'accouchement suppose en effet que les structures sanitaires fournissant ces services soient disponibles et acceptables. L'avantage de cette approche est qu'elle engendre la mise sur pieds des programmes d'interventions en « amont » et met en jeu différents axes de réponse à l'instar de la participation communautaire par leurs savoirs et savoirs faire.

En somme, cette approche a pour but de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'une localité donnée, rendant accessible et applicable un ensemble de services et normes socioculturelles, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés de la communauté.

2.2.3. L'approche genre

C'est une démarche qui focalise une attention effective et égale sur le masculin et le féminin. Les spécificités féminines tant sur le plan individuel que social doivent être prises en compte au même titre que celles masculines. Elle suppose une nouvelle façon de comprendre les inégalités et les rôles socioculturels entre les hommes et les femmes (Margaret Mead, 1973). Les relations entre les hommes et les femmes, la domination masculine ou la subordination féminine ne sont pas déterminées par la nature, mais plutôt par les rapports que la société définit entre eux. En d'autres termes ces rôles disparates sont façonnés par la culture. A cause de ces rapports trouvés défavorables aux femmes, l'approche genre a été introduite pour corriger les inégalités et permettre à tout le monde de participer au processus de développement et de bénéficier équitablement aux services sociaux, sanitaires, économique, politique etc.

Dans une perspective du bien-être de la femme et de celui de l'homme, l'approche genre propose une analyse de la réalité féminine et de la réalité masculine afin de se faire une idée objective.

- Du vécu quotidien de l'homme et de la femme ainsi que l'interaction dans un milieu donné
- Des degrés ou niveaux de disparité et d'inégalité entre l'homme et la femme
- De La nature et de la qualité des discriminations, violences entre les hommes, entre les femmes, (PLMI, 2018)
- Des causes et facteurs de ces stratifications
- De ce qu'il y a lieu d'intégrer dans les politiques, programmes pour optimiser l'éthique, l'équité et l'égalité de chance.

Aussi, passe-t-il l'intégration du genre par la considération des spécificités des hommes et des femmes dans toutes les initiatives de développement, dans la prise des décisions et des choix

qui engagent la vie des individus, des familles et des communautés. Ainsi donc, cette approche nous permettra de faire sens aux responsabilités individuelles (féminines, masculines) et collectives vis-à-vis de la maternité et ce, compte tenu des structurations communautaires.

Ces principes appliqués à l'étude anthropologique de la mortalité maternelle dans le district de santé de Mfou, nous permettront d'interpréter au mieux le rouleau d'étranglement de la Santé de Reproduction dans cette localité afin de projeter les issues adéquates conduisant vers une maternité sans risque à longue échelle.

2.3. DEFINITION DES CONCEPTS

2.3.1. Anthropologie

Nous pouvons définir l'anthropologie comme l'étude systématique des groupes humains, de leurs « savoir », « savoir-faire » et « savoir être ». C'est ce qui permet à l'Homme de mieux se connaître ; une science. Selon H Marvin (1968), le mot anthropologie vient du grec "anthropos" homme and "logos" étude, c'est-à-dire l'étude de l'espèce humaine sous toutes ses dimensions, depuis son existence il y a des millions d'années jusqu'à nos jours. Elle a pour objet d'étude la culture et prend en considération les représentations dans chaque groupe.

Anthropologie médicale

Ce concept peut se comprendre comme une branche de l'anthropologie qui se focalise sur les phénomènes médicaux tels la maladie et les pratiques thérapeutiques y relatives dans une communauté. Les études d'anthropologie médicale sont toutes, ce qui constitue un trait de la santé humaine (Anita Hardon, 1990). En d'autres termes, cette discipline scientifique appliquée, définit les facteurs, le processus et le mécanisme qui jouent un rôle dans la manière dont les individus et les groupes sont affectés par la maladie et la manière dont ils procèdent pour recouvrer la santé, la prévenir, et la conserver. Elle examine également les problèmes de santé et de maladie en mettant l'accent sur les modèles de comportement et sur la façon dont les individus choisissent les moyens thérapeutiques de traitement (R. Masse, 2010). L'anthropologie médicale observe les problèmes de santé sous un triple aspect ; biologique (Disease), culturel/social (Sickness) et expérience individuelle de la souffrance qu'impose un problème de santé. La maladie relève du biologique, un processus pathologique qui se développe dans l'organisme (Exemple : le VIH SIDA, le cancer, le paludisme). Pour les soignants (médecins), la maladie fait montre de l'objectivité. Elle peut donc être mesurable, palpable, visible, repérable. Les maladies sont considérées comme les faits essentiels qui nécessitent des soins précis.

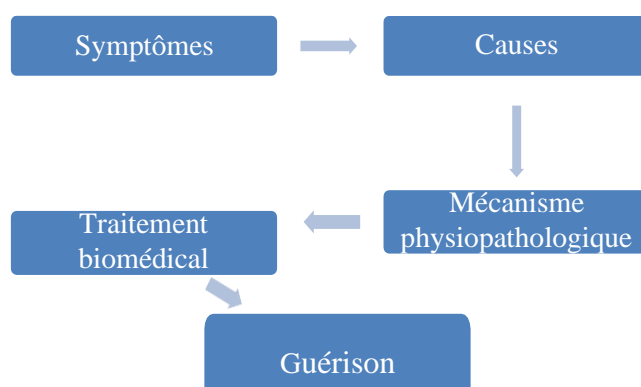
La souffrance (illness) ; c'est un sentiment, une expérience de mal-être qui est entièrement personnelle, intérieure au patient. La souffrance ou le vécu individuel de la maladie constitue un problème de santé supplémentaire qui demande une attention particulière. Parfois, la

maladie existe là où il n'y a pas de maladie. L'enseignement médical traditionnel a rendu le silence assourdissant pour le clinicien. Le patient ne peut rien offrir au médecin pour satisfaire ses sens. La maladie du point de vue populaire ou communautaire est en revanche non seulement le mode externe et public de conception d'un problème de santé ou d'une pathologie mais également un compromis entre la personne "malade" et le groupe qui est prête à la reconnaître et à la soutenir pour recouvrer sa santé.

2.3.2. La Santé / *voai/voy*

La conception de la santé a connu une considérable dynamique. Ce concept tire ses origines depuis le X^e siècle du mot latin « *salutare* » : garder sain et sauf, du verbe « *sanare* » dérivé de « *sanitas* » qui signifie rendre sain, ramener à la raison, à la guérison. Dans sa version anglaise (Health) apparue vers l'an 1000 avant Jésus Christ (Blog Santé 2016), l'expression provient du vieil anglais « *hoelth* » qui traduisait l'équilibre du corps dans sa globalité, le fait d'être en sécurité, en sûreté dans l'organisme. A partir du XIX^e siècle, la santé sera prise sous un double aspect. D'abord, elle va définir un état de ressources, de capacités. Le fonctionnement des organes sera comparé à des normes. Ensuite, ce concept va traduire l'absence de la maladie, la paix des organes (Paul Valéry, 1922). Les professionnels du domaine vont mettre un accent sur les symptômes et la pathogénie, tout en appelant les communautés à être plus attentif à tout soupçon de dysfonctionnement corporel et mental.

Schémas 2 : Logique de santé selon Louis Pasteur et Claude Bernard



Source : Blog en Santé 2016, www.blogensanté.fr Consulté le 12/09/2020

En socioculture Bène, cette logique de santé sus illustrée est bien similaire. Pour pouvoir restaurer la santé d'une femme enceinte ou d'une parturiente, le guérisseur ou l'accoucheuse traditionnelle optent pour l'analyse des symptômes (*miworèn mi okohn*), les causes (*tsin okhon*), les mécanismes physiopathologiques (*dem okohn*). Ceci permet de trouver une thérapie appropriée au problème de santé ainsi bien identifié.

La santé est un droit fondamental de tout être humain tant au sein d'une communauté comme de manière individuelle. Elle constitue à un état de bien-être physique, physiologique, mental et social et non uniquement une absence de maladie ou d'infirmité (OMS). Dans une communauté la paix, la sécurité, le développement tout comme la cohésion sociale traduisent la santé dans ce groupe. C'est dans cette perspective que plusieurs programmes de santé sont mis sur pieds, et diverses études entreprises comme la présente sur la mortalité maternelle chez les Bène à Mfou Cameroun. Une mortalité qui justifie son existence maternelle passant par la grossesse et l'accouchement.

2.3.3. Accouchement / *abié*

Dérivé du vieux français « s'accoucher », ce concept désignait le fait de mettre au lit une femme, la situation d'accouplement. L'accouchement dont nous aurons l'occasion de parler en profondeur au chapitre 3, définit la naissance d'un enfant. Un acte médical durant lequel le médecin ou la sage-femme assiste une femme enceinte à expulser positivement le bébé à terme (Larousse, Sd) et donc après 09 mois de grossesse. Pour l'OMS cet acte consiste à mettre au monde un ou plusieurs fœtus dont le niveau de viabilité est atteint, exceptés certains cas de naissances prématurées. Dans certains pays comme la Belgique, l'accouchement est considéré comme une mise au monde d'un ou plusieurs enfants (vivant comme mort-né) après 22 semaines de grossesses, pour des raisons administratives, quel que soit le moyen d'extraction ou d'expulsion du fœtus. De manière générale, l'accouchement se déroule en trois étapes majeures ; la phase de travail (*nkoklo*), l'expulsion (*ànut mòn*), et la délivrance qui concerne l'extraction ou la sortie du placenta (*akuli ésog*). Dans le domaine sanitaire conventionnel et ethnomédical Bène à Mfou, la fréquence de l'accouchement est d'une importance capitale pour chaque femme ; la parité. Les primipares (*abié usu*), multipares (*mebié abui*), grandes multipares (*nya ngoé*⁵) sont des femmes qui ont accouché pour la première fois, au moins deux et plus de quatre fois respectivement. Ce concept, non seulement marque la terminaison (positive) d'une grossesse, caractérise également celui de la maternité.

2.3.4. La maternité/*afué mvong/nya bòn*

Le concept de maternité en revanche regorge double dimension. En première appréhension, il définit l'état, la qualité de mère, le fait pour une femme de générer une progéniture à travers l'enfantement. Dans cette perspective, ce concept englobe ceux de la grossesse, accouchement, naissance, de la famille. En socioculture Bène, la maternité (*nya bòn*) a

⁵ En Culture Bène, une femme grande multipare reçoit l'attribution d'une truie (*nya ngoé*) vu la haute capacité de cette animale à mettre bas plusieurs porcelets à plusieurs reprises et tenir plusieurs gestations

trait aux processus de procréation et à la capacité à chaque femme d'assurer avec efficacité son rôle de mère, d'encadreuse, de protectrice des vies dont elle génère. Elle tend parfois à se résumer à l'accouchement ; *abié*.

En outre, ce concept définit en seconde dimension, l'ensemble des structures sanitaires de prise en charge de l'accouchement ou fournissant des services gynécobstétriques. Ce service spécialisé qui assure le suivi des grossesses, des accouchements et des suites de couches regorge trois centres d'intérêts. Le premier, chargé des services complets aux grossesses, accouchements sans risque suspecté. Celui-ci fournit aussi des soins courants aux nouveaux. Le second centre d'intérêt quant à lui se charge des accouchements relatifs aux grossesses à risque fœtal pré-déclaré. Cette catégorie de maternité s'occupe en plus des cas de ; souffrance fœtale moyenne, infection materno-fœtale sans gravité, et des prématurés de plus de 32 semaines sans pathologie respiratoire. Les grossesses et accouchements à haut risque signalés reviennent enfin à la charge de la maternité de troisième degré. Ce centre dispose également des services de réanimation néonatale d'urgence. La maternité dans ces diverses dimensions revêt cette finalité de conduire une grossesse à une expérience positive.

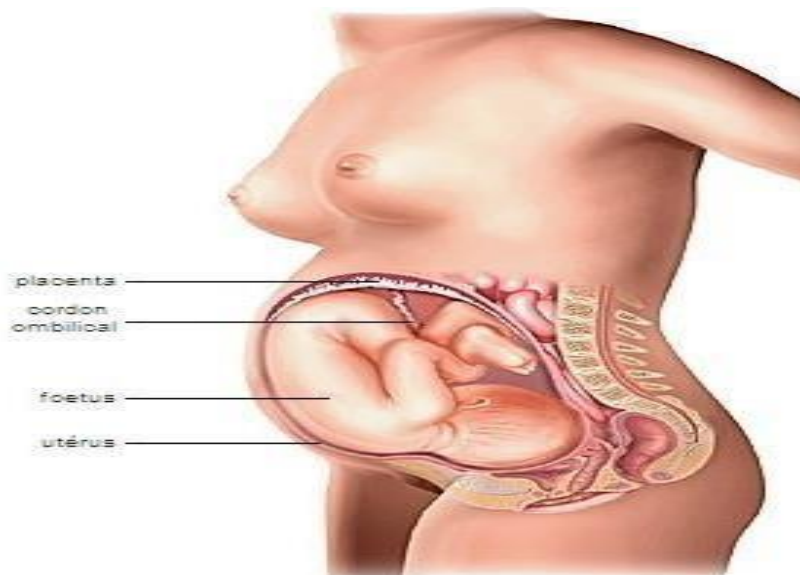
2.3.5. La grossesse / *abum*

L'état d'une femme enceinte est décrit par le concept de grossesse, les 09 mois environ au cours desquels une femme porte un fœtus qui se développe dans son utérus (OMS, Sd). Pendant cette période la femme enceinte et son fœtus sont souvent confrontés à des difficultés diverses. C'est le développement d'un enfant à l'intérieur de l'appareil génital féminin après fécondation. Au cours de la grossesse, un ensemble de systèmes est mis en place dans l'organisme de la femme. Lesquels systèmes signalent les modifications physiologiques, et préparent de façon processuelle l'adaptation de l'embryon, la dynamique du fœtus vers sa maturité. La détermination de l'âge gestationnel (*okahla abum*) ou tout simplement la durée de la grossesse a souvent fait des polémiques au sein de la gente féminine dans la mesure où elles ne connaissent pas toujours le jour exact de la fécondation. Néanmoins, avec le principe de la date de dernières menstrues (*ngòn vuœ*) on peut estimer acceptablement l'âge de la grossesse, très indispensable pour la préservation de sa santé et de son bon développement. Les accoucheuses traditionnelles Bène procèdent aussi par voyance (*meyén*). D'autres par ailleurs se servent du canaris (*ubebé*) à l'intérieur duquel sont introduits 09 œufs de poule traditionnelle (*aki kup nnam*) avec du jus d'écorce du *ngam* (sorte d'arbre à devinette). La femme enceinte s'y accroupie pendant 15 à 30 minutes que dure le rituel. A l'issue de ce rituel, la différence d'œufs survécus détermine l'âge de

la grossesse en termes de mois. Ce même rituel est aussi souvent pris pour test de grossesse, à la seule nuance qu'à cette circonstance, un seul *aki kup nnam* (œuf de poule traditionnelle) est introduit dans cet *obebé* (canari). Au bout du rituel, l'éventualité de la grossesse est nulle si cet œuf s'avère cassé.

Le nombre de conceptions est également d'une importance capitale dans système de préservation du bien-être de la grossesse et de la femme enceinte quel que soit le nombre de fœtus marqué par chaque grossesse ; la gestité. En effet bien que toutes les femmes enceintes soient tenues de recevoir une attention sanitaire particulière, l'information sur la gestité permet encore d'orienter des soins et conseils mieux adaptés à chaque porteuse de grossesse. Ceci est valable tant en médecine conventionnelle qu'en ethno-maternité Bène. On va donc distinguer les multigestes (*mebum abui* / femmes ayant développé plus d'une grossesse) aux primigestes (*abum usu* / première grossesse).

Schémas 3 : Présentation d'une grossesse à terme



Source ; Encyclopédie Larousse en ligne (Sp), www.larousse.fr Consulté le 16/08/2020.

Le schéma ci-dessus nous représente une grossesse à terme avec les différents organes qui concourent directement au développement et à la protection du bébé ici appelé fœtus. Cependant, la viabilité du fœtus ne suffit toujours pas pour prétendre un accouchement parfait. Cela signifie que, même les grossesses les plus à terme ont parfois contribué regrettamment aux décès des porteuses.

2.3.6. La mortalité maternelle / *Awu mbié*

Comme nous l'avons souligné un peu plus haut, la mortalité maternelle se définit par les décès des femmes survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, de suite d'une cause ou des complications dues à la grossesse ou les soins que cette dernière ait

interpelés. Les raisons de décès peuvent être directes (obstétricales) ou indirectes (pathologies externes préexistantes ou apparues, fragilisant la santé de la femme du fait de grossesse). Pour rappel, nous avons pu distinguer cinq causes directes majeures : hémorragie (pendant et après l'accouchement), prééclampsie/éclampsie, les infections, dystocie et l'avortement à risque. En effet, ceci ne voudrait pas dire que toutes les femmes développant ces différentes complications sont automatiquement tenues à décéder (UNICEF, OMS 2016). Les autres formes de raisons obstétricales directes aussi importantes concernent par exemple la césarienne et les accidents professionnels liés à l'exercice de l'accouchement. Le paludisme, l'anémie, le VIH et le SIDA, et les maladies cardiovasculaires sont autant d'exemples de motifs obstétricaux indirects de la mort maternelle.

La circonscription de la mortalité maternelle nécessite un certain nombre d'informations. Lesquelles permettent aussi d'élaborer de convenables stratégies d'endiguement des différentes complications tant directes qu'indirectes que rencontre les femmes enceintes pendant la grossesse, au moment et après l'accouchement.

La létalité obstétricale

Le taux de létalité joue un rôle important dans le souci de préservation de la santé maternelle. Exprimé en pourcentage, il indique la proportion de décès maternels pour chacune des causes de mortalité maternelle par rapport à l'effectif total des femmes ayant présenté des complications obstétricales, durant la grossesse, l'accouchement ou 42 après sa terminaison. $TL = (\text{Nombre de par complication} / \text{Effectif total des femmes présentant chacune des complications}) \times 100$.

Graphique 4 : Taux de létalité obstétricale au Cameroun-Région du Centre en 2015

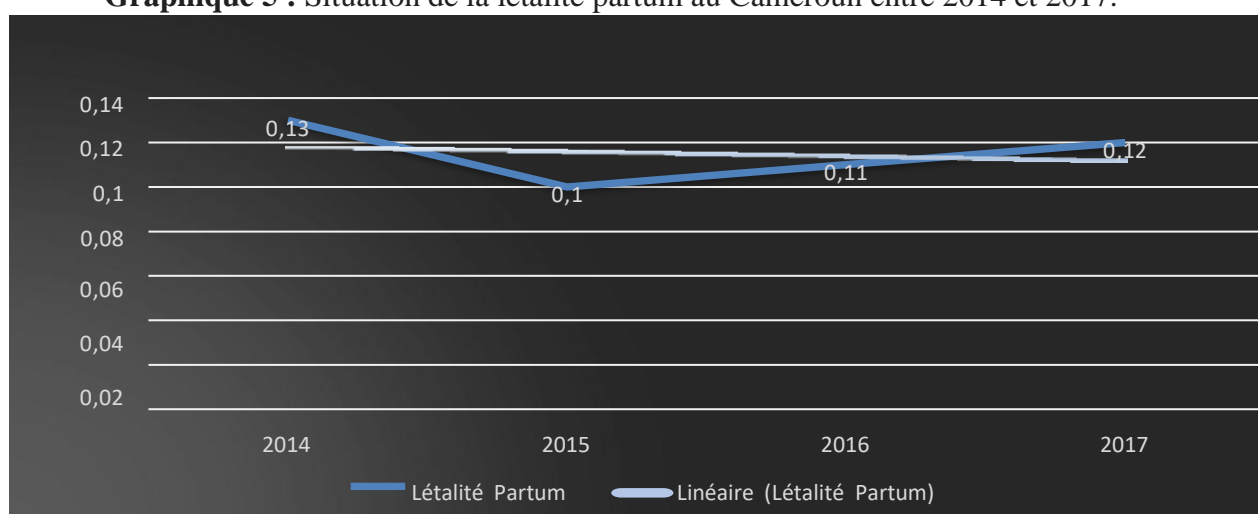
	Hémorragie ante-partum	Hémorragie post partum	Dystocie	Rétention du placenta	Rupture de l' utérus	Avortement	Prééclampsie et éclampsie	Grossesse extra utérine	Infections post partum	Autres causes directes	Taux de létalité obstétrical directe
Cameroun	3,9	2,7	0,4	0,9	6,1	1,0	3,1	1,3	2,4	0,5	1,5

Source : MINSANTE-INS Enquête Rapide d'Evaluation des Besoins Obstétricaux d'Urgence et Néonataux au Cameroun 2015 in MINSANTE-OMS, Rapport de suivi des 100 indicateurs clés du Cameroun en 2019, P 111.

La létalité en santé maternelle peut être de deux volets ; spécifique et globale. Le premier cas concerne chaque cas de complication directe ou indirecte qui, pendant la grossesse, durant l'accouchement ou 42 jours durant sa terminaison, concourt à la perte de la femme parmi toutes celles en ayant souffert (comme susmentionné).

Le second cas en revanche concerne une approche un peu plus globalisante qui définit directement le pourcentage des femmes décédées de suite d'accouchement quelle que soit les causes obstétricales ayant conduit à ces situations tragiques comme nous pouvons le constater au diagramme ci-dessous, lequel construit à partir des données issues du rapport (2019) de suivi des 100 indicateurs de santé au Cameroun (MINSANTE-OMS, P110).

Graphique 5 : Situation de la létalité partum au Cameroun entre 2014 et 2017.



Source : Analyse rapports santé, septembre 2020

A partir de 2014, la tendance létalité partum est descendante, et donc favorable aux objectifs de la santé maternelle. Cependant, à partir d'une analyse approfondie, la létalité de suite d'accouchement en milieu hospitalier qui avait pourtant considérablement chuter en 2015, passant de 0.13 % en 2014 à 0.1% en 2015, a retrouvé progressivement une ascendance inquiétante.

Dans la plupart des programmes de santé maternelle, telles les recommandations de l'UNFPA, le contrôle de la fécondité serait l'un des indices de réduction des risques de décès maternels en plus de l'approche épidémiologique à travers des indicateurs comme la prévalence, l'incidence, la sensibilité et la spécificité, indispensable à la circonscription des causes obstétricales indirectes des décès maternels.

Au regard de ce qui précède, il faut relever que les recherches sur l'accouchement et la mortalité maternelle sont multiples, mais quasi inexistantes en contexte Bène dans l'arrondissement. C'est l'un des fondements de la présente étude anthropologique de

l'accouchement chez les Bène à Mfou. Ainsi, les prochains chapitres s'attèlent à comprendre l'accouchement et les décès maternels avant, pendant, et 42 jours après la délivrance chez les Bène à Mfou. Plutôt qu'un discours majoritairement biostatistique, ce sera une opportunité d'identifier les causes et les facteurs des décès maternels chez les Bène à Mfou, décrypter et comprendre les symboliques ou représentations de l'accouchement et de la mortalité maternelle au sein de cette communauté afin de pouvoir mieux projeter les solutions fiables à cette tragédie persistante.

CHAPITRE 3
ETHNOGRAPHIE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ
LES BÈNE DE MFOU

Le chapitre que nous présentons est celui de la description structurée de l'accouchement et la mortalité maternelle, au sein de la communauté Bène à Mfou Cameroun. Il est question dans cette partie de notre travail, de présenter au préalable le processus de l'accouchement à partir de la déchirure de la poche amniotique jusqu'à l'expulsion du placenta et les causes liées à la mortalité maternelle avant, pendant ou post-partum. Pour mener à bien ce processus consacré à la description de l'accouchement et la mortalité maternelle, nous avons pris en charge les différents mécanismes qui se situent entre la période des CPN, de l'accouchement proprement dit et les causes de la mortalité avant, pendant et après la délivrance. Mais d'abord, permettez-nous d'éclairer la lanterne sur la notion de mortalité maternelle. Selon l'OMS, cité par Anki Yambare dans son article intitulé : *Analyse des déterminants de la mortalité maternelle pré-partum en République du Congo P.3*, il définit la mortalité maternelle comme étant le :

Décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de séjours après en sa terminaison [10], quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : les décès par cause obstétricale directe « résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ». Les décès par cause obstétricale indirecte résultant d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse

Il s'agit en effet de présenter les différentes causes de décès maternels chez les Bène de Mfou-Cameroun tout en nous intéressant au préalable des personnes impliquées dans la prise en charge des grossesses et accouchements dans cette socioculture.

3.1. LE PROFIL DU PERSONNEL INTERVENANT DANS LE PROCESSUS D'ACCOUCHEMENT

C'est l'ensemble des personnes intervenantes dans le processus d'accouchement. Il se compte dans les laboratoires d'analyse médicale, l'imagerie médicale etc. Mais, pour le cas d'espèce il s'agit du personnel impliqué dans l'acte d'accouchement aussi bien en milieu urbain qu'en campagne. Ainsi, nous allons tour-à-tour identifier ces personnes et présenter leur rôle dans le processus d'accouchement.

3.1.1. Le médecin

Dans le processus d'accouchement, le médecin intervient en amont dans les prescriptions des examens cliniques de la patiente, aussi, il intervient dans les accouchements à risque c'est-à-dire ceux qui nécessitent le recours à une césarienne.

3.1.2. Les sages-femmes/Maïeuticiens

Ce sont celles dont l'implication est beaucoup plus requise lors des accouchements. En effet, bien qu'ayant toutes reçu les mêmes enseignements qui les habilitent à exercer un type de travail dans le domaine de la santé, les sages-femmes, ont ceci de particulier qu'elles ont été spécifiquement formées pour les accouchements. Les accouchements sont leur domaine de prédilection. Elles savent prendre soin de la femme avant, pendant et après l'accouchement et disposent des techniques et méthodes permettant de faire bien accoucher une femme même si celle-ci est en proie à quelques difficultés d'ordres technique et physique. Elles usent de leur expérience accumulée au cours de leurs diverses prestations professionnelles. Cependant, dans le meilleur des cas possibles, c'est la sage-femme qui normalement doit conduire un accouchement, même s'il y'a présence d'un docteur ou d'un médecin spécialisé dans la salle d'accouchement.

3.1.3. Les infirmières/les infirmiers

C'est la catégorie du personnel de santé ayant reçu une formation spécifique, mais dans la plupart des cas, ils sont beaucoup plus formés en soins infirmiers. En d'autres termes, ils viennent en complément d'effectifs afin d'apporter les soins de santé nécessaire au nouveau-né et sa mère après l'acte d'accouchement. Aussi, il faut noter ici qu'il y'a des infirmières et infirmiers qui se sont spécialisés dans le domaine de l'accouchement et interviennent également comme les sages-femmes évoquées ci-dessus.

3.1.4. Aides-soignants

Il est dans la salle d'accoucher pour accompagner les différents intervenants afin de leur apporté l'appui matériel requis lors du processus d'accouchement. Mais, notonsle, ces aides-soignants s'inscrivent aussi au même rang et titre que le différent personnel impliqué. En d'autres termes, ils pratiquent aussi les accouchements. Au regard de cette présentation du profil du personnel type intervenant dans l'accouchement, il tient lieu ici de l'affirmer au moyen de ces propos recueillis auprès de notre informateur Docteur Maximilien Akono :

Tout le monde n'est pas habilité à pratiquer un accouchement. Le plus souvent, nous avons les sages-femmes et il y'a ce qu'on appelle les majors d'hommes aussi, mais là, on va parler d'infirmiers accoucheurs, d'infirmières accoucheuses mais beaucoup plus ce sont les sages-femmes parce qu'après l'implication des hommes et compte tenu

de la question d'intimité, c'est beaucoup plus les femmes qui s'en occupent. Nous avons tout laisser entre les mains des femmes, mais quand même, sans arrière-pensée et de jugements, les hommes restent les meilleurs dans la pratique de l'accouchement ; s'agissant des médecins, ils interviennent dans un cas de complication qui peut-être dû au recours à une césarienne et les infirmiers apporte leur assistance pour administrer des soins après l'accouchement et enfin, l'aide-soignant qui accompagne tout ce dispositif à travers le matériel qu'il donne à la demande d'un praticien.

Docteur Maximilien Akono (entretien, le 14/05/2020).

De ces propos, se dégage les différents profils qui sont conditionnés par une formation type reçu et du rôle de tout un chacun dans l'acte d'accouchement. Bien que certains soit des pratiquants douteux, les sages-femmes sont le plus recommandées pour conduire les accouchements.

3.1.5. 'Mbiali', l'accoucheuse traditionnelle 'bebiali' accoucheuses traditionnelles

Ce sont ici les professionnelles de l'ethno-maternité. Elles se servent des savoirs et techniques acquis par initiation. Leur plateau technique est beaucoup plus culturel ou traditionnel bien que certaines se réfèrent à certains outils modernes (lames, ciseaux). Mbiali doit avoir au préalable une grande expérience personnelle en accouchement (en tant qu'accouchée multipare). Elle doit justifier d'une puissance surnaturelle en mesure d'invoquer avec succès les esprits de l'accouchement afin de sortir la femme en travail des complications durant cet exercice d'accouchement. Elle maîtrise les normes culturelles liées à la sexualité, grossesse, accouchement et à l'allaitement. Les CPN sont faites de manière particulière comme nous l'explique durant notre observation, mama Ntsama Eyenga, accoucheuse traditionnelle, entretien du 03/11/2020 :

Le test de grossesse s'effectue pour la majorité avec un ubebé (canari), mendzim mitam (eau du marigot) et kié alô mvu (feuille fraîche de l'herbe semblable à l'oreille du chien). La femme soupçonnée enceinte jette cette feuille dans cette eau et s'assied dessus ce canari pendant 09 min. quand elle quitte, si la feuille introduite s'est enroulée au fond de l'eau, la grossesse est là. Ntsama Eyenga 03/11/2020.

Le tableau suivant illustre quelques éléments essentiels mis en exergue durant la pratique d'accouchement.

Tableau 3 : bikipélé bi mbiali ayong Bène/plateau technique de l'ethno-maternité Bène

ELEMENTS	TRADUCTION	REPRESENTATIONS
<i>Enong mineng</i>	Lit en bambou	Sert de table d'accouchement
<i>Ngôd évôhk</i>	Balai usé	Déployé pour faciliter l'expulsion du placenta après la sortie du bébé. <i>Mbiali</i> frappe cet instrument trois fois sur la tête de la parturiente (<i>mbié</i>) et 09 fois en cas de complication.
<i>évuvuss</i>	Purge à l'aide de l'herbe ainsi nommé	Cette purge est administrée à la femme en travail pour stimuler les contractions et faciliter l'accouchement par voie basse.
<i>Kiéé nkok</i>	Feuille de la canne à sucre	Pour couper le cordon ombilical. C'est une lame très tranchante et exempte de souillure
<i>Nkol zeg</i>	Fil d'ananas	Ce fin fil tiré des feuilles d'ananas segmente le cordon ombilical et met directement le nouveau-né en contact au nouveau monde afin qu'il s'adapte et soit rapidement intégré.
<i>Kié alén</i>	Feuille du Palmier	Bouclier de la case d'accouchement contre certaines forces du mal. Trois de ces feuilles sont plus souvent accrochées à l'entrée de cette case durant l'exercice d'accouchement.
<i>ndol</i>	Herbe aux feuilles épineuses	Placé au chevet du lit d'accouchement. Ses puissances épineuses contrent les forces de la mort qui rôdent autour de la femme en travail
<i>nlac</i>	Baguette magique	Baguette magique à partir de laquelle l'accoucheuse entre en contact avec les forces surnaturelles ou dieux de l'enfantement afin de surmonter un accouchement complexe
<i>miènn</i>	Canne des jumeaux	Placée sous le lit, sa puissance stabilise les risques d'éclampsie

Source : Analyse de terrain, décembre 2020

3.2. PRÉSENTATION DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES BÈNE

Il est question dans cette partie de travail, de présenter les étapes qui concourent au phénomène de l'accouchement. À cet effet, nous allons d'une part, nous appesantir sur le processus d'accouchement et d'autre part, aborder la question liée aux types d'accouchement. Pour ce faire, nous parlerons succinctement du processus d'accouchement et de l'accouchement proprement dit chez les Bène de Mfou-Cameroun.

3.2.1. Processus d'accouchement

Le processus dont il est question ici, est celui qui va de la période de conception, du développement de la grossesse jusqu'à la période d'accouchement. Rappelons-le ici, nous ne saurions parler d'accouchement sans toutefois aborder les différents mécanismes qui ont conduit à sa structuration. Après la période de conception qui, est régit soit par des rapports sexuels entre deux personnes de sexes opposés ou par insémination in vitro (FIV)⁶. Juste après cette étape de

⁶ C'est une technique de procréation assistée qui consiste à pratiquer une fécondation, c'est-à-dire une rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule en laboratoire, in vitro, donc en dehors du corps de la femme. C'est une technique à laquelle ont recours les couples désirant avoir un enfant qui font face à un problème d'infertilité. Elle implique les spermatozoïdes de l'homme sont mis en présence de l'ovule de la femme à l'extérieur de son corps, en laboratoire, puis l'embryon est réimplanté dans l'utérus de la future mère.

conception, se déroule alors au sein du corps de la femme l'évolution de la grossesse proprement dit. Il faut cependant, noter que cette évolution de la grossesse jusqu'à l'accouchement est en rapport avec plusieurs facteurs qui sont d'ordres : biologique, sanitaire, environnemental, psychologique, sociologique et culturelle pour le cas qui nous intéresse. Ces facteurs sont ceux qui à un moment du stade de l'évolution de la grossesse, provoque une anomalie ou dysfonctionnement qui peut soit mettre en mal l'évolution de la grossesse, soit interrompre son cours ou alors provoquer l'accouchement avant même les délais préinscrit et reconnu normal dans le cycle évolutif de la grossesse.

Le suivi du cycle évolutif de la grossesse semble donc indispensable. Autrement dit, chaque mois constitue une étape clé dans le cycle évolutif d'une grossesse marqué par le changement plus ou moins observable du corps de la femme et celui du fœtus. Ce qui caractérise également les types d'accouchements.

3.2.2. Typologie d'accouchement

Il s'agit, de présenter les différents types d'accouchement existant que ce soit en contexte culturo-rural ou en contexte culturo-urbain moderne Bêne. Il existe plusieurs types d'accouchement dont les dénominations les plus récurrentes sont : accouchement par voie basse et accouchement par voie haute. La signification de ces types d'accouchement passe par la conception moderne de l'accouchement.

3.2.2.1. Approche moderne de l'accouchement

Dans le langage familier, l'accouchement s'inscrit sous le signe du miracle de Dieu. Car pour certain, ce phénomène ne relève pas seulement des dispositions de l'homme mais aussi de l'être suprême qui incarne sa toute-puissance sur les Hommes. Pour les pratiquants de la médecine « dite moderne », selon les propos de Sidonie Chantal Asse Zanga (entretien, le 28/09/2020) : l'« *accouchement c'est la mise en difficulté n'est-ce pas du fruit de la conception. C'est quand la femme se libère du fruit de sa conception, qui commence dès la fécondation et se termine par l'accouchement, c'est-à-dire la sortie du fœtus du ventre de la mère.* ». Autrement dit, l'accouchement est un processus succinct construit autour de plusieurs étapes reliées les unes aux autres.

3.2.2.1.1 Accouchement par voie basse

C'est le type d'accouchement qui résulte d'aucune complication. Elle est caractérisée par l'expulsion du fœtus hors du placenta de façon normale. Paulin Bidima (entretien, le 28/09/2020), l'affirme dans ses propos lorsqu'il postule en disant : L'« *accouchement par voie basse, est celui qui se déroule normalement. Dont la femme libère n'est-ce-pas son enfant par voix génitale.* ».

Autrement dit, c'est un accouchement de type normal, sans aucune autre forme de procédures liées à une quelconque complication. Les pratiquants dans ce cas ne font pas intervenir certaines mesures médicales liées à la présence des complications et nécessitant une intervention chirurgicale afin de pallier aux divers manquements observés sur la parturiente.

3.2.2.1.2. Accouchement par voie haute

L'accouchement par voie haute, est celle qui est dû à des complications lors du processus de délivrance. Elle est caractérisée par le recours à certaines techniques pour extirper le bébé du placenta. Et l'accouchement par voie haute le plus réputé est celui qui fait intervenir la pratique de la césarienne sur les femmes enceintes. Kisito Mani Ambela (entretien, le 05/10/2020), médecin infectiologue nous renseigne en des termes beaucoup plus simple sur la notion d'accouchement par voie haute, il postule à cet effet : l'« *accouchement par voie haute signifie que la femme passe par différents processus, pour une raison peut-être médical ou pour une raison peut-être que c'est la femme qui a voulu, on ouvre le ventre et on ouvre au niveau de l'utérus et on fait sortir le bébé par le ventre.* ». De ces explications, apparaît des motivations liées au recours à cette pratique dans le processus d'accouchement : l'une personnelle et l'autre médicale.

Marquant la fin de la présentation des différentes étapes évolutives qui concourent au processus de délivrance, puis à la présentation des types d'accouchement, que ce soit dans le contexte rural ou urbain, l'image ci-contre, présente enfin, l'étape dernière qui conclut le dérouler d'une conception et le résultat attendu.



Photo 2 : Acte d'accouchement

Source : www.neufmois.fr le 22/11/2020

L'image ci-dessus matérialise un cas du phénomène d'accouchement par voie basse. Il est caractérisé par l'expulsion du fœtus hors du placenta de façon normale sans recourir à une intervention chirurgicale comme cela est indiqué nommément dans le cas d'un accouchement par

voie haute. Ici, le fœtus se fraye le chemin tout seul. Grâce aux différentes poussées de sa mère pour l'expulser, il combine ces poussées avec son désir de sortir de l'utérus.

3.3. LES CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE AVANT L'ACCOUCHEMENT/ *Tsin Awu bebié ususua abié*

Ce sont les causes de décès maternels qui interviennent avant la période indiquée pour l'accouchement. Ces causes sont de plusieurs ordres mais celles qui nous intéressent à l'instant précis se situe dans une approche de désordre volontaire orchestré dans l'organisme par la concerné qui plus tard occasionne des complications qui conduisent inévitablement au décès même de la femme pré-partum. Parmi ces cas, l'avortement provoqué à un stade de développement avancé de la grossesse.

L'avortement est un acte par lequel, une femme pour des raisons parfois inconnues ou connues décide d'interrompre le développement de la grossesse. Cette interruption est du moins bien mais cependant, certaines femmes recourent à des pratiques à risque pour le faire. Entre autres la consommation des concoctions requis à l'indigène et même la consommation des substances tel que l'eau javellisée. Le récit de vie de dame Sandrine Akaba au sujet de sa sœur cadette partie tôt alors qu'elle avait ingurgité une bonne dose d'eau javellisée après avoir tenté mainte fois les comprimés et les injections. Elle nous raconte :

Ma petite sœur, après 5 mois de grossesse avait décidé d'interrompre le développement de sa grossesse tout en sachant qu'à ce stade de la grossesse, le bébé ait entièrement déjà été formé. Sans informer les gens, elle avait d'abord commencé à prendre les comprimés, je ne sais exactement quel type de comprimés elle a pris, puis c'était des infusions avec la poire nous ne savons quel ingrédient elle utilisait pour cette infusion. Ayant constaté après plusieurs jours qu'elle perdait du poids et devenait de plus en plus blanc et fatigué, nous avons décidé mon mari et moi de voir claire là- dedans. C'est ainsi qu'au moment où nous nous intéressons à elle survient des complications tel que le saignement abondant, elle décide enfin de tout nous dire. Placé automatiquement sous perfusion, dans une petite structure dédiée aux premiers soins, son cas devenait de plus en plus inquiétant. C'est alors vite que nous avons été orientés à l'HGY ou à notre arrivée, le personnel de santé nous informe qu'elle a bu une importante quantité d'eau de javel et que le sang qui sort en ce moment coagule n'est rien d'autres que les parties de ces organes intestinaux broyés par le fameux liquide. On comprenait alors que c'était la fin pour elle. Elle rendit l'âme quelques heures après. Sandrine Akaba (entretien, le 12/05/2020).

Ce récit de dame Sandrine Akaba démontre à suffisance que les causes de la mortalité maternelle les plus fréquentes sont volontaires, c'est-à-dire provoquée par la femme enceinte elle-même pour des raisons émanant de son appréciation.

Ce n'est pas toujours l'acte risqué d'avortement qui impose le décès de la concernée. Les interruptions volontaires de grossesse pèsent sur la vie sociale et culturelle de la femme. Peu de femmes contraintes à une telle pratique ne récupèrent jamais le fœtus pour l'ensevelir dans les normes de la tradition. En socioculture Bène, toute personne morte doit être enterrée normalement. Le fœtus jeté, abandonné, pourri dans un WC, une poubelle ou en brousse met en colère les dieux de la mort en revanche. Or, c'est un meurtre, un décès par effusion de sang, par étouffement comme un accidenté, un suicidé, un assassiné. L'embryon ou le fœtus interrompus ont droit aux rites et hommages rendus aux morts. Ce qui met la *mvah abum* (l'auto-avorteuse) à l'abri du trépas. Aussi, précisons-le, la norme culturelle voudrait -elle, qu'avant tout acte d'IVG, la femme enceinte soit soumise au rite *metunga mivah abum* qui consiste à faire sacrifier un coq tout blanc aux dieux de l'enfantement afin que l'acte d'avortement ne conduise pas également au décès de celle-ci. Toute avortée devrait par la suite passer au rite de purification 'tso' pour se protéger des souillures et malheurs (infertilité, série de décès, poise...) du sang versé, et en mettre sa famille ainsi que la communauté toute entière à l'abri.

3.4. LES CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE PENDANT L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES BÈNÈ DE MFOU- CAMEROUN / Tsin awu mbié awola abié

Les causes de la mortalité maternelle dont il est question ici, sont les facteurs et variables qui favorisent les risques et le décès des femmes enceintes dans la communauté Bène, en particulier ceux de l'arrondissement de Mfou-Cameroun pendant l'accouchement. En effet, Il est souvent ironique qu'au cours d'un accouchement, la femme après avoir fourni au tant d'effort et réussir même l'exploit d'expulser le fœtus hors de la poche utérine, décède quelques instants après sans avoir le temps d'admirer ou de prendre ce dernier dans ces bras ou sur son ventre. Ces causes sont identifiées et sont doubles : le mauvais suivi de la grossesse et les complications rencontrées lors des accouchements. Junior Symphorien Ngondi dans ses propos, nous livre la teneur des différentes complications auxquelles font face les femmes pendant l'accouchement et qui feront tour-à-tour l'objet de notre travail dans les lignes qui suivent. Il affirme :

Les différentes complications qu'une femme peut rencontrer pendant l'accouchement nous pouvons d'abord avoir un problème d'anémie comme ce qui est prioritaire aujourd'hui, qui peut-être causé par un mauvais suivi pendant la consultation

prénatale, en plus de ça comme autre complication, nous pouvons avoir un problème de finance, une femme peut se retrouver seule entrain de gérer sa grossesse, son alimentation, sa propre vie au quotidien ; troisièmement, comme autre complication, nous pouvons aussi rencontrer un problème d'alimentation, et quatrièmement, on va aussi surtout parler d'un problème de négligence liée peut-être à un problème familial et qui est d'ordre psychologique et qui peut faire intervenir l'HTA. Junior Symphorien Ngondi (entretien, le 25/09/2020).

Voici ainsi présenté, quelques complications qui font l'objet des risques liés à la mortalité maternelle. Mais d'abord, constatons ensemble cette image qui illustre un cas de décès juste après l'accouchement.

3.4.1. Le mauvais suivi et le non-respect des règles élémentaires d'une parturiente / *bivuz metum membrié*

L'absence d'anticipation est parfois à l'origine des nombreux désagréments rencontrés dans le difficile parcours d'une femme enceinte. En effet, le suivi régulier des CPN par les femmes enceintes s'avère souvent très critique du fait de la non-disponibilité des structures adéquates en zone rurale et de leur situation géographique par rapport à un lieu de résidence donné. À cet effet, les ethno-méthodes en particuliers les matriarches rompus à cette tâche sont reconnues par leurs prestances à trouver des solutions afin de pallier à ce phénomène. En négro-culture, l'accès à un suivi médical lorsqu'une femme est enceinte est parfois un véritable parcours de combattant. Ce qui dès lors accentue le phénomène de la mortalité maternelle chez les Bène.

L'absence du suivi médical d'une femme enceinte, augmente ses risques de mortalité pendant l'accouchement. Elle ne permet pas une anticipation de certains dysfonctionnements qui sont d'ordres biologique, sanitaire et physiologique. Du point de vue sanitaire et biologique, elle ne permet pas d'éviter certaines maladies qui peuvent entraîner le décès du bébé ou provoquer un avortement. Il s'agit entre autres des maladies telles que : l'*édib*, *Ndziba* et *kwara*. Ces quelques maladies peuvent seulement portée atteinte au bien-être du fœtus.

3.4.2. *Édib* : « nappe d'eau corporelle souillée »

C'est une maladie que nous retrouvons beaucoup plus chez la femme, mais aussi chez l'homme. Nous allons beaucoup plus nous focaliser sur l'impact de cette maladie sur la femme. Elle est caractérisée par la production d'eau dans l'organisme de la femme avec une mauvaise odeur, l'apparition des boutons sur le sexe de la femme. Cette poche d'eau qu'elle forme au sein de l'utérus noie le fœtus qui, durant le développement de la grossesse entraine la mort du fœtus

qui naît dans la plupart des cas mort-né. Lorsque cette eau sale reste non traitée ou mal soignée, elle précipite le plus souvent le décès de la femme des suites de grossesse et d'accouchement. C'est une maladie contagieuse qui fragilise le système immunitaire et favorise assez souvent l'anémie sévère chez les femmes enceintes comme allaitantes. Elle est traitée en socioculture Bène par des matriarches initiées pour la circonstance et à base de la pharmacopée africaine ou certains thérapeutes qui usent des éléments de la nature tels que : les arbres, les fruits d'arbres et les herbes. Lorsque la femme est atteinte de cette maladie, elle suit le traitement, aussi bien que son partenaire sexuel, afin que la guérison estompée soit réaliste.

3.4.3. Ndziba : « chlamydia »

Cette maladie est présente dans tout organisme humain et est sans danger lorsqu'elle n'a pas encore atteint le seuil qui implique sa dangerosité. Lorsque ce seuil est atteint, elle est visible chez l'homme aussi bien que chez la femme enceinte à travers les démangeaisons, les boutons. Elle entraîne l'avortement involontaire, des fausses couches etc. Elle est traitée conjointement avec son partenaire. Chez les Bène on parle d'« *asob ndziba* », autrement dit, laver le chlamydia. Ce traitement est fait à base des éléments de la nature tels que : une pierre, *dong* (jujube), *abel* (la kola), du vin de palme.

3.4.4. Kwara : « syphilis »

C'est la résultante de l'association du chlamydia et l'*édib* chez les femmes enceintes. Cette maladie est caractérisée par des démangeaisons accrues du sexe, de l'éruption et l'apparition des boutons, de la teigne sur les parties intimes, ainsi que sur d'autres parties du corps humain. Elle est également contagieuse par voie sexuelle et ne porte pas atteinte à la vie de la mère porteuse, mais plutôt à celle du bébé. Elle provoque des avortements involontaires chez la femme enceinte et déroge à la modalité de conception. Engelbert Fouda Etoundi (2012 :91), l'explique en ces termes :

L'édib provient de séquelles laissées par la syphilis. Ces séquelles peuvent toucher plus d'une douzaine de générations. L'édib comme le ndziba ne se soigne qu'à l'indigène. Ces deux maladies se trouvent dans l'appareil circulatoire. La présence de ces maladies est néfaste pour la santé du malade, car elles provoquent d'autres maladies comme la gale et le rhumatisme, voire ce qu'on appelle chlamydia. L'édib est dans le pays Beti la première cause de la mortalité infantile.

Ces propos, témoignent d'une coalition dangereuse pouvant conduire à la mort du nouveau-né et au dysfonctionnement de l'appareil génital de la femme qui, peut entraîner la stérilité chez la femme.

3.4.5. *Nganga* : « Tétanos »

Il a pour fil conducteur le sang, il est recommandé aux femmes enceintes et aux personnels de santé de respecter scrupuleusement les règles d'hygiène avant, pendant et après l'accouchement, et quant aux femmes enceintes en particulier, il leur est demandé de se faire vacciner durant la grossesse. Le vaccin est la seule solution de prévention et d'évite de ce gène, il peut aussi bien conduire à la mortalité de la mère mais beaucoup plus à celui du nouveau-né.

3.4.6. Causes de la mortalité maternelle par voie basse

Comme souligné plus haut, l'accouchement par voie basse est celle qui ne rencontre pas pour le moins des complications pouvant entraîner la mort de la mère. Cependant, l'anticipation qui nécessite des précautions particulières dans le cas de ce genre de grossesse interpelle les pratiquants à plus de prudence post-partum. En effet, après l'accouchement normal qui s'est soldé par apparence à un accouchement normal et réussie est souvent parfois inquiétant et fatal quelques minutes ou quelques heures qui précèdent son accouchement. Après un accouchement presque bien mené par voie basse, il se pourrait que parfois des femmes entre dans un saignement qui conduit à leur décès. Claire Melissa Ntsogo, nous l'indique dans ses propos :

Après l'expulsion du fœtus hors du placenta, parfois sans aucune complication diagnostiqué ou signalé au départ, la femme entre dans une phase de saignement abondant qui réduit ses chances de vie. Face à ce genre de saignement, associé aux efforts fournir dans le processus d'expulsion du fœtus, et en l'absence du matériel et du personnel qualifié dans un contexte où l'accouchement est pratiqué par une sage-femme ou par une personne moins expérimentée la mort ne fera que son travail face à ce manquement et observations inconscients de la part des intervenants dans le processus d'accouchement. Aussi, l'inconscience de la parturiente à se laisser entraîner sur un plateau technique peu fourni capable de prendre en charge ce genre de complication. Claire Melissa Ntsogo (entretien, le 28/10/2020).

De ces propos, se dégage un seul élément pertinent qui traduit les causes liées à la mortalité maternelle dans le cas d'un accouchement par voie basse chez les Bène de Mfou-Cameroun. Ainsi, l'absence d'un plateau technique est l'une des causes principales qui animent le phénomène de mortalité chez les femmes enceintes. L'absence du personnel qualifié, du matériel et la bonne prise en charge avant, pendant et après l'accouchement mais également l'inconscience de certaines familles à prendre elles-mêmes en charge la pratique de l'accouchement à domicile compte tenu de ses frasques dans la société, le résultat attendu est celui égale aux méthodes et techniques déployées pour en arriver là. Dans la pratique de

l'accouchement moderne, ce cas est appelé « prééclampsie » et « éclampsie ». Pré-éclampsie et l'éclampsie comme l'indique Clémence Elise Bisse Biabe :

Avant et lors de l'accouchement, la femme peut présenter une pré-éclampsie et éclampsie, c'est-à-dire qu'elle n'était pas bien suivie durant le processus de sa grossesse, elle ne vérifiait pas normalement sa tension, elle ne le faisait pas véritablement, parce que chaque mois, une femme enceinte doit faire son examen d'urine pour voir le taux de sucre et de sel dans ses urines, elle doit faire ces examens- là, elle doit faire sa glycémie pour voir s'il n'y a pas un diabète caché quelque part. Cette pré-éclampsie et éclampsie sont des variables qui déterminent le taux de tension favorable à une bonne prise en charge de la femme avant et pendant son accouchement. Clémence Elise Bisse Biabe (entretien, le 26/10/2020).

Au regard de ces propos, il se dégage l'état émotionnel de la parturiente avant, pendant et après l'accouchement qui sont des vecteurs capitaux au bon déroulement du processus tout entier qui conduit à l'accouchement, il s'agit ici de l'HTA. Il est proportionnel au degré de tension de la femme enceinte. Autrement dit, une tension élevée de la part de la parturiente qui peut conduire à son décès avant, pendant ou après l'accouchement. Aussi, comme l'indique Anne-Marie Mengue :

Les causes de l'accouchement (voie) basse peuvent être aussi liées aux conditions biophysiques de la parturiente et du fœtus. Le bébé peut être très volumineux et le bassin de la femme petit. Ça déjà une complication qui s'annonce dans la salle d'accouchement. Il peut s'agir d'une boiterie qui ne permet pas la sortie du fœtus. Anne-Marie Mengue (entretien, le 26/09/2020).

De ces propos, le physique de la femme et du bébé est une des variables qui conditionne la réussite d'un accouchement. Pendant l'accouchement, la première des conditions qu'on peut observer, c'est celle liée à la morphologie du bébé, de la position du bébé : présentation siège, c'est-à-dire que le fœtus est en position fœtal par les fesses et non par la tête comme cela est préconiser. L'imagerie médicale ou l'échographie obstétricale auraient permis aux personnels de santé ou à la famille de la parturiente de prendre des dispositions nécessaires pour une possible remédiation. En d'autres termes, les visites prénatales sont gage du succès de l'accouchement. Si la femme ne suit pas toutes ses visites prénatales, il sera difficile pour elle d'anticiper certains dysfonctionnements lors de son l'accouchement. L'absence de ces visites peut conduire à des complications qui pouvaient être maîtrisé lors de l'accouchement. Aussi faut-il ajouter la

capacité d'une formation sanitaire à prendre en charge les femmes en travail. Les observations faites font parties de l'une des bases de ce constat.

L'environnement dans lequel se trouvent parfois exposés les corps inertes peut démontrer à suffisance que l'espace dédié à la pratique de l'accouchement est inapproprié, c'est-à-dire l'absence d'un plateau technique adéquate, un personnel qualifié et une prise en charge appropriée avant, pendant et après l'accouchement.

3.4.7. Cause de la mortalité maternelle par voie haute

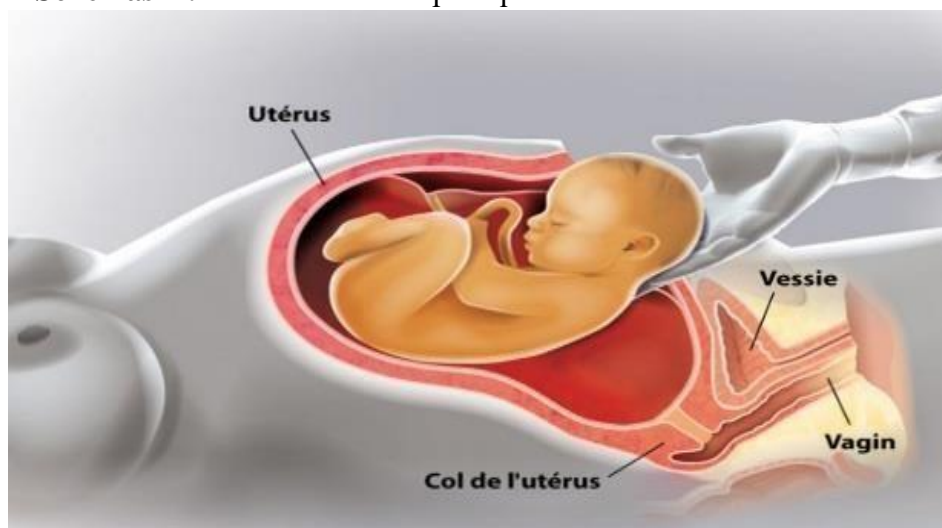
Ce sont les causes liées à des complications de niveau supérieur qui font intervenir les méthodes et techniques chirurgicales. En effet, contrairement à l'accouchement par voie basse, celle dite par voie haute mobilise un certain nombre variable qui nécessite un bon plateau technique car elle fait intervenir la chirurgie. Pendant le processus de délivrance, il peut arriver que la femme soit faible ou être en mesure de fournir des efforts afin d'expulser le fœtus hors de l'utérus. Dans ce cas, il est de l'appréciation du médecin présent en salle d'accouchement de prendre ses responsabilités afin de trouver une solution pour éviter soit le décès de la mère ou du nouveau-né. Il est donc impératif pour ce dernier de pratiquer une césarienne qui n'avait pas été inclus à l'ordre du jour. C'est alors que, ne pouvant pas faire sortir le fœtus par voie normale, celle-ci impose une extraction du celui par une ablation du ventre de la parturiente. Elle peut conduire au décès de la parturiente si après plusieurs efforts ou tentative d'extraction due par exemple à une pré-éclampsie ou éclampsie et qui ne permet plus à la femme enceinte de pousser le fœtus hors du placenta. Rappelons-le ici par la voix Coplan Ambela :

L'accouchement haute peut intervenir lorsque la femme fait l'objet d'une prééclampsie et éclampsie ayant conduit à son décès et n'étant plus détentrice de toutes ses facultés physiques à pouvoir expulser le fœtus et par avis favorable du médecin, celui-ci recourt à la césarienne pour extirper le bébé en incisant le ventre de la femme en dessus. Cette cause de la mortalité est aussi due à ce qui est considéré de cripmus. Le cripmus ici, est une contraction involontaire des muscles qui entraîne des convulsions chez la femme enceinte et qui conduise à son décès.

Coplan Ambela (entretien, le 26/09/2020).

Dans ces propos, Coplan Ambela met en évidence les causes de la mortalité maternelle qui sont liées à la pré-éclampsie et à l'éclampsie qui provoque des convulsions chez la femme avant et pendant l'accouchement et qui entraîne sa mort. L'image ci-dessous est une parfaite illustration du point d'extraction du fœtus par la pratique d'une césarienne en cas de complication d'un accouchement par voie haute qui fait suite au décès de la parturiente.

Schémas 4 : illustration d'une pratique de césarienne



Source : www.docteurcliv.com

Cette image présente l'appareil génital féminin et le regard à y porter est celui qui laisse entrevoir que l'enfant ne sort pas par la voie indiquée c'est-à-dire le vagin, mais plutôt par une entaille réalisée au-dessus du ventre. Cette sortie est due par exemple par le cas qui a été évoqué dans la partie consacré par les causes de la mortalité par voie haute. Ce schéma démontre l'ignorance de la voie normale de la sortie du bébé : vagin, au détriment de l'ablation de l'utérus en passant par le ventre de la concernée. Ce qui prouve sans doute qu'il y'a complication soit du point de vue sanitaire, biologique ou biophysique de la parturiente qui, n'est pas en disposition de toute ses capacités physiques, psychologiques ou morales.

3.4.8. Cause de la mortalité maternelle par voie mystique

Chez les Bène, l'accouchement est un acte qui ne laisse personne indifférent dans la société. Cependant, le décès d'une femme au cours de cet acte est toujours émaillé de plusieurs incompréhensions où, le mystique est toujours pointé du doigt. Ainsi, selon le regard porté sur le décès d'une femme en situation d'accouchement chez les Bène, l'envoutement de la jeune fille est l'une des causes de la mortalité maternelle et ce phénomène combiné à l'évu est appelé : *Akiai*. Engelbert Fouda Etoundi (2012 : 91), parlant des causes de la mortalité infantile pose sur l'envoutement de la jeune fille (*akiai*). Il postule à ce sujet :

C'est un phénomène miraculeux que l'évu opère sur le corps d'une femme. L'envoûteur, mais plus souvent l'envoûteuse, ne tient pas compte qu'il s'agit de son enfant ou de son petit enfant. Il éprouve un besoin semblable à celui d'un mâle en rut. L'akiai se transmet de plusieurs façons et à divers endroits : ça peut être dès la naissance et l'enfant est coopté ; ce sera dans un petit met de courge ou l'on place l'enfant dans une claie et l'on fait en dessous un feu de bois. Ça peut aussi être au

cours d'une partie de pêche où l'on intime l'ordre à l'enfant de mettre la main dans un trou et l'envoûteuse introduit la sienne de l'autre côté pour saisir fortement la main de l'enfant.

Ces propos d'Engelbert Fouda Etoundi, présente la transmission de l'*akiai* ainsi que ses lieux de sédimentations. Cependant, quelle est son rapport avec la grossesse ? S'agissant de la grossesse, l'*akiai*, comme le martèle de nouveau d'Engelbert Fouda Etoundi (*Idem*) :

L'akiai se transmet enfin lorsque la fille est en état de grossesse, si elle se hasarde à dormir dans le même lit qu'une femme possédant l'évu ; raison pour laquelle il est interdit à une femme enceinte de partager le même lit qu'une autre femme, enceinte-elle aussi ou non. Il est interdit à la femme enceinte de traverser le foyer où l'on cuit les mets destinés aux désenvoûtements [...] comme indiqué plus haut, l'akiai est la cause des décès par accouchement difficile...

Au regard de ces propos, plusieurs interdits tournent autour du succès d'un accouchement. En effet, le respect des normes et règles édictées dans une communauté garantissent la bonne évolution et le développement d'une grossesse. Certaines ethnométhodes ont mis sur pieds un ensemble de méthodes et techniques destinées à résoudre le problème de l'accouchement et de la mortalité maternelle. C'est ainsi que, s'agissant de l'*akiai*, il suffit à la femme enceinte d'éviter les interdits. Engelbert Fouda Etoundi (*Idem*), le dit en ces termes : *L'akiai se soigne aussi facilement qu'il se donne. Il suffit que la victime sache éviter les interdits et qu'elle prenne la peine de suivre assidûment le traitement chez le guérisseur capable de la soigner pour toujours.* Dès lors, des cas de mortalité maternelle chez les Bène surviennent également après 42 jours de l'acte qui précède un accouchement par voie basse ou par voie haute.

3.5. LES CAUSES DE LA MORTALITE POST-PARTUM DE 42 JOURS / *Awu mbié àvus abié akui melu me wom yi äi me bè*

Dans cette partie du travail, il est question de relever les causes de décès qui surviennent après le processus c'est-à-dire la période après qui précède celle de l'expulsion du bébé. Pour ce qui est de ce type de mortalité maternelle qui précède l'acte d'accouchement, il faut noter ici qu'elle n'est plus assez fréquente du fait de la proximité et de la prolifération des centres de santé qui sont sans cesse croissant, que ce soit en milieu urbain qu'en milieu rural. Le témoignage de Ferdinand Manga dans la localité de Mfou sur cette proximité des centres de santé et de leur personnel collaborent ces affirmations. Il postule en disant :

Après 42 jours, oui il y'a au départ j'ai évoqué le cas des visites prénatales, aujourd'hui c'est un peu très difficile parce que vous voyez que le pouvoir de la médecine, c'est-à-dire les pouvoirs publics, on se rapproche, on va même jusqu'à aller fouiller les femmes enceintes, nous prenons même leur numéro de téléphone afin que, si un jour elle manque une visite nous l'appelons afin de connaître les raisons pour lesquelles elle n'a pas honoré de sa présence à ce rendez-vous et si possible, nous dépêchons quelqu'un afin de s'enquérir de la situation. Ferdinand Manga, (entretien le 16/05/2020).

Ces propos témoignent de l'impératif du respect des CPN durant le cycle évolutif de la grossesse jusqu'à l'accouchement, mais aussi du suivi médical qui est gage d'une anticipation des dysfonctionnements pouvant aller jusqu'au décès de la parturiente avant, pendant et après l'accouchement. Mais cependant, il faut noter que dans certains cas, nous enregistrons encore ce type de décès post-partum. Il sera question dans les lignes qui suivent de présenter ces différentes causes des décès post-partum, notamment ceux qui interviennent 42 jours après l'accouchement.

3.5.1. Les causes liées au facteur d'âge

L'âge dans le domaine de la conception est l'une des variables qui prend en compte le critère énergétique et physique de l'individu. En effet, l'âge est un facteur déterminant au bon déroulé de l'accouchement. Selon les propos recueillis auprès de nos informateurs, on distingue deux types de classe d'âge dans le domaine de l'accouchement : les primipares et les multipares. Le primipare désigne les femmes qui sont à leur première acte ou essai d'accouchement. À travers les propos de Clémence Elise Bisse Biabe, qui nous indique par ailleurs que cette classe d'âge est la plus exposée au risque de décès après quelques jours qui précède l'acte d'accouchement. Il le dit en ces termes :

Les primipares parce que leur organisme n'a pas été suffisamment mûr pour accueillir l'enfant, pour recevoir ou se reconstituer après l'accouchement. Et quand elle accouche, elle croit que ça va, c'est fini. Alors que c'est le début de respect de beaucoup de chose qui conditionne son bien-être et qui anticipe certaines complications post-partum. Car il y'a des règles d'hygiène à observer. Mais dès qu'elle sort de la maternité et sent qu'elle va bien ou se porte bien, tout ce qu'elle doit observer comme règles est mis dans les oubliettes et bonjour la catastrophe et quand bien même on la ramène à l'hôpital, il se fait déjà tard le temps est passé pour la sauver. Clémence Elise Bisse Biabe (entretien, le 26/09/2020).

De ces propos, deux facteurs explicatifs sont à l'origine des décès post-partum. D'abord celui lié à l'âge d'une part, conditionné par un bon développement morphologique de l'organisme de l'ôte et d'autre part celui lié au respect des règles d'hygiène à observer par la parturiente après son départ de l'hôpital, c'est la raison pour laquelle, il est recommandé à ces femmes un suivi ou une observation de trois jours au sein des structures de santé après l'accouchement. Cependant, n'empêche que certaines multipares aussi meurent après quelques jours de l'acte d'accouchement. Et le taux de mortalité maternelle est plus élevé. Pour ce qui est de la mortalité maternelle chez les multipares, elle est en baisse. Les multipares sont des femmes qui enregistrent plusieurs accouchements à leur actif. Dans ce cas, elles ont déjà eu à enfanter plus d'une fois de façon succincte c'est-à-dire sans interruption. Leur accouchement est distancé d'un ou deux ans. Mama Tamar dans ses propos nous renseigne les causes liées à cette classe d'âge, elle indique :

Les multipares qui ont déjà fait plus de deux enfants, elles peuvent accoucher après tous les é ans. Au moment, où elle arrête sans raison fondamentale de concevoir, et le jour où elle décide de remettre ça, et par expérience, elle prendra la même posture selon les accouchements antérieurs. Or, le corps a déjà été longtemps au repos, et s'est redynamiser. Après l'accouchement, elle va vouloir adopter le même système, ce qui l'expose d'ailleurs à plusieurs risques pouvant conduire à sa mort après son accouchement. Mama Tamar (entretien, le 10/10/2020).

Les propos de Mama Tamar, laisse entrevoir l'expérience dans le domaine de l'accouchement comme l'une des causes de la mortalité maternelle chez les femmes ayant déjà procréé. Ces femmes sont exposées aux risques de mortalité du fait que dès lors qu'elles ont arrêtés d'accoucher, leur organisme s'est restructuré au même titre que les primipares. Les inscrivant au même titre que ces derniers et sont par conséquent exposées à tous les risques qu'une primipare.

3.5.2. Les causes liées aux facteurs alimentaires post-partum

Après l'accouchement, une parturiente a besoin d'une alimentation saine, énergétique et équilibrée. En effet, l'alimentation d'une femme en situation post-partum est fondamentale et doit par conséquent obéir à un certain équilibre. Son alimentation est faite à base des aliments énergétiques. Il faut noter ici que pendant l'accouchement, la femme perd une grande quantité de son sang qui se doit d'être remplacé afin d'éviter un coma dû à une anémie sévère lors de l'accouchement. Cressence Ngonu, le martèle dans ses propos :

La bonne alimentation après l'accouchement est très importante pour une parturiente. Elle permet de remplacer les litres de sang perdu. Et pour ça, elle se doit de bien manger. Nous voyons souvent qu'après l'accouchement, la femme est faible, parfois même, elle ne parvient pas à bien récupérer et dès lors l'organisme ne parvient pas à se reconstituer et à se reformer et certaines complications peuvent naître de cette sous- alimentation et favoriser les risques de décès. Cressence Ngono (entretien, le 10/11/2020).

Autrement dit, la sous-alimentation chez une femme post-partum est aussi l'un des facteurs qui entraîne le risque de décès de la femme après quelques jours qui précède son acte d'accouchement.

3.5.3. Les causes liées au manque d'hygiène post-partum

Après l'acte de délivrance, la nouvelle mère est soumise à un protocole d'hygiène aussi bien pour elle que pour le bébé. La contamination est l'un des risques qui conduit à la mort d'une parturiente après l'accouchement. Nous l'avons évoqué plus haut dans le cadre du point relevant du suivi et de la prise en charge des maladies et infections malines tel que le *nganga* : « le tétanos ». Le tétanos est une infection que contracte la femme soit avant ou après la période d'hygiène consacrée sur la femme après l'expulsion du bébé de l'utérus. Par mégarde, lors de la coupure du cordon ombilical, cela se passe dans des conditions d'hygiène douteuse, c'est-à-dire, absence de désinfectant pour le matériel utilisé et administration ou préinscription des médicaments d'accompagnement de la parturiente post-partum après les jours d'observation souvent indiqués à l'hôpital. Nidèle Kamou, nous indique d'ailleurs à ce propos que :

Plusieurs femmes après la réalisation d'un bon accouchement, et le respect des 3 jours d'observations recommandées dans les structures hospitalières se retrouvent parfois en mauvaise posture de santé dû à une complication à caractère infectieuse. Ces infections sont constatées chez les multipares après les délais qui leurs sont souvent reconnues par rapport à une cicatrisation et une régénération rapide du tissu corporel qui a été endommagé lors de l'accouchement. C'est alors que parfois s'installe la gangrène qui donne souvent lieu à des complications considérées comme un cancer de l'utérus ou du vagin. Et dès que ceux-ci sont identifiés, la restitution de la santé est irréversible. On se remet alors au créateur car la mort est l'issue la plus connue à ce type de situation. Nidèle Kamou (entretien, le 11/11/2020).

Au regard de ces propos, il apparaît que le décès après les 42 jours ou plus qui précèdent l'accouchement est souvent dû à des complications liées aux règles d'hygiène de prise en charge

de la parturiente et du matériel destiné à son entretien et ces manquements conduisent à des infections parfois irréversibles et qui se traduisent par la mort de la parturiente.

3.5.4. Les causes liées aux personnels de santé

Le personnel impliqué dans les processus d'accouchement fois parfois montre des erreurs qui entraînent la mort de la patiente pendant et après l'acte d'accouchement. En effet, moins qualifié à exercer et à jouer pleinement un rôle, les erreurs médicales sont à chaque fois pointées du doigt par les familles lors des différents décès. Le présent point de notre travail, tient lieu d'établir les causes de la mortalité maternelle du ressort ou de la négligence du personnel de santé dans le processus d'accouchement ou postpartum. Nous allons tour-à-tour parler de la négligence et des difficultés non diagnostiqués.

Sous l'effet de maladresse et de stress, dans le cas du personnel non expérimenté, il est souvent d'actualité que certains personnels de santé oublient le placenta dans l'utérus de la femme après expulsion du bébé. Le placenta est l'organe qui relie le fœtus à l'organisme de la femme. Il alimente le fœtus d'eau, d'aliments et le procure d'oxygène indispensable à sa survie. Le cordon ombilical est la courroie de transmission de ces éléments. De même, il protège le fœtus contre toute forme de menace et corps étranger pouvant influencer son épanouissement au sein de l'organisme maternel. En d'autres termes, il constitue le garant de l'intégrité physique du fœtus dans l'organisme jusqu'au moment de son expulsion de l'utérus. Il est soit de manière moderne à travers l'introduction des mains dans le vagin de la femme en vue de l'extraire et du côté des Bène, il se fait enlever d'une façon ironique. La parturiente s'accroupie et la sage-femme traditionnelle tape le ballet en raphia sur sa tête et de façon simple, le placenta lui-même se fraye un chemin tout seul dans la paroi utérine. Son oubli dans l'organisme d'une femme post-partum entraîne indéniablement le décès de cette dernière quelques semaines après. L'image ci-dessous démontre l'attachement de cet organe au bébé qui, doit impérativement être évacué au même titre que celui à qui il était destiné et dont les besoins ne sont plus d'actualité dans l'organisme de la femme. Raison pour laquelle cette image démontre le lien et l'attachement qui est celui d'un partenariat et dont l'absence de l'autre entraîne automatiquement l'inutilité de l'autre. Le placenta place donc au centre de son utilité le rapport de dépendance avec son hôte. Car le fœtus ne peut survivre dans l'organe utérin de sa mère sans le placenta.

Aussi, certaines complications non diagnostiquées au départ par le personnel de santé notamment les techniciens de laboratoire et techniciens de l'imagerie médicale à travers les examens relèvent de la négligence et du manque de professionnalisme dans l'exercice de leur fonction.

3.5.5. Les causes socio-économiques et infrastructurelles.

Chez les Bène de Mfou-Cameroun, plusieurs travaux ont été menés sur la mortalité maternelle. Mais cependant, nous continuons toujours à observer une recrudescence de la mortalité maternelle en ces lieux. Ce taux élevé de la mortalité maternelle s'explique au moyen de ces déterminants extra-gènes à l'individu.

Faible niveau du pouvoir financier des populations

L'argent est l'une des causes majeures qui favorise la mortalité maternelle chez les Bène comme partout ailleurs. En effet, l'argent nous donne accès aux soins de qualité dans les différentes structures sanitaires que compte notre arrondissement. Recevoir les bons soins de santé est gage de notre pouvoir d'achat. Pour le cas qui nous intéresse, à savoir : la mortalité maternelle. Dans ce cas, la prise en charge d'une femme qui arrive en travail est conditionnée par le paiement d'une caution si celle-ci présente des signes de complications et si par exemple, vous êtes dépourvue de tout pouvoir d'achat, votre épouse ou votre femme y va laisser sa vie. Cette prise de position du personnel de santé s'explique par l'absence du matériel nécessaire à sa prise en charge. Janvier Ateba, le dit en ces mots :

Le médecin ou la sage-femme ne peuvent pas refuser de prendre en charge une femme qui arrive en travail. Pourquoi ? Tout simplement parce que le rôle premier du médecin ou de la sage-femme est de garantir ou de sauver la vie de l'intéresser. Mais cependant, il faut le comprendre une fois pour tout que le médecin ou la sage-femme ne sont pas des organismes destinés à faire de don ou à sortir l'argent de leur poche pour subvenir aux besoins des malades. Pour prendre en charge une femme enceinte qui présente les complications, il faut préparer un plateau technique, seul les personnes concernées savent de quoi il est question. Janvier Ateba (entretien, le 25/09/2020).

De même, François Ndo renchérit à nouveau en disant :

Les plus fréquentes parmi les complications que j'ai eues à traiter, il y'a un problème de finance. Nous nous retrouvons aujourd'hui en train d'aider même beaucoup de femmes parce qu'elles n'ont même rien à manger, oui, parce qu'elles ont été abandonnées, parce qu'elles ont porté une grossesse de manière précoce. François Ndo (entretien, le 13/05/2020).

De ces propos, se dégage la nécessité du pouvoir d'achat qui, est un véritable gage à l'accès aux bons soins de santé. L'argent est donc pour ces informateurs/personnel de santé, l'une

des conditions qui ouvre la porte à la vie dans une situation de délivrance dans le cas d'une femme enceinte.

L'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé

L'indisponibilité des ressources allouées au secteur de la santé est aussi l'une des causes de la mortalité maternelle chez les Bêne. En effet, qu'elle soit financière ou pas, il en demeure que les ressources allouées au secteur de la santé sont insuffisantes au regard de la demande en soin de santé qui se fait de plus en plus forte. François Xavier Bidima, promoteur d'un centre de santé, appelle à la responsabilité des pouvoirs publics le dit en ces mots :

Aujourd'hui, on n'arrive pas à mettre fin à la mortalité maternelle parce que sans vouloir incriminer l'État, l'État a aussi une part de responsabilité. Si on décide dans le cas, dans les secteurs parapublics, ou alors nous qui sommes totalement au privé, de décider de nous subventionner pour dire aujourd'hui, les femmes ne vont plus payer l'accouchement, les femmes ne vont plus payer les CPN, comme ça on va pouvoir bien évoluer ; parce qu'aujourd'hui comme je l'ai dit au préalable, les femmes, la majorité qui portent les grossesses n'ont pas suffisamment d'argent pour payer, elles n'ont pas de moyens pour manger [...] dans notre cas, nous qui sommes dans le privé, que l'État nous subventionne, pour qu'on puisse les recevoir gratuitement, parce que nous on le fait même déjà. Aujourd'hui, on a des femmes qui ne peuvent même pas payer, mais on les laisse sortir parce qu'en fait on se dit bon on va les garder pourquoi ? Donc s'il faut conclure sur ce propos, que l'État mette les moyens en jeu pour que les femmes enceintes o alors en post-partum ne puissent plus acheter des médicaments et je crois que là, on pourra avancer. François Xavier Bidima (entretien, le 22/10/2020).

Au regard de ces propos, le secteur privé prône pour la gratuité et la prise en charge des femmes enceintes dans les divers secteurs liés à la médecine aussi bien pour le secteur privé que dans le secteur public. Cependant, l'insuffisance des consultations prénatales est aussi l'un des facteurs qui entraîne la mortalité maternelle.

L'insuffisance des soins prénataux

L'anticipation de la mortalité maternelle, passe par les visites prénatales. Ces visites conditionnent un bon accouchement. Elles permettent de garantir le bien-être du fœtus ainsi que celui de la mère. La détection du paludisme ainsi que certaines maladies pouvant entraver le bon développement de la grossesse. Ainsi, les CPN sont l'une des conditions nécessaires au

préalable permettant d'éviter la mortalité maternelle. Carolle Mbarga, pose ici la nécessité des CPN au cours du développement de la grossesse. Il postule en disant :

La consultation prénatale a pour rôle de prévenir, de réaliser une prophylaxie liée aux futures maladies. Je prends l'exemple avec l'électrophorèse, cet examen a pour but de détecter précocement si la femme peut mettre au monde des hématiés, or à chaque fois qu'une femme change de partenaire, elle est appelée à récidiver sur tous ses examens ; par faute de moyens comme je disais dans mes propos précédents, elle dira je ne fais plus. Or, c'est parce qu'elle manque de volonté, elle a un problème de volonté et alors l'appui du personnel de santé est alors requis, ceux-ci doivent la contraindre d'une manière ou d'une autre à réaliser ces examens et là, nous pourrions peut-être avancer de ce côté-là.

Carolle Mbarga (entretien, le 25/09/2020).

L'informateur nous permet ici d'apprécier la nécessité des CPN dans le processus de développement d'une grossesse. En effet, les CPN constituent le moyen idoine d'anticipation et de prise en charge de certaines maladies à risque dans le processus d'accouchement. Ces maladies peuvent être ou constituer un danger pour la vie du fœtus et même de la mère. Mais également, ces maladies peuvent entraîner des complications pouvant conduire à la mort de la mère et même du bébé. Aussi, il faut noter que certaines femmes enceintes commencent normalement leur CPN et après 2 ou 3 séances de consultations prénatales, elles laissent tout tomber sans avoir à achever les dites visites. C'est pourquoi, dans les institutions sanitaires, il est recommandé à ces primipares ou multipares d'avoir ou de laisser les contacts téléphoniques afin de les interpeler lorsqu'elles ont manqué un rendez-vous ou un contrôle médical, d'où le recours aux personnels de santé de jouer pleinement leur rôle et à cet effet, ce personnel de santé pratique une santé de proximité à savoir, aller vers les malades et non le contraire.



Photo 3 : observation participante CPN

Source : Analyse de terrain, 15/10/2020, HDM

Les évacuations tardives présentant les facteurs de risques les plus graves

L'identification formelle d'une complication avant, pendant et après l'accouchement permet une bonne orientation dans le choix de la structure hospitalière pouvant remédier au problème de la parturiente détecter. En effet, toutes les structures sanitaires, moins encore les centres de santé ne disposent pas suffisamment du matériel, du personnel et un bon plateau technique permettant de résoudre une complication à risque majeur comme les SOU. Après une intervention chirurgicale due à une césarienne, la patiente doit bénéficier d'un suivi et d'une observation permettant de pallier aux risques qui peuvent conduire à son décès pendant ou après l'accouchement. Cependant, certaines structures ne possédant pas le minimum de matériel et du personnel requis pour ce genre d'intervention, s'aventure toujours avec les risques que cela comporte à mener ce genre d'opération. Après des complications sévères observées, et le temps perdu, les évacuations s'avèrent souvent nécessaires et compte tenu des paramètres temps et de logistique, certaines patientes sont condamnées à mourir faute d'évacuation vers un centre de santé adéquate pour une bonne prise en charge de leur problème.

L'insuffisance qualitative et quantitative du personnel de santé

La restitution ou la prise en charge des malades passent par la qualité et la disponibilité du personnel de la santé. Chez les Bène de Mfou-Cameroun, nous notons un manque criard du personnel de santé professionnel, c'est-à-dire les personnes ayant reçu une formation appropriée et les permettant d'exercer une activité liée à la profession médicale. ; Aussi, s'agissant de la quantité du personnel, il faut noter également le sous-effectif enregistré dans la disponibilité du personnel. Pour ce qui est de la qualité du personnel, il ne répond pas efficacement aux attentes, si non, pourquoi ils nous enverraient faire certains examens dans d'autre centres et pourtant ils ont rang d'hôpital ; et en ce qui concerne la quantité, il y'a pas assez du personnel, un médecin pour 40 patientes par jour et au regard de ce manquement observé, toute les patientes ne bénéficient pas toujours du même traitement, certaines sont mieux suivie que les autres en d'autres termes, il y'a comme une stratification sociale dans le suivi des parturientes. Et cela fait accroître les risques liés à la mortalité maternelle : absence du personnel qualifié et mal formé et insuffisance du personnel de santé pour une population sans cesse croissante où le taux de natalité atteint parfois les 10% au cours des 3 mois. Malgré la présence d'une école en soin infirmier, nous décrions la qualité en administration des soins et absence du personnel de santé.

La maligne soustraction du plateau technique de maternité/*Wup akum dobra mebié*

Si d'aucuns ont parlé du détournement des médicaments en milieu hospitalier (HOURS 1988, SOCPA, 2011), le phénomène est tout particulier à Mfou. On constate une soustraction

logistique par certains professionnels de santé pour se faire des centres d'accouchement dans leur lieu d'habitation. Une formation sanitaire qui avait été dotée de trois tables d'accouchement par exemple, se retrouve avec une seule. Lorsque plus d'une femme se retrouvent par exemple à la maternité simultanément, la plus chanceuse est prise en charge par les aides-accoucheuses tandis que les autres seront réorientées au domicile du personnel principal chargé d'accouchement dans cette formation sanitaire. Mme X fait témoignage :

Quand j'ai été affectée ici, Il y avait beaucoup de matériels dans cette maternité. A un moment, ça commencé à disparaître. Même le nouveau matériel qu'on avait reçu. (...) J'ai été confronté à une situation d'accouchement difficile, j'avais besoin d'une ventouse obstétricale, j'ai fouillé partout, rien. Or il y en avait plein ici. Comme moi je ne sais pas faire la césarienne, j'étais vraiment embarrassée j'appelle donc Monsieur X pour lui expliquer la situation c'est là qu'il me demande d'amener la femme chez lui. Il m'indique sa maison. Imaginez un peu la femme était même déjà fatiguée et commençait déjà à avoir l'hémorragie (...). C'est arrivé là-bas que je reconnais tout le matériel disparu à la salle d'accouchement. Sa maison est devenue un grand centre d'accouchement avec tout le bon matériel qui était à l'hôpital. Malheureusement, la femme-là était décédée deux jours après cet accouchement (...).

De ce qui précède la phase ethnographique de l'accouchement et de la mortalité maternelle chez les Bène de Mfou-Cameroun, il ressort de ce terrain qu'il existe deux types d'accouchements nommément : les accouchements par voie basse et par voie haute. Celui par voie basse est caractérisé par un accouchement normal sans aucune forme de complication et celui par voie haute, est matérialisé par le recours à des méthodes dont la voie de recours est la césarienne. Aussi, le terrain de l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène nous permet de mettre en évidence les différentes causes et déterminants qui maintiennent la mortalité maternelle au sein de cette communauté. De là, il ressort que plusieurs déterminants sont à l'origine de cette mortalité à l'instar, des évacuations tardives, la qualité et la quantité du personnel de santé, le non-respect des CPN, l'absence d'un bon plateau technique, culturelle, mystique etc.

Le chapitre suivant nous proposera une compréhension des perceptions et représentations sociales de la mortalité maternelle dans la socioculture Bène de Mfou.

CHAPITRE 4
CONCEPTION ET REPRÉSENTATION DE LA MORTALITE
MATERNELLE CHEZ LES BÈNE À MFOU

Le décès, la perte d'un être dans une communauté entraîne inéluctablement l'annihilation, la réduction à zéro d'un être qui était membre d'un groupe, d'un point de vue purement mathématique on parle d'une soustraction numérique d'un élément constitutif d'un ensemble. Au-delà de cette perceptibilité sociétale du départ d'un individu, la mort apporte une charge représentative sociologique et anthropologique. En effet, la mort englobe des aspects positifs tout aussi bien négatifs, en avantage nous dirons qu'elle participe à la régulation naturelle de la population, du moins selon les croyances au malthusianisme, la mort d'un membre permettrait la survie de la population. La mort ici peut-on y voir vise la conservation de la vie. L'autre dimension la plus courue sur la mort se trouve dans le dédain qu'elle plonge souvent l'entourage du trépassé, c'est l'un, sinon le phénomène ayant la plus grande charge négative de tous les faits sociaux. Aussi, la mort est-elle porteuse d'une grande imaginaire ? En effet, les cultures ont des visions diverses sur ce fait social. En général, on l'entoure d'un mystère, de plusieurs énigmes qui travaillent à en faire un phénomène riche en mystification. La mort cesse le plus souvent d'être une étape normale pour devenir soit un châtement, soit tout simplement un acte malsain provoqué par des individus pour des raisons parfois très peu évidentes, d'où cet adage populaire *beti* « *awu tege zemne ai ndong* »⁷ la mort ne s'inscrit plus dans le cours normal des choses, elle est de plus en plus surnaturelle.

L'objet du paragraphe inaugural est à interroger. Mais leurs fondements peuvent se justifier à l'unique lecture du titre de ce chapitre. En effet, le chapitre lie dans la même phrase le départ de la vie et la fin de celle-ci. Il nous amène à faire un rattachement entre la mort et la vie qui, sont des réalités liées. L'une annonce ou marque l'absence de l'autre. Il s'agirait de deux concepts antithétiques toutefois très indissociables. La vie et la mort sont d'étrange voisin, de même palier ayant une cour commune, mais toutefois distancées par un mur invisible qui les oblige à se côtoyer sans pour autant jamais se rencontrer : le vécu, l'existence. Parler d'accouchement et mort au même moment est donc assez étrange parce qu'ils composent les grandes phases, les extrémités du pèlerinage terrestre d'un individu. Plus encore, en faire allusion dans l'ethnie Bène et principale ceux qu'on retrouve du côté de Mfou relève d'un cran le défi intellectuel dans cette partie de notre travail. Les Bène comme nous l'avons noté dans les chapitres antécédents font partie du grand peuple Beti, dont la richesse anthropologique et culturel n'est plus à démontrer. Un peuple dont les actes, les faits, les actions et même parfois le circonstanciel résident dans un symbolisme patent.

⁷ Cela signifie tout simplement que le décès d'une personne ou d'un individu dans la société est toujours sujet à une indexation. Elle n'est jamais naturelle et son origine dans une communauté est l'objet d'une personne.

Ce chapitre traite d'un échange équivalant d'un point de vue numérique d'une vie, contre une autre. Le nœud se noue parce que celle qui est sensée encadrée la nouvelle vie perd la sienne en donnant la possibilité à l'autre de vivre la tienne. La question d'une survie en absence de vie apparaît. La mère qui s'en va est celle à qui revient le plus souvent la charge d'assurer la survie du nouveau-né. De plus, l'inéluctable question « à qui profite la mort ? » Trouve un coupable tout désigné. Plus encore, ce chapitre recherche les fondements anthropologiques de la naissance ou plus simplement d'un accouchement. Il faut donner un sens à cette situation d'une grande perplexité qui se vit dans la création d'une vie en enlevant une autre. Il est donc question de la représentation de la mortalité maternelle chez les Bène de Mfou. Quel impact, quelle emprunte anthropologique laisse le départ d'une mère au moment qu'elle donne vie à son enfant ? Telle peut-être la problématique que nous suggère la question soulevée plus haut. En fait, la naissance apporte un souffle nouveau au contraire de la mort qui brise tout enthousiasme existant. Cette opposition suggère une étude d'impact entre un sentiment d'allégresse qui se partage la cour avec un fort désarroi. Une hypothèse émerge : si la naissance constitue une source de joie pour la famille et la société ; le chagrin d'une disparition est partagé et commun à tout l'entourage du décédé, donc aussi à la société. Nous pouvons relever un facteur commun à ces deux faits : la société. L'impact d'une mortalité maternelle des suites d'un accouchement peut se comprendre au niveau social. Cette hypothèse fait naître un double prolongement, il s'agit de relier l'idée que la société de Mfou se fait de la naissance, lire la naissance, par une immersion ou plutôt une substitution du regard profane du point de vue anthropologique. Par la suite, corrélérer cette représentation à celle de la mort maternelle, en d'autres termes superposer la naissance et la mort de la génitrice en un tout anthropologique. De là, deux grilles d'analyse se dessinent : en premier point il y a la nécessité d'interroger l'accouchement, soit, comprendre le sens de l'accouchement, la valeur, les attentes qui se formulent d'une naissance dans cette communauté. Dans le second pas, il s'agit tout aussi d'un éclairci, mais plutôt celui de la mort de la génitrice d'un enfant, avec en cause la mise au monde de sa progéniture, de façon précise, notre inquiétude tourne autour de la représentation de l'accouchement et de la mortalité maternelle.

4.1. LA SYMBOLIQUE DE L'ACCOUCHEMENT /*Dilna abié ayong Bène*

La symbolique de l'accouchement est une notion assez nourrie dans la littérature des sciences humaines. Elle est étudiée sous plusieurs angles. Les études actuelles se focalisent le plus sur le choix d'un type d'accouchement précis et essayent de comprendre les motivations qui induisent ces choix. Il s'agit le plus souvent de cerner pourquoi les femmes choisissent d'accoucher à la maison alors qu'elles disposent des moyens pour le faire dans un centre

hospitalier, pourquoi l'accouchement en immersion dans un bain d'eau plutôt qu'au sec, pourquoi accepter une péridurale ou la refuser, pourquoi préférer la césarienne alors que rien ne vous y oblige. Telles sont les arbitrages naturels que les prochaines mamans ont souvent à faire, et pour lesquelles les anthropologues tentent le plus souvent de comprendre les différents tenants et le sens qui provient de ces options.

Une autre considération, tient lieu d'analyser l'accouchement sous l'angle de la conception. À ce propos, notons que les progrès en matière d'obstétrique et gynécologique ont permis de mettre sur pied un éventail de protocole qui permet aujourd'hui aux femmes d'entrer en maternité parfois même sans conception c'est-à-dire sans éprouver les difficultés et les malaises souvent attachés à une grossesse. Les auteurs opposent la parturition aux différentes procédures de PMA (procréation médicalement assistée). En analysant le sens à donner le plus souvent aux PMA, dans la mesure où celles-ci ne découlent pas de l'ordre naturel des choses. Notre travail se concentre exclusivement à la conception normale parce que la PMA étant ici peu envisageable mais aussi parce que la pharmacopée permet de résoudre la plupart des difficultés en termes de conception en y remédiant et permettre le retour à la procédure normale de la conception. Les PMA sont rares et ceux qui en font recours préfèrent le garder secret à cause des préjugés qui n'acceptent guère la possibilité pour une femme à ne pouvoir concevoir normalement. Tout ceci rend difficile l'étude de cette catégorie de conception chez le Beti.

Il s'agit de voir ce qui est pensé au moment où un enfant vient au monde. Nous nous emploierons ainsi à utiliser indifféremment, le long de cette partie, les termes accouchement et naissance. Non pas que ces termes soient synonymes, mais tout simplement dans la langue *bene* une seule terminologie est employée pour désigner les deux réalités « *abiali* »⁸. Ce choix correspond à notre désir de rester fidèle à la philologie de cette culture. Cette partie porte sur la valeur de la naissance et surtout de celle de l'enfant né. Nous nous attèlerons à articuler le sens, la portée de l'enfant dans l'épanouissement de la société *bene* et aussi sur la valeur, la représentation que les géniteurs acquièrent dans la société.

4.1.1. L'enfant et l'accouchement / *mòn äi abié*

Cette partie de notre réflexion consacre la représentation de l'accouchement dans la culture Bène en menant une lecture sur l'enfant, le nouveau-né. Il s'agit de relever l'entendement populaire, la conception du phénomène de naissance en s'appuyant sur la place et le rôle du bébé dans la société Beti en général et Bène de façon restreinte. Pour cela, nous nous attarderons sur le

⁸ La naissance

cas des enfants nés vivants, ceux qui ont réussi le rite de passage de l'état de grossesse à celle d'un individu membre de la communauté, notons-le les morts nés ne sont pas considérés comme des membres de la communauté mais comme des passagers d'une route preuve de ceci chez les Bène on dit que l'enfant est passé pour justement signifier qu'il est mort-né. Elle se subdivise en trois stations : la première place l'enfant au centre d'une union ; la seconde voit en lui une valeur de sécularisation de la société et la dernière formule l'enfant comme une capitalisation.

4.1.1.1. L'enfant ciment de l'union familiale / *mòn ; akarga nda bot*

La famille est la cellule de base de la société ; c'est elle dans la théorie qui amène au monde un enfant, c'est aussi elle qui décide d'un accouchement. On ne saurait essayer de relier la représentation de la naissance sans toutefois s'immerger dans le cadre familial. La famille est le berceau de toute société, c'est la mesure de la société, c'est ainsi dire elle donne du poids à toute chose, dans la logique où elle est le siège de la socialisation et l'éducation primaire. Comprendre la place et le rôle d'un accouchement dans une famille apparaît nécessaire pour mieux entrer dans l'imagerie sociale de la venue au monde d'un enfant. La naissance contribue au changement de la routine familiale en y instaurant de nouvelles habitudes, et surtout, qu'elle peut se comprendre comme un unificateur de famille mais aussi un engagement à la responsabilité.

L'enfant est le « fruit d'un amour » dans la logique normale des choses. L'accouchement est un témoignage d'un amour établi entre un homme et une femme. Dans les faits, l'enfant naît d'une fusion de deux entités. L'enfant est un liant, un ciment qui consolide et unit deux familles de sorte que dans la parentèle des liens s'établissent et rendent d'autres unions impossibles. Chez les Mvog Zambo par exemple l'un des groupements Bène de Mfou. Les enfants sont des valeurs dans la famille paternelle ou ils sont des membres à part entière et à ce titre bénéficie de tous les égards dus à leur père, mais aussi des valeurs sacrées dans la famille maternelle on parle de « *ban nkal* ». Comme l'affirme par ailleurs Stella Ebengue le 11/06/2020 : « *L'enfant c'est une créature de Dieu qui appartient en même temps à deux familles ; la famille du père et celle de la mère les deux familles forment un seul « ndat bot » par la naissance de l'enfant* ». Les enfants facilitent le vivre ensemble, l'intégration sociale de la mère dans la famille du père parce qu'elle cesse d'être une simple conquête pour devenir une mère, une tante et une fille de la famille de son amant.

En outre, au-delà du liant que l'accouchement vient établir entre deux familles au sens élargies du terme, généralement celle de ces géniteurs, l'enfant apporte le plus souvent un épanouissement dans la vie du couple surtout lorsqu'il s'agit du tout premier. Ce renforcement

des liens vitaux et du bonheur du couple, peuvent se ressentir au niveau de la chaîne des responsabilités que l'accouchement impose. L'enfant fait naître une nouvelle chaîne de priorité qui le place au centre de toute l'attention familiale, il constitue la pupille de la communauté. Ses caprices et ses malaises font l'objet d'une attention particulière qui parfois oblige les parents à renoncer à un style de vie et à des habitudes qu'ils ont mis du temps à asseoir. La naissance d'un enfant peut s'entendre comme une invite à la responsabilité à l'abnégation au profit d'un style de vie plus stable et plus posé. Il apparaît au terme de ce paragraphe que l'accouchement représente l'acquisition et la consolidation des valeurs d'unité et de responsabilité d'une famille. Toutefois il semble que la famille évolue elle aussi dans un macro cadre qui est la société et qui permet à la famille d'échanger avec d'autres selon les préceptes et règles édictées par cette société, il y a donc des raisons à voir le rôle susceptible d'une naissance dans la société.

4.1.1.2. Enfant et pérennisation de la communauté / *mÒn ; tsin ngongo bot / ébul mvong*

L'enfant dans la société constitue une thématique qui fait appel à un déploiement pluridimensionnelle de la pensée, les juristes parlent de ses droits et devoirs, les anthropologues eux s'intéressent à l'impact qu'exerce une société sur les enfants (enculturation), les économistes en parlent en termes de marché potentiel etc... En effet, la société est considérée comme la base arrière de tout individu, qu'il vient souvent à l'esprit que c'est elle qui façonne les individus. Chaque société étant porteuse d'une culture, tous ces membres s'y abreuvent et finissent par l'adopter on parle d'enculturation/socialisation. La société est formatrice et éducatrice de l'individu, d'ailleurs au différent niveau de l'éducation c'est la société qui crée le canevas. Dire que c'est l'individu qui pérennise la société c'est reconnaître qu'il est vital pour celle-ci. En effet, c'est l'individu qui est actif, c'est lui qui répercute les valeurs sociales de sorte qu'à l'absence d'individus, il est difficilement envisageable l'existence d'une société. La société survie tant que ces membres vivent. Cette sécularité est garantie avec la venue au monde d'un nouvel individu membre de celle-ci, sur qui va reposer la vision de l'enfant comme un héritage infini et aussi comme reproducteur de la société.

L'enfant est un lègue, un héritage que les parents laissent à la société. En culture Beti dont les Bène font partie, l'enfant est à l'image de son père. L'on entend mal qu'une personne décède sans laisser de progéniture, un homme sans enfant est une personne sans richesse, l'enfant constitue la richesse première de tout homme à sa mort cette richesse devient l'héritage qu'il laisse à la société. Aussi, les parents vivent après leur mort à travers des membres de leur famille. Les accouchements servent ainsi à perpétuer l'ADN familiale. Biologiquement, chaque enfant porte l'héritage génétique de ses parents à ce titre, chaque enfant est une trace du passage

de ses parents sur terre. Les parents de leur vivant transmettent leur savoir-faire à l'un de ses fils pour que le savoir-faire ne disparait avec la mort du parent et de fait deviennent des dépositaires de la science familiale, il est ainsi commun de trouver des lignées d'artisans, de cueilleur de vin. Plus loin encore, un système d'homonymie s'est développé en culture Beti qui consiste à donner à l'accouchement des noms des parents et êtres chers au nouveau-né pour qu'ils puissent survivre à travers cet enfant. La sagesse voudrait que les noms donnés aux enfants soient, pour la plupart, lorsqu'il s'agit des noms de personnes, une volonté pour ce parent de voir l'être vive à travers son fils. L'accouchement s'inscrit ainsi dans une logique d'assurer une descendance, descendance qui est perçue comme héritage du parent aux siens.

La naissance est édifiante pour la société parce qu'elle représente une voie de pérennisation et de reproduction de celle-ci, mais il est cependant nécessaire pour une société qui veut s'établir sur la durée tout en se multipliant de disposer des moyens pour relever ces deux défis, si on considère la naissance comme source de reproduction, à l'exemple du nouveau-né qui actionne le mécanisme de production du lait pour sa propre survie, les naissances doivent être porteuse de leur propre bonheur, quoi d'autre de plus pour vivre heureux que la richesse.

4.1.1.3. Enfant richesse du groupe / *mòñ ; akuma nda bot*

Ce titre amène à s'interroger et constituerait surement matière à débat pour les défenseurs de la cause humaine et tous ceux qui se lancent dans l'humanisme. L'homme ne peut être l'objet d'un quelconque inventaire et ne pourrait ainsi être assimilé à une richesse. Mais pour les professionnels de la richesse, les économistes, la première ressource de tout système de production est l'Homme. Il existe même toute une partie des sciences économiques qui prennent l'être humain comme un facteur de production qui pourrait souffrir de dépréciation et mériterait un suivi, un entretien, c'est à ce titre qu'il y a une économie du capital humain, d'ailleurs Bosserup l'a si bien dit il n'existe de richesse que d'homme. L'homme constitue donc une richesse que l'on fait acquisition à l'accouchement. Dans la société bene cette vision repose sur deux théories l'une traditionnel antérieur à l'économie de marché, et l'autre qu'on pourrait qualifier de moderne parce que née avec l'arrivée du capitalisme.

Pour le Bène moderne loin des grands champs et des conquêtes familiales, l'homme tout comme par le passé peut se comprendre comme une richesse mais la conception de cette richesse comme facteur de production a changé ; l'homme, l'enfant devient un capital, dont on fait acquisition qu'on place sur le marché que constituent la vie et qui plus tard nous rapporte des dividendes. L'homme fait donc l'objet d'une capitalisation c'est un investissement que les

parents prennent le risque de placer sur le marché de la vie avec la naissance d'un nouvel enfant. Cet investissement est sensé porter des fruits dans la vieillesse. Accoucher un enfant c'est souscrire à un fond de capital vieillesse pour les parents. Chez les Bène l'expression préparer la retraite est souvent remplacé par « l'éducation des enfants ». Bien aussi cet investissement est souvent défendu au moment des obsèques. Les Bène tout comme le Beti dont la réussite sociale est éclatante a droit aux funérailles dignes avec un certain haut niveau d'organisation et d'esthétisme Mah Nnangomo (2020). Pour mériter un tel dernier hommage le Beti devrait avoir laissé une progéniture qui ait réussi leur vie à leur tour. Faire des enfants et de « grands enfants » garanti donc des obsèques dignes du Beti que fut ce parent.

La représentation de l'accouchement, repose sur les espoirs qui se forment autour du nouveau-né. Ces aspirations sont contenues dans la philosophie et la vision que se font la famille de l'individu et la société à laquelle l'enfant appartient d'ores et déjà. Dans la socioculture Bène ces attentes correspondent à la positive attitude qui caractérise l'état d'esprit de ce peuple. Le nouvel enfant est toujours attendu avec en toile de fond qu'il sera celui qui transformera sa société, la représentation de l'enfant ne se fait qu'en des termes élogieux. La naissance est toujours vécue comme une bonne chose. Ce bonheur n'est pas le fait simple de l'enfant. L'accouchement comme subrepticement mentionné apporte une nouvelle vision, une nouvelle conception de la personne même des parents à tous les niveaux de la parenté, un changement né de l'accouchement et c'est cette vague qui nous intéresse après avoir déroulé la représentation des enfants, autour des géniteurs maintenant.

4.1.2. L'accouchement et les parents / *Abié ä be bondé*

L'accouchement fait appel à plusieurs acteurs dont les plus importants apparaissent comme les géniteurs, l'enfant et le maïeuticien. Le dernier ne nous intéresse pas assez parce qu'il est un facilitateur, un auxiliaire qui permet aux autres de passer cette étape au combien stressante avec le minimum d'inquiétude possible pour les premiers et de permettre au second d'entrer au monde avec le minimum de problème et surtout de rester en vie. Les deux premiers sont à la source de cette réflexion, mais ce n'est pas le rôle de chacun d'eux qui requiert notre attention mais la représentation qui se fait autour d'eux. Qu'est ce qui fondamentalement transfigure d'un accouchement côté parent ? Le premier pant de ce titre nous a permis de lever le voile sur ce qui se voit autour de l'enfant à l'accouchement. On a parlé de la vision des Bène autour de la naissance en évoquant une représentation tout à fait positive emprunte d'une forte lueur d'espoir que traduit cette dynamique. La présente étape tourne autour de la vision parentale, qu'est ce qui

change pour les parents ? Bien entendu, le terme parent doit être compris au sens que les Bène lui donne, c'est-à-dire des personnes venues au monde avant cet enfant.

Plus encore, des personnes appartenant aux générations antérieures ou égale à celle des parents actuels. En un mot, le terme parent doit se comprendre au sens large du terme. Dans la culture Bène, le parent est toute personne ayant une ascendance parenté à un individu, en d'autres termes, le parent est celui qui a des liens de fraternité, qu'ils soient consanguins ou germains avec vos géniteurs. Cette partie tourne autour de trois axes : le premier établit le parent par le biais de l'accouchement dans le cadre d'une famille, le second qui donne suite au premier marque le début d'une nouvelle étape de la vie dont la naissance siffle le départ et enfin, on a l'élévation du géniteur au rang de dieu par le phénomène de la naissance.

4.1.2.1. L'accouchement comme la naissance d'une famille / *Abié à na abiali nda bot*

La famille est une structure sociale, la plus petite qu'il existe en fait. Tout comme la plupart des structures sociétales, la famille a un départ bien que son origine à elle soit difficile à situer. Pour certains, la famille naît de l'union d'un homme à une femme. Nous parlons ici du droit juridique dont l'acte de mariage signe la naissance. Pour d'autres encore la famille prend son départ de la naissance d'un enfant et c'est cette hypothèse que les Bène défendent. La famille naît du moment qu'il y a échange de sang. Si on traduit fidèlement la langue Bène, autrement dit, c'est la naissance d'un enfant qui vient sacrifier la famille. Il y a toutefois la nécessité de préciser qu'il existe deux conceptions de la famille : celle dite restreinte ou nucléaire que forme les géniteurs et leur progéniture, et la famille élargie souvent qualifiée d'africaine qui englobe toutes les personnes liées par le sang et par les alliances nuptiales. La famille dont on situe la naissance par l'accouchement est toutes les deux au sens des Beti. Tout de même, il y a lieu de mettre un bémol dans notre entendement de la famille élargie dans cette partie. Pour nous, la famille élargie est l'ensemble que compose un homme au sens masculin du terme et toute sa descendance.

L'accouchement est le point de départ de la famille pour les Bène. En fait, cette hypothèse repose sur le caractère patriarcal de la famille chaque cellule sociale a ainsi à sa tête un homme. On peut ainsi considérer de ce qui précède deux réalités entre l'accouchement et la famille. La première réalité dira qu'à chaque première naissance une famille se constitue, cette idée est créditée par le fait que l'homme et la femme s'établissent en famille lorsqu'il amène au monde son premier enfant. La déduction logique qui peut découler de ce constat nous fait savoir qu'un homme peut avoir plusieurs enfants mais c'est son tout premier qui crée sa famille. Mais aussi, que le premier enfant d'une femme ne déclenche aucunement la formation de la famille.

Le premier accouchement d'un homme est caractéristique du début de sa famille de sa lignée. Cette idée est défendue dans la culture Bène et trouve des résonances dans la vie de ce peuple. En effet, vous devenez homme dès que vous contractez mariage et père de famille dès que vous possédez un enfant.

Ce qui est ici considéré, c'est la première progéniture d'un homme, l'autre idée se focalise exclusivement sur le genre de l'enfant. Nous venons d'évoquer toute la place du père dans une famille, mais l'idée de primauté d'un accouchement n'est pas à considérer uniquement pour signaler la formation de la cellule familiale, une autre façon de débiter la famille à la naissance réside plutôt dans le sexe de l'enfant. Il est question d'établir ici que la famille naît du moins potentiellement à la naissance de tout enfant de sexe masculin. Il s'agit là des représentations purement machistes et traditionnelles qui placent l'homme au centre de toute la vie. Ces idées rendent assez particulier le cas des mères seules, dont la paternité des enfants n'a pas été reconnue par le géniteur. Ces enfants restent à « *dzang* » ils appartiennent à la famille de leur grand-père et sont parfois considérés au même titre que leurs oncles. La naissance concrétise les idées d'existence de la famille à travers une lecture du rôle des parents et surtout celui du père de famille. D'autres part, l'existence des parents avant la naissance et surtout dans le cas des premières naissances nous laissent croire qu'elle n'est pas l'unique fonction que l'accouchement engendre, elle procède aussi à un changement de statut social des géniteurs.

4.1.2.2. L'accouchement passage du parent de la jeunesse à l'adulte / *Abié ana ndze mbondé*

La naissance, l'enfance, l'adolescence, la jeunesse, l'adulte, la vieillesse et la mort sont les différentes étapes de la vie humaine, en culture Beti donc bene, toutes ces étapes sont ponctuées par des rites de passages dont la réussite marque la fin et le début d'une période. C'est ainsi par exemple que l'on a initié dans la pure tradition Beti le rite « *tso* » qui était un rite à la fois de purification et de passage de l'adolescence à la jeunesse. Dans la plupart des cas, le passage d'une étape à l'autre était assis sur des considérations d'âge et aussi sur l'accomplissement d'un acte précis ; c'est dans cette dernière appréhension que l'on situait le passage à l'âge adulte. On ne devenait pas homme mûr comme dans le cas la vieillesse et la jeunesse parce qu'on avait atteint un âge précis, mais plutôt parce qu'un événement précis dans notre vie en témoigne la réalisation ou d'un exploit particulier que l'on a réussi. La naissance du premier enfant, la présence des premières règles chez la fille, la chasse réussie d'un gibier particulier sont constitutifs des phénomènes quel que soit l'âge de l'individu permettent le passage d'une étape de la vie à une autre. La vie Beti est ainsi rythmée et caractérisée quoique ces rites aient formellement disparu, il demeure pour autant dans l'esprit des traditionalistes qui

n'aménage aucun effort pour les célébrer ou les rappeler. La première naissance est importante pour les parents et pour les grands-parents. Dans la culture Bène, le terme parent est une dualité de conception il renvoie à deux représentations. Il s'agit tout d'abord d'un géniteur, c'est-à-dire une personne ayant connue l'expérience d'une paternité ou d'une maternité cette considération établit le titre de parent aux personnes génitrices, il renvoie aussi à toutes personnes qui vous sont aînées et dont l'âge serait supérieur ou voisin à celui de vos géniteurs, mais d'un autre côté le parent est toute personne à mesure de prendre soin des autres. Le parent s'avoisine au responsable d'une vie, de l'éducation d'un enfant. Ce qui faut comprendre ici, c'est un changement d'étape les jeunes dans la norme Beti sont ceux qui se situent entre l'adolescence et l'âge adulte, mais contrairement à l'adolescence qui commence pour le jeune garçon aux environs de onze à douze et qui se termine vers dix-huit à vingt ans et chez la fille se situe entre dix et douze ans pour s'achever entre treize quatorze ans avec la survenue des premières règles. L'âge adulte ne correspond pas à une tranche d'âge précise mais correspond mieux à la souscription d'un individu à certaines responsabilités. Prendre la responsabilité de fonder une famille en acceptant d'éduquer des enfants, prendre femme et répondre aux besoins qui se font sentir de toutes ses personnes, fait de vous un adulte. En considérant les développements qui ont été faits dans la partie supérieur, il convient de fixer que l'accouchement qui fondent la famille fonde aussi le début de l'âge adulte pour les parents. C'est un relais entre deux étapes dans la vie d'un individu chez les bene. La naissance d'un enfant crée le départ de l'âge adulte avec son cortège de responsabilités, mais il ne s'agit pas des seules personnes concernées par la naissance, toujours dans le sous-titre qui précède celui-ci, nous avons défini la famille élargie, les responsabilités d'une naissance incombent selon la position qu'on occupe dans la famille à chaque membre.

La naissance d'un enfant n'induit pas des responsabilités qu'aux seuls géniteurs, rappelons que la famille africaine est composée de plusieurs parents. Tous les membres d'une famille se sentent concernés par la venue au monde de l'un des siens et ceci à toutes les générations. La venue de nouvel enfant surtout lorsqu'il s'agit du premier des petits fils consacrent l'entrée de ceux qui jusque-là étaient des parents au grade de grands-parents et avec la responsabilité de couvrir leurs petits-enfants. Le contexte africain est encore plus indiqué dans ce cas, il arrive parfois sinon la majeure partie du temps que ce soit les grands-parents généralement qui ont la charge de leurs petits. Non pas que leur parents géniteurs n'en soient pas aptes encore moins responsables mais parce que c'est aux grands-parents et surtout à la grand-mère d'initier sa fille ou belle fille à s'accommoder et à interpréter les différents malaises d'un

nouveau-né, savoir- faire qu'elle-même a acquise auprès de ses parents ce qui une fois de plus confirme la thèse reproductrice de la société par le phénomène des naissances et de la famille que nous avons développé dans la partie qui voyait en la naissance une possibilité de reconduire les acquis familiaux. Les parents et grands-parents ne sont pas les seuls concernés ; on a d'autres membres de la famille dont les responsabilités naissent du fait de l'accouchement ; tenons en illustration le cas des oncles paternels et maternels les « *ndom nyan* »⁹ comme ils se font appeler en langue Bène. Par les liens de consanguinité, les « *ndom nyan* » deviennent aussi des parents, le Beti authentique ne distingue pas ses enfants de ceux de son frère tous se font appeler fils ou fille.

La naissance sonne le glas de la jeunesse et fait entrer les jeunes dans l'âge adulte il en est de même d'autres membres de la famille qui à l'occasion de cette heureuse circonstance changent de grade social pour devenir qui des grands parents des oncles des tantes et dans la culture Beti confère à chacun selon le grade acquis une responsabilité au sein de la famille et surtout vis-à-vis du nouveau-né. Tout de même, les responsabilités sociétales et familiales ne sont pas les seuls changements qui interviennent chez les parents ; la naissance a aussi ceci de particulier qu'il élève les parents au rang de dieu et c'est ce que les développements démontrent.

4.1.2.3. La déification du parent par l'accouchement / *Olugu mbondé*

Les dieux sont des êtres capables de bien de réalisation dans l'esprit humain, ils ont particulièrement le pouvoir de la création c'est-à-dire la capacité d'amener au jour des réalités non existantes à partir du néant. Il s'agit d'un monopole que leur reconnaissent les êtres vivants et surtout ceux qui sont leurs œuvres. De fait, tout être ; toute personne disposant d'une telle capacité est souvent comparée à des divinités. L'homme dispose de plusieurs qualités, de nombreuses aptitudes qui leur rendent parfois des semblables ou tout simplement des égales des dieux. L'accouchement serait une période un fait qui rapproche l'homme du statut divin. Il s'agit dans le déroulement des faits de la création d'un individu dans la mesure où elle permet l'entrée dans le monde d'un être humain qui n'existait pas en théorie. Dans cette logique on parlera d'une création humaine exnihilo. Seuls les dieux possèdent dans l'entendement humaine la capacité de création ; aux hommes, on reconnaît le potentiel d'invention c'est-à-dire concevoir une réalité à partir d'une existante. Cette partie renvoie à l'idée de déification c'est- à-dire la transformation d'un homme en un être supérieur transcendantal qui aurait des pouvoirs de vie ou de mort sur une créature. Les parents réalisent un exploit naturel de créer un individu. Et ceci peut se

⁹ Oncle maternel

concevoir parce qu'ils ont la capacité de donner la vie, mais aussi, par ce processus il devient des êtres sacrés dans l'univers bene.

Donner la vie, dans l'entendement humain et des Bène c'est donner le souffle de vie c'est-à-dire donner la possibilité à un être de vivre, de respirer, de s'animer. C'est ce que font les parents dans le miracle de la conception pour les bene. En effet ils assimilent les parents aux dieux ; la preuve peut se trouver dans l'identique expression que cette communauté utilise pour désigner les parents et les dieux en fait. Le terme « *mbondé* »¹⁰ en Bène et créateur en français est unique pour renvoyer à la divinité et aux parents. Pour les bene les parents sont donc des dieux ; des êtres avec le pouvoir de créer, de donner vie. En outre, dans la logique des bene, seuls les parents disposent du pouvoir performatif des mots dans la prononciation des anathèmes, des malédictions ainsi que des bénédictions tout comme des dieux ; mieux dit encore, les parents sont les uniques personnes ayant la capacité de prononcer des mots qui ont valeur de fait ; plus loin, les géniteurs disposent du pouvoir de souhaiter du malheur et du bonheur sur des enfants et le voir se réaliser. Les parents sont des diffuseurs de bien-être et dans la langue Bène le bien être se dit « *enyng* » dont la vie. Les géniteurs dispensent la vie à leur progéniture. C'est ainsi que Christine Adzoa, entretien le 20/08/2020, dit : « *Ce sont tes parents qui de donnent la vie et c'est à eux que tu dois ton existence pour cela tu leur dois respect et vénération d'ailleurs les dix commandements le rappellent honore ton père et ta mère afin de vivre longtemps sur terre, cela signifie que tes parents sont tes dieux* »

Pour la communauté Bène les parents remplissent un rôle de créateur qu'ils développent dans la procréation. En dehors de cette capacité, la reconnaissance divine des parents peut se comprendre dans le couvert sacré dont la société les recouvre.

La société est construite autour des règles certaines d'elles visent à garantir la cohésion sociale en définissant les rapports intra-communautaires et enter-personnelle de sorte qu'entre les membres de la communauté ou encore entre plusieurs communautés, les individus ne se sentent pas offusqués ou attaqués dans leur personne ou leur bien ; ces règles ont donc une portée régaliennne et sont du domaine du droit et de la justice. À côté de cet éventail de norme juridique dont la particularité, est qu'elles sont impersonnelles c'est-à-dire qu'elles ont une portée générale et s'imposent de fait à tous les membres de la communauté, de sortes que ; la transgression constitue une infraction et vous soumet à des représailles de la société sous forme de sanctions négatives ; nous avons les normes morales. Elles reposent sur des considérations de respect et de convenance sociale, elles ne sont pas obligatoires et n'engagent que chaque membre à titre

¹⁰ C'est celui qui créé

personnel. Ces règles (les deuxièmes) dans des cas prennent des proportions culturelles qui vont parfois cherchées leurs raisons d'être dans la religion et dans la cosmogonie même de peuple, pour s'imposer comme des lois et des règlements dont le non-respect entraîne sur celui qui s'est rendu coupable et sur son entourage des foudres de la société et de la religion. On parle ici du sacré c'est-à-dire de ce qui est au-delà de l'individu. Le sacré est la caractéristique de ce qui mérite un respect ultime, en d'autres termes l'objet sujet au sacré a droit à une dévotion, une Allégeance sans faille. Le sacré tient par cette dévotion du divin. Le respect dû à un parent entre dans la logique du sacré et en fait un être revêtu de cette caractéristique pour le bene, le parent est sacré parce que possédant des pouvoirs de donner la vie ; des dieux. Donner la vie, insuffler la vie est donc une capacité qui élèvent le parent au rang de dieu et en fait du coup un être sacré, à qui la société loue un respect absolu.

La présente partie s'est intéressée à la naissance, pas à l'acte d'accoucher mais à la portée culturelle et sociologique de celle-ci. Le but a été de relever la philosophie des bene sur le phénomène de la procréation. Il en est sorti deux considérations la première à tourner autour du nouveau-né et des représentations qui en découlent, et la seconde sur les géniteurs et l'érection que la société en fait. Cependant ; la partie n'a pas épuisé toutes les ressources anthropologiques pour comprendre la liaison les entendements que les bene font de la mortalité maternelle parce que rester confiner au fait que constitue l'accouchement.

4.2. LA MORTALITE MATERNELLE CHEZ LES BÈNE DE MFOU / *Awu mbié àyong*

Bène ya nnam Mfou

L'anthropologie et la mort entretiennent une relation fructueuse du fait que le premier fournit des intrants à la production du second. Les études menées sur la mort dans les sciences sociales fourmillent. La mystification et l'hermétique considération qui entourent le décès d'un membre d'une communauté laissent souvent place à un fort déploiement culturel qui amène plus d'un à s'interroger sur ce fait pourtant très naturel. Les arguments sur le deuil ne manquent pas dans la grammaire de l'anthropologie culturelle mais le plus souvent ces recherches portent sur l'état des lieux et le branlebas des mécanismes souvent activés lorsque cette mort nous atteint. On interroge le plus souvent dans le cas de la culture beti qui constitue notre référentiel ; la dynamique et les mutations culturelles Mebenga Tamba (2015) ou encore l'esthétisme symbolique ou fondamental qui l'entoure Mah Nngomo (2020). La présence de la mort au milieu des vivants est un fait. Nous la côtoyons chaque jour. La mort existe tant qu'il y a la vie et disparaît avec la fin de la vie. Ce qui dans le principe n'en fait pas un épiphénomène, mais bien

au contraire, devrait être classée dans des apâlisées et rejoindre le cortège des banalités et du vulgaire. Cependant, ce qui rend la mort attractive d'un point de vue épistémologique résiderait dans son imprévisibilité et son aveuglement dans le choix de ses clients. D'où cette thématique qui porte sur la naissance et la mort conjointement.

Naissance et mort, liaison fatale peut-on ainsi dire. La mort est un fait bien ambigu lourd de signification selon les cultures. Si on l'associe à la naissance elle devient une combinaison assez paradoxale parce que naturellement opposées. La mort est un fait qui certes n'épargne personne mais le vécu voudrait que certaines personnes soient plus disposées à la mort dans des moments de la vie que d'autres, les raisons de cette exposition sont souvent recrutées dans les différents styles de vie menée par les êtres humains. Parmi les moments où les êtres humains s'attendent moins à la grande faucheuse, nous avons la naissance ; ceci à cause de leur opposition originelle. Le présent point se focalise sur la liaison mort et naissance en articulant l'argument du côté maternelle. Il ne serait pas question de faire une causalité de la mort maternelle lors d'un accouchement, mais de fusionner avec les bene de Mfou pour comprendre les bouillonnements internes que celle-ci provoque lorsqu'elle frappe une mère à ce moment précis.

Pour cheminer vers cette réflexion, nous tenterons de présenter de façon statistique la mortalité maternelle afin que par des chiffres nous prenions ampleur de l'étendu du phénomène, juste après, nous ressortirons par identification culturelle, la conception sociale de la mortalité maternelle dans l'ethnie Bène de la tribu Beti.

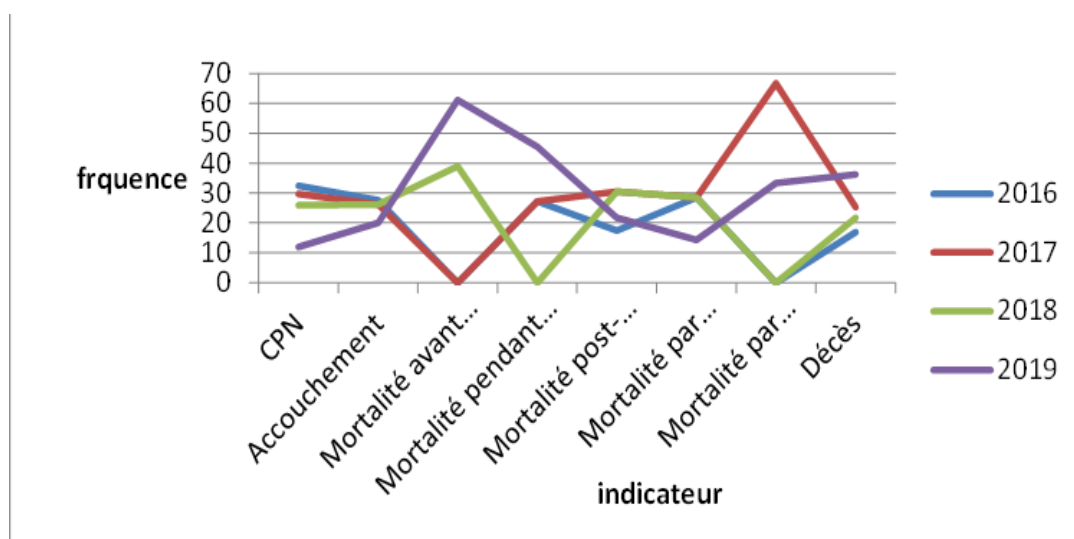
4.2.1. Élément de statistique de l'accouchement à la mortalité maternelle

La mortalité maternelle s'établit entre la conception et les 40 à 42 jours qui suivent la délivrance. La statistique de la mortalité maternelle nous livre une image chiffrée du fait et nous aide à mener une analyse descriptive continue et multi variée des variables clés et surtout explicatives du phénomène. Elle repose sur des techniques d'échantillonnage aléatoire et représentatif de la population générale des Bène de Mfou. Cette analyse est appuyée par des courbes qui à chaque fois tentent de montrer d'une part l'évolution du phénomène au fil des années, et aussi des différents moments de l'accouchement au cours desquels la mort intervient. Cette analyse permet à la première lecture de clarifier les différents niveaux qui entrent dans l'expression « mortalité maternelle » plus simplement, nous aurons des chiffres sur la mortalité avant pendant et après la délivrance.

4.2.1.1. Fréquence de l'accouchement et de la mortalité avant l'accouchement

La mortalité maternelle pré-partum se situe entre la conception et le début du travail. Elle concerne la mortalité due aux complications de la grossesse. Il s'agit d'une période où la mortalité maternelle si le programme de CPN est bien mené constitue la cause la plus démunie et la moins mortelle de la grossesse. La plupart du temps cette mortalité intervient dans le cas des grossesses extra utérines qui se détectent dans les 4 semaines qui suivent la fécondation durant le transit du fœtus, des ovaires vers l'utérus.

Graphique 6 : Évolution de l'accouchement et de la mortalité maternelle de 2016-2019



Source : Analyse de terrain, novembre 2020

Cette mortalité est très réduite. Un bon suivi médical de la grossesse empêche facilement l'éventualité du décès. Elle a connu une diminution avec le suivi des grossesses ; cette cause se règle facilement par une opération chirurgicale. Cette mortalité n'est pas l'exclusive d'un âge et ne dépend pas toujours du CPN parce qu'il s'agit de façon générale d'un dysfonctionnement du processus des grossesses dont la cause n'est pas évidente parfois même inexistante. Outre cela, Cette mortalité n'est pas nécessairement induit par les GEU d'autres causes se recrutent et ont trait à l'état de santé de la mère ; c'est la moment de noter ici que toutes les femmes qui ont la capacité de concevoir n'ont pas également la capacité à garder une gestation sans toutefois mettre soit leur propre ou celle du fœtus en danger ; c'est pourquoi la médecine a initié des visites prénuptiales pour éradiquer et permettre au jeune couple de remplir le souhait familiale dans la complétude de l'expression.

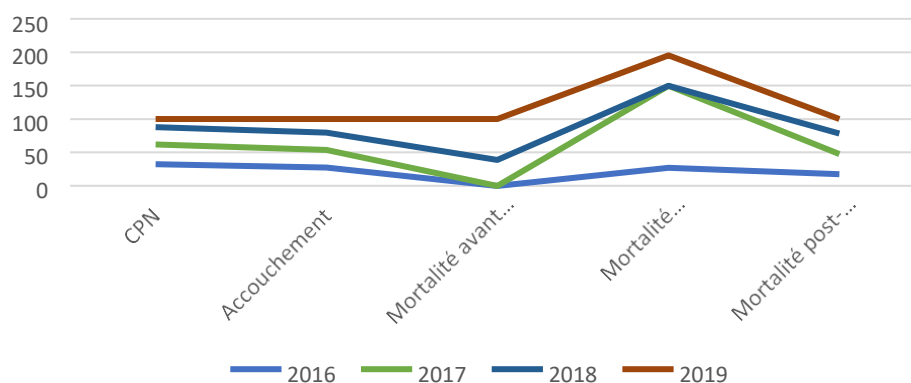
4.2.1.2. Fréquence de l'accouchement et de la mortalité pendant l'accouchement

D'autres éléments de statistique concernent celle de la mortalité pendant l'accouchement. C'est l'une des plus grandes causes de mortalité comme nous le démontre le bref rapport chiffré.

Dans le chapitre précédent consacré à la cartographie des causes de mortalité maternelle l'on a évoqué les différents aspects qui entrent en ligne de cause de cette mortalité. La fréquence de la mortalité de suites des accouchements qu'on présente ici concerne les cas de mortalité qui surviennent de la rupture de la poche des eaux ou encore le début du travail (l'apparition des premières contractions) jusqu'à l'expulsion du fœtus. C'est le parent riche des causes de la mortalité maternelle peut-on voir ; cette mortalité a pour point de départ le mauvais suivi des CPN et on peut y greffer les difficultés nées des procédures exceptionnelles telle la césarienne mais également des évacuations tardives. Les trois causes mis ensemble on se rend compte la courbe prend une nouvelle allure La courbe ci-dessous présente l'évolution en pourcentage de cette mortalité dans la période allant de 2016 à 2019.

À l'exception de l'année 2018 qui pour des raisons inconnues n'a pas pu fournir un rapport complet sur cette cause, on peut aisément remarquer que dans l'arrondissement de Mfou, qu'il s'agit de la première cause de mortalité dans le critère considéré. Ce qui comme nous pouvons le constater et déjà évoquer peut s'imputer aux CPN qui ne sont pas récurrents, à la carte sanitaire mal fournie ; on fait état d'un CMA et de quelque centre de santé privé sans réel plateau technique pour parer aux urgences obstétricales ; de plus, l'éloignement des populations du principale centre de santé et l'enclavement de la zone ajoutent au chapelet des difficultés égrainées le cauchemar vécu par les futures mamans.

Graphique 7: mortalité maternelle avant, pendant et après l'accouchement



Source : Analyse de terrain, novembre 2020

À côté de ses deux premières causes nous avons la mortalité post-partum si au moment du travail et de l'accouchement l'inquiétude est souvent perceptible de tout côté, avec la délivrance le thermomètre de l'angoisse affiche un niveau assez bas et le plus souvent on assiste aux scènes d'allégresse de la jeune maman et de son entourage. La mort subite de la mère vient souvent ternir ce paysage et rend souvent inconsolable la famille.

4.2.1.3. Fréquence de l'accouchement et de la mortalité post partum.

Dans le rendu que nous avons fait pour établir la typologie de la mortalité des génitrices au moment de l'accouchement selon la grille de l'OMS il est ressorti trois cas : le premier allait de la conception et couvrait toute la gestation jusqu'à la rupture de la poche des eaux, le second partait de cette rupture jusqu'à la délivrance et le troisième de la délivrance jusqu'à quarante-deux jours après la délivrance. De ces trois périodes nous avons relevé que les deux premières étaient les plus risqué pour la santé de la mère pour des raisons que nous aussitôt évoqué et sur lesquelles nous nous reviendrons plus. Le dernier type nous laisse un peu perplexe parce que théoriquement, il est évident que l'accouchement s'achève avec extraction ou l'expulsion du placenta de l'utérus de la femme, parler de l'accouchement au-delà de cette période serait complexe dans l'esprit de plus d'un. Ce qui faut comprendre de cette période, c'est qu'elle correspond à l'étape de retour à la normal de l'organisme maternelle de tous les modifications subies à l'accouchement. Techniquement la femme est encore plongée en ce temps dans le processus de l'accouchement.

La mortalité post-partum est celle qui intervient après la délivrance. Ses causes une fois de plus ont déjà été détaillées dans le chapitre précédent, ce qu'il y a à dire sur cette statistique, c'est son caractère non récurrent. En effet, le danger est généralement déjà écarté et la mortalité qui survient est pour la plupart des cas due à la mauvaise et/ou à l'absence d'une prise en charge de la jeune mère après l'expulsion du bébé mais aussi à certains états de santé de la mère notamment les drépanocytes et les diabétiques. On relève ici le manque de professionnalisme parfois du corps médical, qui ne prennent pas toujours des assurances pour vérifier l'effectivité du bon déroulement de l'accouchement.

S'agissant des chiffres on peut vérifier ici qu'ils sont bas. Cette mortalité est occasionnelle et de très faible ampleur ce qui signifie deux choses au moins ; en premier lieu, la qualification du personnel médical qu'il soit formé à la médecine moderne ou traditionnelle dans le suivi et l'exécution du processus de l'accouchement, et au vu des autres causes, la réduction des grossesses à risque chez les femmes porteuses de certaine pathologie qui demande une prise en charge particulière avant et pendant l'accouchement.

Les chiffres présentés et analysés ci-dessus nous ont rendu compte de l'ampleur de la mortalité maternelle et aussi de justifier en toile de fond, les motivations qui ont présidées au choix de ce sujet. Toute de même, cette statistique analyse la situation telle qu'elle apparait, sans pour autant avancer une hypothèse sur la conception de la mort des mères au moment de la parturition et c'est ce point que consacre le titre suivant.

4.3. LA CONCEPTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNE DE MFOU / *Dilna Awu mbié àyong Bène ya nnam Mfou*

Chaque peuple, chaque culture se distingue de l'autre par sa cosmogonie, c'est elle qui enrichit et donne une identité culturelle qui tire ses fondements de la philosophie du peuple en question. Il pourrait paraître assez malhonnête de ne pas reconnaître une pensée propre fut – elle ethnologique ou philosophique à chaque peuple, chaque groupe humain. Nous ne voulons pas raviver ici un débat philosophique basé sur des critères disciplinaires qui porte sur la nature même de la mère des sciences et qui a et continue d'ailleurs d'opposer d'éminents esprits. Ce que nous voulons reconnaître dans ces préliminaires réflexifs, c'est l'universalité de la pensée ou de la raison chez tous les êtres humains. Cette considération établie ; il nous vient dès à présent de relever que les peuples ont une appréhension particulière de leur environnement et des circonstances dans lesquelles certains événements ou des faits furent ils vulgaires se manifestent à eux. C'est dans ce registre que s'inscrit ce sous-titre. Il traite de la conception, de la représentation sociale du décès d'une femme des suites d'un accouchement dans les conditions de causalités mentionnées plus loin, en y adjoignant une étiquette ethnique celle des bene de Mfou. Plus clairement, nous allons essayer de comprendre l'état d'esprit et ce que la philosophie bene conçoit dans la mortalité maternelle.

Nous utiliserons une démarche qui épouse la logique des raisonnements, mais aussi une collecte d'information qui nous a permis de regrouper les différents points de vue sous trois angles qui constituent les démembrements de ce titre. Nous examinerons la mortalité maternelle comme une sentence, un châtement et par la suite comme un fait naturel.

4.3.1. La vision Bène de la mortalité maternelle

La mort est souvent définie comme la cessation de la vie terrestre et c'est ce point de vue que les Bène de Mfou partage avec les autres Beti. La mort apparaît une fois que la vie cesse. C'est un phénomène qui émeut la plupart du temps parce que plongeant la famille et l'entourage proche de celui qui s'en est vu frappé dans le désarroi et la consternation. Ça signification est plurielle et répond à l'inquiétude formulée avant son entrée enjeu. Dans la logique des Bène et en dehors de toutes considérations causales, la mort revêt deux explications l'une est naturelle et l'autre mystique.

4.3.1.1. La mort phénomène naturel : Mort rite de passage / *ndze yom*

Les idées sur la mort dépendent de la culture où elle sévit ; chaque culture se forge au fil du temps. C'est dans cette considération que la culture est acceptée comme une dynamique qui épouse les signes de temps et qui s'accommodent des impacts d'autres cultures. C'est ainsi que

l'on peut comprendre la mort. La conception de la mort évolue et prend en compte les richesses culturelles d'autres peuples au contact desquels l'on se frotte, elle cesse d'être unique et devient pluri sémantique. Cette réalité qui inscrit les composantes identitaires dans un champ en perpétuel mutation, nous amène à cerner l'ambivalence naturelle de la mort chez les bene. Cette dualité repose sur les critères religieux mais également traditionnels. La mort constitue le passage obligatoire entre la terre réelle et la terre céleste ces considérations se sont consolidées avec des idéales judéo-chrétiennes. Notons que le christianisme est galopant au sein de cette population, c'est une religion d'ethnie en quelque sorte. La mort ne peut se comprendre dans le cadre chrétien comme le retour au père. La mort n'est plus sentie comme la fin de tout, mais bien au contraire, comme une nouvelle naissance. On parle de naître dans le christ ou de l'entrée dans la félicité de Dieu. La mort nous permet de vivre au rang des personnes ayant réussies leur parcours terrestre, elle serait en fait la volonté du créateur pour laquelle il devrait être glorifié et adoré. La mort cesse d'être une pesanteur pour devenir un piédestal, c'est un tremplin pour une vie meilleure. Une mère qui décède en donnant naissance à son fils ne peut se comprendre comme un simple rappel d'une créature vers son créateur.

Outre cet argument purement chrétien que l'on pourrait qualifier d'importer, la conception de la mort comme le passage est aussi une idée, une représentation traditionnelle. La mort est un phénomène d'âge égal à celui de l'univers et les explications qui l'entourent ne peuvent pas par conséquent provenir du choc culturel qui a été la colonisation et son avatar le christianisme ; la mort s'explique d'une manière individuelle pour chaque peuple la religion occidentale étant venue harmonisée sinon lissée les différentes idées que l'on se faisait de la mort de sorte que Beti, Bagyeli ou Sawa ont désormais une représentation unique de la mort. Toutefois, malgré ce lissage culturel, les idées que ces peuples se faisaient de la mort restent dans l'âme collective et c'est ce qui constitue la vision traditionnelle de la mort. Pour le Beti et donc le Bène, La mort est un passage dont la vie sur terre est vue comme un arrêt. L'être humain serait de passage sur la terre avant de retourner à la terre. Nos ancêtres sont dans la terre où ils vivent et nous assistent éternellement, chaque individu est appelé à les rejoindre. La mort fut elle celle d'une mère au moment de l'accouchement obéit à cette loi naturelle, d'autres raisons en dehors de celle-ci seraient pure fantasmagorie chaque Bène étant de par sa naissance préposée à la mort, le jour que celle-ci viendrait à réclamer son dû, ne peut se comprendre exclusivement dans cette logique.

La mort est phénomène naturelle qu'elle frappe une femme en plein travaux champêtres ou en travail. C'est le résumé argumentatif de ce sous-titre. Cette considération a ses origines du

christianisme religion d'ethnie ou de la tradition. L'évolution du monde renforcée par la religion qui catégorise les actes humains en bien et mal a contribué à asseoir une autre dualité reposant sur cette division de sorte que le bien devient le naturel et le mal le mystique. La mort n'a pas échappé à ce clanisme idéal, de nos jours et de plus en plus, au côté de la mort naturelle évolue la mort mystique.

4.3.1.2. Mort phénomène mystique /awu ; dzam nguèkiè/dzam mgbœl/dzam évu

La mort est un mythe, la plupart des idées qui se font d'elle sont des conjectures des élucubrations qu'on pourrait traiter de philosophiques sans parfois de fondements avec la réalité, c'est cela qui crédibilise son côté hermétique. Parce que régit par un manque criard des expériences post mortem, évoluant dans une incertitude absolue, la mort constitue le phénomène qui échappe le plus à la raison humaine. Ces différentes caractéristiques viennent aggraver l'aliénation intellectuelle dans laquelle certaines personnes se trouvent vis-à-vis d'elle. Au côté de la mort la raison est impuissance sinon absente. Dans la vie, l'absence de raison de façon clinique renvoie à une névrose ou plus grave encore à une psychose son état rudimentaire entre dans le cas de l'ignorance. Mieux dit, une personne dépourvue de raison est un fou et une autre qui l'a de façon embryonnaire est un ignorant. L'ignorance évolue avec une absence de logique. L'absence de logique et le sous-développement de la raison provoque la croyance et la soumission à des références transcendantes, au surnaturel. C'est comme cela que l'on peut voir des personnes fortement ancrées dans la religion et prétendant à une connaissance infuse ou héritée. Si on adjoint absence de logique, foi et la doxa ; à un peuple qui à chaque incompréhension se réfère à l'« évu » ; nous tombons dans une espèce de satanisme où le naturel et le bien n'ont pas de place. Satanisme, sorcellerie et surnaturel sont des disciplines du mysticisme. La sorcellerie est cette représentation des faits au surnaturel maléfique. Le mystique est un univers dans lequel le mal, la malveillance est érigée en norme et où aucune action, aucun événement ne peut s'aborder dans le sens du bien, tout s'explique par une causalité funeste. Joindre la mort au mystique c'est extraire sa naturalité pour y imposer le maléfique, la sorcellerie.

Les Bène à l'image des autres Beti ont développé une imagerie forte sur le mysticisme, dans cette socioculture, on parle de l'« évu », cette propension dont dispose certains individus à dépasser le naturel et le rationnel pour apprivoiser le surnaturel et l'« autrement rationnel » dans une volonté de perpétrer le mal. L'« évu » ou la sorcellerie est sans le moindre doute néfaste et malveillant, bien qu'on lui reconnaisse des vertus thérapeutiques entre les mains expertes d'un tradi-praticien, le plus souvent cette bienveillance s'accompagne des interdits dont le non-respect

entraîne des conséquences fâcheuses pour celui qui s'est montré indigne de bénéficier de cette science, il est convenu en tout état de cause de voir dans la manifestation de la sorcellerie de l'a priori maléfique. C'est dans cette conception que se situe l'autre conception de la mort. La mort parce que difficilement appréhendable trouve souvent une coupable qui remplit la fonction explicative de l'irrationnel chez le bene la sorcellerie. La mort n'est pas la volonté d'un intendant transcendantale de la vie humaine, mais la conséquence des intentions et des actes de personnes malveillantes au dessein inavoué qui agissent tapissent dans l'ombre avec une bonne maîtrise du mystique pour hotter la vie aux individus. Mourir n'est pas de l'ordre naturel des choses, c'est une action causée par un individu sorcier.

Outre ce cas qui généralise les causes du décès chez les Beti, il est à considérer certains cas particuliers de mort dont le mystique trouve un terrain fertile pour planter ses graines et favoriser ses arguments comme cause de la mort. Certaines morts sortent des sentiers battus des causes de mortalité prévisibles, c'est le cas de décès qui accompagnent l'accouchement. Cette mort revêt un mysticisme particulier parce qu'il s'agit d'un moment de grande joie que vient dépeindre le départ tragique de la génitrice. Chez les Beti, l'incompréhensible n'est pas justifié par l'ignorance, l'inexplicable n'existe pas parce qu'il manque des explications mais parce que ces explications se trouvent ailleurs que dans la logique, rompre avec le naturel, rompre avec la monotonie, modifier brusquement l'allure des choses ce n'est rien d'autre pour le Beti que de la sorcellerie. Freiner les élans de joie et d'allégresse que produisent l'enfantement par des pleurs et de la tristesse correspond mieux à *modus operandi* propre à la sorcellerie. C'est le sorcier qui cultive la jalousie et se sent malheureux de voir d'autres personnes heureuses ; par conséquent ils agissent pour rééquilibrer le naturel en y semant un sentiment autre que celui qui est attendu. Bien encore, les causes des décès des mères se regroupent parfois dans le bébé qui vient au monde c'est du moins ce qui est ressorti des entretiens effectués avec le personnel médical. En culture Bène les enfants sont considérés comme des êtres purs sans défaut et donc incapables du moindre mal ; « *l'enfant c'est une grâce un ange donc incapable de faire du mal à quiconque* » Stella Ebengue, entretien le 11/06/2020. Il n'est pas adéquat de voir en eux des causes de la disparition ou du départ non anticipé de leur mère, une fois de plus le mystique se trouve indexé et ceci de deux manières. En premier lieu on a le schéma du sorcier auteur d'homicide que nous avons présenté dans le paragraphe antérieur. En second lieu on a cette relation indirecte que l'on présente en mysticisme comme envoutement et en religion comme possession, un enfant qui cause la mort de sa mère lors de l'accouchement est possédé par l'esprit d'un sorcier dont il se sert pour causer du tort à sa mère.

La mort est un phénomène qui peut se comprendre au premier abord en considérant l'être humain comme un passager, un touriste de la terre, la mort serait ainsi la fin du parcours et s'inscrirait dans l'ordre naturel des choses, l'autre conception est à trouver dans le mysticisme plus précisément la sorcellerie ici le mystique trouve un terrain causal fécond renforcé par l'ignorance et la superstition. Au-delà de cet aspect général que l'on peut imputer à toute mort dans la culture Beti il réside des particularités à celle d'une mère au moment de l'enfantement c'est ainsi que celle-ci est souvent ressentie comme une maladie sociale.

4.4. REPRÉSENTATION DE LA MORTALITE MATERNELLE COMME MALADIE SOCIALE /*Awu mbié àne okohn ayong*

Le dictionnaire universel francophone définit la maladie comme étant une altération de la santé physique mentale ou professionnelle d'un individu. Elle consiste à une sensation de morbidité qui réduit la productivité optimale de la personne dont l'état sanitaire est souffrant. La conception de la maladie si l'on s'en tient à la définition que l'on nous a donnée engage l'être humain dans sa globalité, la maladie attaque le physique mais également le psychique et le social par son aspect professionnel. La maladie contribue au ralentissement de l'épanouissement de l'individu et de la société. La maladie peut être personnelle lorsqu'elle atteint spécifiquement une entité du groupe ou alors groupale soit parce qu'un individu atteint oblige la société à modifier son comportement ; soit parce qu'elle atteint une grande partie de la population on parle d'épidémie et dans une plus large aire d'action de pandémie. Une autre considération permet de prendre la maladie comme une maladie sociale, ce qui est mis en avant c'est la communion du malaise entre les membres de la société. Les explications que nous donnons interrogent le caractère morbide de la mortalité, il apparaît clairement de ces développements que la maladie est une histoire de vivant ; mais si on considère la mort non pas comme une maladie mais plutôt comme des symptômes de malaise, il peut aisément se voir dans la mort une morbidité avérée, en effet, les maladies sont physiques, mentales et sociales avons-nous dit. Si on prend en compte exclusivement le caractère mental et qu'on se réfère au cortège de souffrance que la mort peut laisser dans son sillage, il est clair qu'elle peut s'envisager comme une maladie sociale. Ceci peut se comprendre de deux manières d'abord comme une maladie familiale dans son acception élargie et ensuite comme une rupture du rôle des naissances dans la société.

La famille est une entité sociale la plus petite qui existe avons-nous martelé dans la première partie de ce chapitre. La famille et surtout dans le cadre des africains est une structure très solidaire qui vit les joies et les malheurs de chaque membre comme s'ils étaient

communautaires, c'est le cas ici de la mort. La mort frappe un individu mais elle endeuille toute la famille, c'est tout le monde qui se sent concerné par la disparition d'un proche, la mort raffermi les liens de fraternité et de solidarité des membres d'une famille dans la souffrance. C'est tout le monde qui compatit à la tragique expérience que l'un des leurs s'apprête à vivre. La souffrance l'angoisse la fatigue le désarroi la consternation qui sont des morbidités mentales sont donc commun à toute la famille au petit groupe social qu'elle forme. La mort est un mal qui est causé par la disparition d'un des membres et dont les répercussions sont visibles ou du moins ressenties par les membres du microcosme sociale que forme la famille, c'est l'agent vecteur du malaise dans laquelle est plongée toute la famille. La mort d'une femme au moment de l'accouchement exacerbe encore ce malaise ; en effet, elle produit une inflexion sur le déroulé normal des choses. À la naissance de chaque enfant, des espoirs sont formulés ce qui conduit souvent à une certaine euphorie que le départ de la mère vient rompre. Aussi, il est du rôle de la mère d'assurer la survie de l'enfant, la perte de cette responsable diminue les chances de survie du nouveau il y a résurgence des idées de mort qui naissent de la perte de la mère.

Un autre aspect qui a été évoqué lors de la présentation du rôle de l'accouchement dans la société a consisté en deux points : la pérennisation de la société et sa reproduction. Toutes ses valeurs que porte la naissance d'un enfant subissent une vague d'inquiétude sur leur réalisation née de la mort de la génitrice. En fait, c'est à la mère que revient la responsabilité d'assurer la pérennisation de la famille parce que responsable au premier chef de l'éducation des enfants ; de même, voir partir une mère donc une probable génitrice est de nature à diminuer les chances de reproduction d'une société, surtout dans un cas où sa progéniture est encore jeune avec des chances de survie assez faible, son départ vient une fois de plus relevé cette suspicion de la rupture de la société. La société souffre du départ anticipé d'une mère lorsqu'elle donne vie à un individu. L'autre argument qu'on peut évoquer pour développer cette partie se trouve dans la portée sociologique de la mort chez les bènes, la mort à certains moments et selon le lien qui unit le macchabée et son entourage entraîne une maladie connue en Bène sous l'appellation du « *nyoùb* », c'est un malaise qui rassemble tous les symptômes cliniques d'une maladie sans que celle-ci puisse être diagnostiquée par des médecins ; c'est une véritable application du de l'adage quand « *l'âme souffre le corps a mal* » la mort cause une maladie psychique avec des symptômes physiques.

La mortalité maternelle est conçue comme une maladie sociale parce qu'affectant tous les membres de la communauté ici c'est le caractère systémique qui induit un effet d'entraînement d'une douleur au départ localisée chez un individu qui se repend dans toute la société par le biais

de la solidarité mais aussi par la place qu'occupe une mère au sein de cette population. Mais, la maladie sociale n'est pas la seule portée de la mortalité maternelle chez les Bèné si la conception sociale voit en cette mortalité une situation passive pour la société, en des temps cette mortalité prend le caractère de sentence sociale.

4.4.1. Mortalité maternelle comme sentence sociale/endeble

La sentence est généralement une décision eschatologique c'est-à-dire qu'elle intervient au dernier moment à la fin d'un processus, pour faire court c'est un verdict. La sentence découle de la violation d'une norme ; c'est un jugement qui s'abat tel une épée sur une personne reconnue coupable d'un certain nombre de faits. La sentence contrairement au jugement qui est ambivalent, est toujours négative lorsqu'on parle de sentence il est nécessaire de s'entendre à des représailles de celui qui l'inflige vis-à-vis du coupable. La sentence sociale vient donc de la société c'est-à-dire il s'agit d'une punition que la communauté inflige à un individu suites à des manquements constatés ou reconnus par ce dernier. Les sentences prennent plusieurs formes dans le cas de la communauté Bèné elle va des condamnations d'exclusion à la mort qui constitue ici le degré ultime d'un jugement. L'autre considération qu'on doit relever dans le cas des sentences sociales chez le Bèné c'est leur caractère naturel, la sentence n'est pas infligée par des individus en personne mais prend la forme d'un événement naturel. La mortalité maternelle comme sentence sociale donne une part active à la société à la mort d'une mère au moment de l'accouchement.

4.4.2. Mortalité maternelle comme « culturocide » / *awu mbié à ne zolna metum*

La *nya bohn* (mère) en socioculture Bèné représente le socle, le fondement de la culture. Elle reste au centre de la culture Bèné et constitue en conséquence la source fondamentale d'enculturation de toute progéniture. Une enculturation multidimensionnelle qui commence par la pré-transmission des connaissances au fœtus durant la grossesse, et s'étend à l'enfance (et bien plus) après la naissance quel que soit le sexe de l'enfant. Le langage, les rituels disciplinaires (salutation par exemple, respect), l'art culinaire, l'hygiène corporelle/vestimentaire, us et coutumes, savoir et pratiques thérapeutiques sont entre autres les grands axes culturels dont les mamans ont la délicate charge de transmission aux enfants bien que les géniteurs leurs portent incontestablement main forte. En d'autres termes, certes l'intervention des deux parents ou de la famille de manière générale reste nécessaire, mais l'accomplissement d'une progéniture repose majoritairement sur l'encadrement de la génitrice. L'existence manifeste d'une *nya bohn* contribue à une meilleure éducation/enculturation de la progéniture au sein d'une famille et implique généralement l'harmonie et l'interaction assez conforme aux normes socioculturelles

dans l'ensemble du groupe ou la communauté. La disparition d'une *nya bohn* dans cette perspective est donc prise pour une chute de la culture. En effet, les orphelin(e)s ayant survécu à l'épreuve d'accouchement qui aura entraîné la perte de leur génitrice ne sont pas toujours, a priori, la bienvenue au sein de la communauté Bène. Ces enfants subissent dans la plupart des cas la lourde accusation du décès de leurs mères qui, jusque-là étaient des valeureux membres de la communauté. Bien que des rites spécifiques s'imposent face à ces situations comme nous l'avons souligné au chapitre 1, il reste à préciser et ce malgré la solidarité traditionnelle observée, que cette catégorie de progéniture à part entière au groupe, souffre d'une carence d'affection et d'attention maternelle qui impactent fortement sur leur enculturation et éducation ; et donc sur leur bien-être socioculturel. Ces manquements entraînent une sorte de lessivage culturel qui tend au « décès de la culture » au fil des générations.

Les causes des mortalités visitées lors des chapitres précédents dans le cas des primipares ont établi la mortalité maternelle dans le sillage des grossesses non-désirées, le sous-développement physique complet de l'anatomie et du manque d'expérience de la mère dans l'endurance des douleurs du processus de la natalité. C'est le lieu de signaler ici que la culture Beti pour prévenir les risques liés à ces grossesses a édicté des normes, l'une d'entre elle interdit au mineur d'un certain âge d'avoir des relations sexuelles avec en filigrane barrer la voie à ces tragédies que l'on observe dans le cas des accouchements primipares. La mort de ces mères remplit un rôle dissuasif vis-à-vis de la jeunesse qui s'aventura dans la violation de cette prescription sociale. Outre cela, la mort d'une mère a aussi un effet persuasif bien que de façon implicite, de former la jeunesse contre le non-respect par exemple des CPN la planification familiale, qui constitue comme nous ont aidé à comprendre les statistiques des causes majeures de la mortalité maternelle, sur ce point précisément, la culture Beti interdit des rapports sexuels avant le sevrage complet du nourrisson pour garder des écarts entre deux grossesses et éviter des grossesses à risque.

Le chapitre suivant nous conduit à une signification des résultats de notre recherche.

CHAPITRE 5
ESSAI D'INTERPRÉTATION ANTHROPOLOGIQUE DE LA
MORTALITÉ MATERLE

L'étiologie et les effets de la mortalité maternelle nous ont déjà été évoqués chez les Bène de Mfou aux précédents chapitres. En faisant une simple immersion de façon descriptive et aussi en donnant une signification culturelle de cette réalité, l'accouchement a, elle aussi été présenté en suivant le même schéma directeur que celui de la mortalité maternelle afin de lier les deux réalités et évoquer conjointement leurs portées culturelles. Parti d'un constat alarmant d'une mortalité maternelle dans le district de santé de Mfou à forte population Bène, ceci malgré les prouesses recensées dans les domaines de l'obstétrique et de la gynécologie, nous avons pu observer que ce mal sévit pour plusieurs raisons qui sont imputables non seulement aux pouvoirs publics et partenaires privés pourvoyeurs des soins de santé et garant à la fois de leur qualité et de leur disponibilité - ainsi, avons-nous pu constater une grande porosité de la carte sanitaire et un sous équipement des formations hospitalières existantes mais aussi, aux populations qui exhibent des comportements risquophiles en minimisant les règles de santé applicables durant la gestation mais également la négligence des CPN gages d'un accouchement réussi et avec un risque de mortalité maternelle réduit à sa portion la plus incongrue.

Il est question dans ce chapitre de donner une portée technique, scientifique à notre démarche. Auguste Comte en évoquant la démarche scientifique schématisait qu'elle part d'un constat et s'appuie sur des observations pour arriver à des analyses avant de tirer des conclusions qui établissent la scientificité du phénomène considéré. Le présent point de notre quête est celui qui consacre l'analyse et l'interprétation des observations et constats établis par ses précurseurs. Cet essai va tenter une approche plus ciblée avec une arme de précision qui épouse la démarche de notre discipline. De façon plus claire, ce chapitre est une démarche anthropologique qui vise à comprendre à partir des outils de l'anthropologue la mortalité maternelle à Mfou chez les Bène.

Tout de même, notre étude n'est pas une quête nouvelle en anthropologie d'autres auteurs y ont menés des travaux qui constituent les bases fondamentales sur lesquelles nous nous appuyerons pour s'essayer. Parlant des discours antérieurs sur la question, notons qu'il ne s'est pas agi précisément du cas des Bène mais des études plus génériques qui ont subi l'interrogatoire de l'anthropologie pour cerner la mort en générale et maternelle en particulier et aussi l'accouchement. L'innovation de ce chapitre et de ces travaux reposent dans la circonscription de nos considérations à un peuple, une ethnie et une localité bien précise. On peut par une certaine analogie parler d'une étude de cas de la mort d'une mère au moment de l'accouchement dans l'ethnie Bène. Pour ce faire, nous avons choisi trois outils. Le premier est La théorie de l'ethnométhodologie (Mbonji, 2005). Fondée sur le postulat selon lequel la maladie n'est pas une chose ou une entité, cette théorie, similaire à la théorie culturelle interprétative, démontre que les

problèmes de santé relèvent du constructif. Dans cette perspective, la maladie ou tout problème de santé sont des composantes interactives de la culture. En effet, la maladie est connue à la fois par les souffrants (illness), par les soignants (disease) et par la communauté (sickness) à travers un ensemble d'activités interprétatives. En d'autres termes, les problèmes de santé se définissent du principe biologique/biomédical aux pratiques sociales (conception communautaire d'un problème de santé) passant par l'expérience individuelle. L'objectif primordial est ainsi la construction sociale de la maladie ou d'un problème de santé comme le souligne Michel Foucault (1985), la maladie n'a sa réalité qu'à l'intérieure de la communauté qui la considère comme telle. Elle permet de circonscrire un phénomène par analyse des méthodes déployées par un groupe précis face à une situation, le savoir des membres (constitutifs d'un groupe culturel), et la contextualisation d'un phénomène mis en exergue.

La seconde théorie mise en exergue, concerne l'approche genre. C'est une démarche qui focalise une attention effective et égale sur le masculin et le féminin. Les spécificités féminines tant sur le plan individuel que social doivent être prises en compte au même titre que celles masculines. Elle suppose une nouvelle façon de comprendre les inégalités entre les hommes et les femmes. Les relations entre les hommes et les femmes, la domination masculine ou la subordination féminine ne sont pas déterminées par la nature, mais plutôt par les rapports que la société définit entre eux. En d'autres termes ces rôles disparates sont façonnés par la culture. À cause de ces rapports trouvés défavorables aux femmes, l'approche genre a été introduite pour corriger les inégalités et permettre à tout le monde de participer au processus de développement et de bénéficier équitablement aux services sociaux, sanitaires, économique, politique etc. Le troisième outil en revanche est la théorie socioculturelle du risque (Massé R 1995, Burton Jeangross 2006). Le risque étant résumé ici comme un potentiel danger interne dans un groupe qui impacte négativement sur la santé. De cette théorie, trois principes sont déployés pour faire sens à nos résultats : principe de problème de santé, principe de communauté à risque et principe déterminant de la santé.

Il est donc question dans ce chapitre de passer l'accouchement et la mortalité maternelle au crible de la pensée anthropologique sous le prisme des théories ; culturelle interprétative, socioculturelle du risque, et de l'approche genre. Cette présomption nous amène à formuler une hypothèse qui repose sur les capacités réelles de nos trois instruments à rendre compte de la sagacité épistémologique des Bène au sujet de la maternité et de la mortalité y afférente. De cette hypothèse une double démarche se dessine chacune en relation avec l'un de nos instruments ; en premier on saisira l'accouchement et la mortalité comme un modèle culturo- significatif, et dans

la seconde démarche, on retiendra la même thématique mais cette fois en privilégiant l'aspect genre.

5.1. ACCOUCHEMENT ET MORTALITÉ MATERNELLE COMME MODÈLE : CULTURO-SIGNIFICATIF

La théorie de l'ethnométhodologie expose la relativité des problèmes de santé dans une communauté. Elle ne voit pas au fait quelque chose d'épique et complètement aléatoire mais trouve des variables explicatives communes au groupe culturel dont le fait est considéré et partagé. Le fait n'est que la résultante des interactions culturelles qui apparaisse pour en assumer les conséquences. La maladie s'agissant d'elle particulière ne peut être pris comme un élément isolé propre à un individu mais comme un marqueur du mal-être globale de la communauté. Certes la maladie est dans un premier temps senti chez un individu mais elle engage le corps soignant et implique une mobilisation de la société. Dans le cas de la mort et des Bène, elle est conçue comme un mal, un fléau, bref comme une maladie qui frappe en premier lieu un membre mais qui au final entraîne un branle-bas des mécanismes solidaires de tout le groupe. De même, la résistance des décès maternels fait en sorte que l'accouchement devienne de plus en plus perçu comme une maladie à la thérapie mystérieuse. Dans cette perspective, le décès en lui-même, pris de manière neutre, ne peut être effectif sur la femme que si cette dernière n'ait été contaminé gravement par cette maladie ; l'accouchement. Or, la richesse première considérée chez les Bène reste incontestablement la progéniture qui est conditionnée par la grossesse et bien évidemment la naissance, la délivrance. Pour cette raison, la méthode socioculturelle du risque trouve matière pour comprendre le phénomène de la mortalité maternelle chez les Bène en considérant cela comme un problème de santé propre à un groupe à risque et qui mérite une éradication pour pérenniser la santé.

5.1.1. Mortalité maternelle comme problème de santé chez les Bène

L'accouchement est une cause de mortalité indéniable de la femme dans la plupart des localités de Mfou ces causes sont diverses et nous ont été présentées de façons édifiantes dans le chapitre 3. De ces causes une préoccupation nous vient à l'esprit. En effet, l'étiologie de la mortalité maternelle interroge les liens qu'elle entretient avec la culture. Soit, la culture exerce-t-elle une influence sur la population de façon à les exposer au risque de la mortalité telle est de manière implicite la question qui se dégage. Les populations de Mfou sont sous l'influence de deux cultures celle importée résumé dans le christianisme et la pure tradition Beti.

5.1.1.1. Les influences socioculturelles : Causes de la Mortalité maternelle

La culture est un mode de vie propre à un peuple, à une nation. Elle est générale dans ce sens qu'elle concerne tous les aspects de la vie, de la vie familiale à la politique. La famille est l'instance sociétale de décision de l'opportunité d'une naissance, et ce, titre responsable de la pérennisation de la culture. L'influence de la culture dans la procréation peut se comprendre à un double titre ; d'abord parce qu'elle s'inscrit dans le cadre de la tradition, mais aussi parce qu'elle véhicule un certain nombre d'idées qui travaillent à réduire l'impact des découvertes scientifiques dans le bien être communautaire par le phénomène des préjugés.

5.1.1.1.1. Le poids de la tradition.

La tradition est un mode de vie séculaire appartenant à un groupe humain. Elle se déploie dans les idées, les rites, les rituels ; et formalise ce qui est convenu d'appeler les us et coutumes. La tradition régit le comportement face à une situation. Elle influence ou tout simplement ordonne ce qui doit être dit ou fait à des moments précis de la vie. En un mot la tradition conditionne l'être dans son existence, en ceci que c'est elle qui pense, c'est elle qui agit, bref un individu devant sa tradition ne vit plus c'est sa tradition qui vit en lui ; s'il vit, il vit par la tradition et quand il meurt, il meurt dans la tradition. La tradition a ainsi un poids prépondérant dans la décision que prend un individu. C'est la norme sociale qui dit ce qui doit être ou ne pas être dans le vécu quotidien des individus. La tradition régit ainsi la vie de la naissance à la mort. S'agissant de la coutume et l'accouchement son poids est palpable dans la mesure où le premier, fait du deuxième, une finalité pour chaque femme et également dans le poids qu'il donne à la tradition dans le suivi de la gestation. La procréation est une finalité dans la tradition Bèné. Tout individu est appelé à connaître les joies et les malheurs de la parenté. Dans la tradition Beti comme l'affirme Ebengue Stella :

Tout Homme Beti doit avoir de la progéniture c'est comme ça, si un Beti atteint un certain âge homme comme femme sans enfant, la famille comme à se poser des questions est ce qu'il est un homme est ce qu'elle est une femme, l'enfant c'est une grâce que tout le monde se doit de faire l'expérience. Autrefois c'étaient aux parents de trouver des époux ou une épouse à leurs enfants pour que la descendance ne disparaisse pas c'est obligé d'avoir des enfants. Ebengue Stella (entretien, le 17/09/2020).

Dans la culture Beti, des défauts biologiques qui interdiraient la conception et pourraient augmenter le risque de mortalité maternelle n'existent pas. On doit pouvoir concevoir parce que c'est la finalité, assurer une descendance n'est pas une option de vie mais la condition de la vie

de sorte qu'un Beti ait vécu, s'il a laissé une descendance. L'autre côté de la tradition dans la constitution de la mortalité maternelle comme un problème de santé se trouve dans la tradi-thérapie. La pratique de la médecine traditionnelle est un frein à l'évolution et surtout à la vulgarisation de la médecine moderne en matière de surveillance et de contrôle des risques de mortalité maternelle. En effet, les bases fondamentales de cette médecine alternative se trouvent dans la tradition. Le tradipraticien prétend tout soigner mais sans jamais en apporter une preuve définitive.

La médecine alternative évolue de façon erratique ce qui ne conforte pas l'apodicticité de ses méthodes, certes elle regorge d'un savoir- faire suffisamment prouvé, mais sa prétention à l'universalité thérapeutique est de nature à induire des erreurs auxquelles la médecine moderne donne une posologie efficace. En outre la croyance à une médecine qui a toujours fonctionné ne signifierait pas que cette méthode est la meilleure comme l'expliquait déjà Njoh Mouelle (Sd, Sp) : « *au fait il y a de l'ignorance pour un peuple à penser que comme il a toujours vécu, cette façon est bonne éternellement.* » ceci pour marquer que la médecine traditionnelle est certes efficace mais elle n'est toujours pas efficiente. Elle crée un flou sur les causes véritables de la mortalité maternelle en renvoyant la faute à « *l'autrement rationnel* » sur un mal pourtant identifiable et curable. Il y a un rejet de la médecine moderne des causes rationnelles parfois au profit de la médecine traditionnelle et des causes mystiques

Les médecins ont des compétences certaines, mais ils jugent incapable de diagnostiquer et de traiter certaines maladies, par la seule raison « qu'ils ne savent pas les voir ». Cette limitation n'est pas présentée en termes d'incompétence, mais comme la conséquence d'une coupure irrémédiable dans l'univers des compétences des différents thérapeutes. Certains domaines de la maladie peuvent être pris en charge par les médecins, mais d'autres incombent exclusivement aux tradipraticiens.

Jean Benoist (1996)

Le problème de santé est ainsi alimenté par une opposition entre deux écoles de médecine qui gagneraient à coaliser leur force pour barrer la route à un ennemi commun. Cette conjugaison des efforts passe par reconnaissance des compétences réelles aux deux écoles et non en faisant des compétences de la tradi-thérapie un véritable panégyrique enflammé.

5.1.1.1.2. L'influence des préjugés

Les préjugés sont des connaissances qui se diffusent sans fondement rationnel avéré ou basé sur des fausses déductions. Il constitue des pseudo-savoirs assis sur des aprioris et portent généralement préjudice et nuisent à la moralité d'un individu ou d'un groupe. Les préjugés

trouvent terrain fertile dans des milieux où la rationalité n'est pas trop engagée. Ce sont des modèles de penser qui éloignent du bon sens et dégagent la route à l'ignorance et au refus de la logique, les préjugés sont avant tout mauvais pour ce qui y prête un peu de crédit. S'agissant de la mortalité maternelle cette pseudoscience travaille à augmenter le risque de mortalité maternelle en propageant des informations erronées des faux jugements de valeur qui obligent l'agente féminine à prendre des risques incontrôlés. Le poids de ces préjugés est visible au moment de l'adoption des techniques médicales sanitaires modernes mais aussi dans le statut de la jeune femme dans la société Bène.

Dans le cadre inaugural du chapitre quatre, il a été de façon résumée montré les prouesses de la médecine moderne concernant l'entrée en maternité d'une femme. Ces méthodes bien que perverties par la suite visaient avant toute chose à faire goûter à chaque femme le bonheur de la maternité. Elles venaient résoudre le problème de conception né des difficultés physique (non développement du bassin) et biologique qui jusque-là constituent les causes premières des décès maternels mais les jugements et la faible généralisation de ces méthodes dans l'arrondissement de Mfou. Les préjugés qui planent sur l'incapacité naturelle d'une femme à la conception sont et qui font de ces dames des parias des sous femmes les astreignent à porter des grossesses malgré le risque qu'elles encourent. Aussi, d'autres préjugés au trait à la vie en communauté et qui sont souvent vécu par certaines femmes et filles même comme des railleries des moqueries ce qui amène certaines filles à adopter des comportements à risque parfois soutenues par l'autorité. C'est ce qui explique par exemple le cas des jeunes filles mères comme le disait Adzoa :

Certaines familles sont responsables parfois de la mort de leur fille de suite d'accouchement, non pas qu'elles la causent directement mais favorisent les conditions qui entraînent à cet état de chose. tenons par exemple une fille de 13, 14 voire même de 17 ans que le parent oblige à ramener des choses à la maison parce que d'autres filles de son âge en font de même, c'est exposer cet enfant à une grossesse alors que son développement physique n'est pas terminé, ou encore cette belle famille qui ne comprennent pas pour des raisons évidentes que leur belle-fille ne puissent concevoir et l'obligent toutefois malgré la contre-indication médicale à le faire favorise la survenance de la mortalité liée à l'accouchement. Adzoa (entretien, le 17/07/2020).

Les préjugés sont des problèmes de santé qui induisent la mortalité maternelle soit par un manque de confiance à la médecine moderne, soit par un rejet des PMA. Sur ce deuxième point malgré le bon vieil adage Beti qui souligne que « le père n'est pas seulement biologique mais

aussi nourricier » on rencontre certaines poches de résistance surtout lorsqu'il s'agit de la femme. En effet, une femme qui recourt à la PMA n'en est pas une ; il s'agit d'une considération saillante de la société Beti qui lorsqu'on la prend en considération nous expose énormément et les oblige à des décisions risquées. De plus les hommes n'aident pas trop souvent dans ces cas plusieurs hommes considèrent que des enfants conçus en leur absence avec ou sans leurs gamètes ne sont pas leur et de surcroît s'ils sont portés par des femmes qu'ils n'ont jamais vu la nudité.

5.1.2. Communauté à risque facteur déterminant de la mortalité maternelle

La communauté à risque relève d'une identification qui expose ou frange de la population à un risque précis la mortalité maternelle dans le cas espèce. Le but est ici initié des voies de reconnaissances qui permettent une meilleure prise en charge et également une sensibilisation. Pour éviter des récives du cas considéré voire annihiler les chances de reconduite de la même mortalité. Ce principe part sur une prise en charge des différents facteurs permettant de mieux reconnaître les personnes les plus exposées.

Il est question de considérer l'environnement sociale, physique des personnes et même le niveau de sociabilisation des individus, avant toute formule de remédiation pour faire échec au mal considéré.

5.1.2.1. Identification de communauté à risque

Pour un meilleur ciblage en vue de la prévention contre un quelconque mal il apparait impérieux de reconnaître sa cible. Dans le cadre d'une politique contre la mortalité maternelle, il est nécessaire de mener une étude sur la possibilité que possèdent certains individus à être frappés par la faucheuse au moment de l'accouchement. L'accouchement étant un phénomène purement au féminin notre caractérisation de la population à risque s'effectue autour du genre féminin et sur la portion de cette population susceptible de porter une grossesse si l'étude est en instantanée et sur toute l'agente féminine si cette étude est continue en termes de temps. L'un des premiers critères d'études concerne dont l'âge et le second se focalise sur le facteur social.

5.1.2.1.1. Facteur âge dans la communauté à risque

Dans la circonscription des populations, la variable largement utilisée est celui de l'âge. L'âge constitue un indicateur biologique de poids dans plusieurs domaines de la vie y compris la santé. C'est lui qui sert de mesure dans les prescriptions et proscriptions médicales et a une relation figée à la masse corporelle. Aussi dans le cas de la maternité et de la femme en générale c'est un indicateur de maturité au triple plan : maturité biologique (toutes les fonctions biologiques ne s'activent pas au même moment) maturité physiologique (le comportement de la

femme varie avec le temps et surtout avec l'âge) maturité physique (le corps de la femme n'a pas le même développement à tous les âges). L'âge prépare ainsi la femme à assurer certaines fonctions qui sollicitent son corps.

Des différentes interviews réalisées au sujet de la mortalité maternelle un consensus semblait se dégager du moins par la totalité des personnes appartenant au corps médical. Deux classes à risque ont été évoquées. Le primipares et les multipares ; ces deux classes correspondent chacune à une tranche d'âge précis. Pour ce qui est de la première catégorie elle concerne exclusivement les jeunes mamans ; le mot jeune maman devrait se comprendre dans la double sémantique du terme. En premier lieu comme une femme d'un âge relative jeune le plus souvent d'une adolescente et en deuxième lieu comme une néophyte dans la maternité toute considération d'âge à exclure. Comme l'indique bien le Ndzengue Narcisse, Infirmier diplômé d'état :

D'abord je vais vous dire en ce qui concerne les âges, une grossesse est, n'est pas euh euh il y a les grossesses précoces et les grossesses tardives chez les mamans des fois qui ne sont pas du tout bien. Donc quand je dis grossesse précoce, c'est qu'il y a aussi des jeunes filles qui conçoivent avant 16 ans elle est exposée. Nous avons aussi des mamans qui conçoivent à plus de 40 ans franchement elles sont franchement exposées... bon ce qui concerne euh euh n'est-ce pas le nombre d'accouchement quand vous me parlez de multipare ou primipare, ça c'est le nombre d'accouchement... par contre celles qui conçoivent tardivement elles vont-elles seront fragiles Ce qui est mauvais c'est de concevoir tôt et d'accoucher tard. Ndzengue Narcisse (entretien, le 26/09/2020).

La seconde catégorie prend en compte les multirécidivistes dans la maternité ; par multipares il faut comprendre comme expliqué plus haut des femmes qui ont déjà connues à plusieurs reprises le chemin de la maternité elles doivent leur entrée dans cette population exposée par l'épuisement et l'affaiblissement que causent généralement sur leur organisme les multiples maternités.

5.1.2.1.2. Facteur sociale comme inclusion dans la communauté à risque

Le niveau de vie influence la condition de santé d'un individu la littérature sanitaire consacre plusieurs maladies qui sont causées ou ont leur propagation favorisée par le style de vie d'un individu. Il y a des maladies réservées aux pauvres et celles réservées aux nantis on avance souvent l'idée des maladies de civilisations, bref la relation entre la santé et le style sinon le niveau de vie est réel. Dans le cadre de l'accouchement aussi, des liens sont souvent évoqués. En

effet le niveau d'instruction le cadre de vie et le niveau des revenus sont autant de facteurs souvent montrés du doigt pour décrier les mauvaises conditions d'entretien d'une grossesse. Certains facteurs extérieurs au corps et appartenant à l'environnement sociale d'un individu contribuent à l'exposé au risque de mortalité au moment de l'accouchement. Deux approches sinon deux facteurs sont souvent retenus le niveau de vie et le niveau d'éducation.

Par niveau de vie, les économistes entendent générale la fonction de revenue à laquelle ont défalque le niveau général du prix pour voir le pouvoir d'achat. Le niveau de vie d'un individu est élevé s'il dispose d'un fort pouvoir d'achat ; en d'autres termes, si toutes dépenses comprises il reste une portion du revenu pouvant être allouée à l'épargne. L'épargne constituant au sens économique la fonction d'investissement dans laquelle la santé constitue une variable explicative les dépenses sur la grossesse relevant du secteur sanitaire il est loisible de constater que les personnes à faibles revenu sinon démunie comme l'essentielle de la population de Mfou ont beaucoup de mal à investir sur la santé ce qui explique le recours quasi systématique à la santé alternative dont les méthodes ont déjà été décriées dans le cadre de ce chapitre. La plupart des dépenses de santé maternelle se résume dans les CPN qui demandent de forts investissements au vu du revenu de la population en termes de déplacement pour se rendre dans des structures sanitaires adaptées équipées pouvant prendre en charge certaines complications natales comme le soulève madame Ongono :

On voudrait bien tous accoucher dans des hôpitaux dans des meilleures conditions de prises en charge possible mais hélas quand on regarde les poches et que l'on se rend compte qu'elles ne sont pas suffisamment fournies, on se rétracte, et on préfère faire comme d'habitude espérant que dieu le moment venu nous vienne en aide et que nous accouchons dans les meilleures conditions. Ce n'est pas qu'on refuse la médecine des blancs mais beaucoup plus parce que nous n'avons guère le choix on le fait faute de moyen. Parfois lorsqu'a le courage de nous rendre à l'hôpital quand on te donne l'ordonnance quand tu arrives à la pharmacie tu es découragé et la prochaine fois tu n'y vas plus. Ongono (entretien, le 05/10/2020).

Les CPN gages d'un accouchement réussi sont souvent négligé faute de moyen. C'est ce qui justifie la présence d'une forte quantité de personne démunie dans la population des personnes exposées au risque de mortalité maternelle. Un autre aspect de ce niveau de vie a trait à la promiscuité dans laquelle vivent ces populations promiscuité que renforce un niveau d'éducation relativement bas. L'éducation est une variable d'insertion ou non dans la communauté à risque de la mortalité maternelle pour plusieurs raisons. La première a trait à l'éducation sexuelle chez les bene et les Beti le sexe est sujet tabou on le découvre dans l'acte et

on n'en discute qu'entre les personnes de même génération les dangers d'une vie sexuelle non renseignée à l'avance expose souvent l'adolescent à des grossesses non désirée et précoce. Et comme déjà mentionné, une adolescente enceinte constitue un risque majeur de mortalité pour des raisons soulignées. En dehors de l'éducation sexuelle purement familiale qui pourrait être donnée à la jeune fille notons aussi l'éducation en général. L'« école des blancs » pour rester fidèle à la terminologie de la grande royale dans l'aventure ambiguë de Cheik Hamidou Kane est un creuset d'apprentissage à des bonnes méthodes et à une hygiène de vie confortable et assainie. L'école dès la puberté est généralement abandonnée au profit des petits travaux rémunérés comme vendeur ambulant à la sauvette surtout par la jeune fille ce qui l'expose aux assauts de certains individus qui veulent profiter de leur naïveté ou à défaut par des générations qui ont hâtent de se lancer dans la vie sexuelle.

5.1.2.2. Voix de remédiation dans la communauté à risque

Reconnaitre un problème en identifier la source n'est pas son éradication le problème n'est généralement le problème mais c'est l'attitude face au problème, la difficulté cesse d'apparaître dès que des voies de sortie commencent à être esquissées. Conscient d'existence d'une difficulté il ne reste plus qu'à adopter une attitude qui garantit une sortie d'impasse. Les problèmes de santé se règle par la mise en place des protocoles sanitaires qui empêche la survenance du même mal. De façon général la prévention constitue l'unique protocole de frein à la propagation d'un mal ; mais cette méthode s'avère efficace dans le cas des maladies à contagion causées par des organismes étrangers au corps humain on parle de vaccin, mais le cas des maladies non infectieuses ou des pathologies favorisant la mortalité comme l'est la grossesse l'unique solution préventive se trouve dans la promotion, la culture et l'éducation sanitaire.

5.1.2.2.1. Promotion de la santé maternelle

La promotion est une opération dont l'enjeu est de rendre plus accessible un produit par une augmentation de sa consommation auprès d'un marché cible. Cette définition propre au marketing peut s'appliquer au secteur de la santé comme étant une opération permettant à tout un chacun de bénéficier des produits et des services de la santé. La santé est un bien public au sens économique du terme en ce sens que sa diffusion bénéficie aux personnes qui en font acquisition mais elle est aussi auteure des externalités positives et plus du fait que sa consommation est caractérisée par un critère de non exclusion en un mot la santé bénéficie tout comme l'accouchement à toute la société. La diffusion du service de santé peut se faire soit par une promotion des techniques sanitaires soit par la vulgarisation des soins de santé. S'agissant de la promotion, elle s'occupe exclusivement de l'éducation à la santé maternelle elle vise à inculquer

à la population à risque des méthodes et des pratiques capables de sauver leur vie avant pendant et après la parturition. Elle concerne des campagnes de sensibiliser à la précocité de la vie sexuelle chez la jeune fille et au danger qu'elle court dans les grossesses précoces ; éduquer les parents sur les bienfaits de l'éducation sexuelle en famille. Bien plus il doit être menée l'éducation au diagnostic des grossesses par la maîtrise du cycle menstruel pour éviter les GEU. Sensibiliser les familles et surtout les hommes aux pratiques des visites prénuptiales pour éviter les pressions qui s'exercent sur la femme malgré son exposition en cas de grossesse due à son incapacité naturelle à porter un fœtus en son sein, promouvoir les CPN qui sont les variables explicatives de la plupart des accouchements réussis.

De plus la question des multipares elle aussi mérite une attention. La promotion de la santé maternelle pour ces dames qui naturellement sont exclues de la communauté à risque, et qui doivent leur insertion dans cet échantillon communautaire par un recours quasi fréquent sinon abondant à la procédure procréative mérite d'être menée. Cette promotion passe par le planning familial en sus des méthodes contraceptives mentionnées dans le cadre des primipares soulevées dans le paragraphe précédent. La promotion de la santé apparaîtrait alors comme une lutte préventive vis-à-vis de la mortalité maternelle parce qu'elle empêcherait aux femmes classées risquées de porter des grossesses qui pourront s'avérer au final fatales pour leur santé. A côté de ses mesures dés incitatives à la maternité du fait de l'appartenance au groupe risqué d'autres mesures peuvent être prises pour partager la joie de l'enfantement sans toutefois faire prendre des risques aux femmes ; elles se regroupent dans la vulgarisation de la gynécologie moderne.

5.1.2.2.2. Vulgarisation des techniques gynécologiques modernes

Les grossesses à risque les accouchements mortelles naissent nous l'avons mentionné de la méconnaissance et surtout du coup élevé de certaines solutions alternatives mises au point par la médecine moderne pour diminuer sinon enrayer la prise de risque par les femmes dans un contexte où la maternité la procréation est vue comme une finalité et un paramètre de féminité d'une épouse ou d'une femme tout court en socioculture Bène. La théorie des risques nous renseigne que trois méthodes existent dans la gestion du risque : l'éviter (ne pas prendre de risque du tout) sa diminution (éviter que le risque apparait avec l'ampleur maximale) le transfert (faire prendre le risque à une autre entité autre que soi-même) dans le cas de la mortalité maternelle, la première méthode apparait comme la crédible pour résoudre le problème de santé qu'elle constitue. La voie de contournement la mieux adaptée se trouve dans la vulgarisation des techniques gynécologiques et obstétricales modernes.

Dans la première partie de ce sous-titre, nous avons présenté une méthode préventive qui tenait à la promotion de la santé maternelle. Cette promotion apparaît comme toute nécessaire pour éviter une exposition à la mortalité maternelle, la vulgarisation des techniques médicales modernes constituent elle un frein à cette mortalité dans la mesure où elle apparaît comme des traitements curatifs au phénomène, non pas qu'elle permet de ramener d'entre les morts les mères ayant succombé à la dure épreuve que constitue la maternité ; mais comme moyen pour une femme marquée du sceau de personne à risque de pouvoir vivre la maternité sans courir à sa vie le moindre danger dû à cette maternité. Nous faisons ici une apologie des CPN et des PMA qui sont des détours sûrs contre la mortalité maternelle. Pour y parvenir la nécessité est dans l'équipement à défaut de la construction des centres sanitaires au plateau technique adapté pour tout type d'intervention ; ceci contribuerait à une bonne prise en charge et rapide des mères en travail.

Outre ce travail de construction et ou d'équipements des centres hospitaliers, la vulgarisation passe également par une accessibilité de ces techniques en guise de rappel, la population Bène de Mfou est pour la majorité paysanne elle ne peut supporter des investissements en santé d'un certains montants encore que les PMA se révèlent être des procédures onéreuses ou encore le recours au CPN qui demande des efforts en matière de transport et d'achat des produits pharmaceutiques demande aussi des sacrifices pécuniaires important et de façon régulière.

5.1.3. CPN déterminant de la santé maternelle et du succès d'accouchement.

Des entretiens menés auprès du personnel médical qui sont des auxiliaires de la procréation, et des témoins privilégiés de la mortalité maternelle ; il en est ressorti que la plupart des cas de mortalité maternelle sont dus à la mauvaise prise en charge des femmes enceintes avant pendant et après la grossesse. Avant permet de préciser à la femme sa classification dans le groupe-risque ou non, pendant permet d'anticiper sur tous les imprévus possibles d'avoir lieu le jour de la délivrance et après permet de se rassurer que la procédure ait été menée suivant les règles de l'art. Un sigle résume tous ces précautions nécessaires pour éviter le drame : CPN entendu consultation pré et néonatales. Il s'agit d'une batterie de tests qu'on fait passer à la future ou à la nouvelle mère pour s'assurer de son bon état de santé et se rassurer de sa capacité à endurer une grossesse. Ces consultations se tiennent en trois étapes et chacune d'elle vise deux objectifs afin d'annihiler tout risque de mortalité : le premier étant de se rassurer que la grossesse ne présente pas un risque sanitaire urgent pour la future ou la maman, le second traiter les risques

diagnostiqués, et le dernier permet de prendre toutes les dispositions pour que l'accouchement soit réussi au maximum.

5.1.4. Responsabilité du personnel et des structures de santé

Ce sont les responsabilités qui traduisent l'implication du personnel et les structures de santé dans le processus d'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène en particulier et en général au Cameroun. Il est donc question d'établir le rôle des uns et les autres dans ce processus.

5.1.4.1. Responsabilité du personnel

La responsabilité du personnel dans le cas de l'accouchement et de la mortalité maternelle est celle qui met en évidence la qualification du personnel. En effet, le personnel de santé qui exerce dans certaines structures de santé est parfois douteur du fait du professionnalisme qui met en doute la pratique ou la délivrance des soins de santé. Régine Ekobena l'affirme en disant :

Certaines structures de santé sont remplies du personnel dont l'efficacité est douteuse. Tu vas arriver dans un centre de santé qui dont le promoteur est un aide-soignant et qui recrute des IDE, quels résultats attendriez-vous de ce genre de centre de santé ? Ils vont donc se livrer à des préinscriptions d'ordonnances qui ne cadrent pas avec les problèmes de la parturiente juste parce que lors de leurs différents stages, ils ont copié ces ordonnances. Ce qui entraîne malheureusement des difficultés qui conduisent à des complications durant le processus de grossesse.

Régine Ekobena (entretien, le 14/09/2020).

Les propos ci-dessus, mettent l'accent et fustige le profil du personnel de santé que l'on retrouve dans les centres de santé. En effet, certains personnels de santé ne parviennent pas à assumer leur profil et se donnent des titres qui ne cadrent pas avec la formation initiale reçue. Ce qui appelle le personnel de santé à assumer leur profil afin d'éviter des risques liés d'accouchement et de mortalité maternelle.

5.1.4.2. Responsabilité des structures de santé

Au sein des structures de santé, les responsabilités qui les incombent, sont d'ordres logistiques. En effet, les structures de santé doivent avoir un bon personnel de santé qualifié, de bonne moralité en vue d'accompagner les parturientes qui parfois présentent une mine capricieuse et de rejet de toute personne au sein de leur environnement. Aussi, ces structures de santé ne bénéficient pas souvent d'un bon plateau technique capable de mener à bien un accouchement qui affiche dès le départ certaines complications. Le devoir de ces structures de santé c'est de

pouvoir reconnaître leur incapacité et de prendre des dispositions afin de l'évacuer dans un centre qui répond aux caractéristiques des complications que présente la patiente. Esther Amougou le dit en ces mots :

Si je vais prendre notre cas, dans notre structure ici, sans vouloir nous lancer des éloges, dans notre structure, nous veillons à ce que même lorsqu'une femme rate une visite prénatale, puisque nous avons des contacts, on émet un coup de fil pour en savoir plus. Pourquoi maman ? Pourquoi Madame ? Tout étant gentil au bout de fil parce que vous ne connaissez pas où, à quel niveau est-ce qu'elle se trouve ou qu'est-ce qui l'a empêché d'être là. En effet, de se rapprocher d'elle pour en savoir plus ce qui fait que le ministère de la santé qui régule tout cela recommande en quelque sorte, qu'une femme durant la grossesse de 9mois, qu'elle est faite au moins trois visites prénatales adéquates. Et ici chez nous comme je vous l'ai dit au début, je ne me jette pas des fleurs, quand un cas présente des complications à l'arrivée, nous le renvoyons dans notre structure de santé de tutelle car ne disposons pas de moyen de pouvoir assumer un tel cas. Esther Amougou (entretien, le 14/09/2020).

De ces propos, deux responsabilités dues aux structures de santé se dégagent d'abord, celle liée à la santé de proximité. Ici, le devoir des structures de santé consiste à aller vers les personnes concernées afin d'établir les raisons qui l'ont poussé à manquer ou à interrompre les visites prénatales et cela est fait lorsqu'une femme n'a pas atteint le quota des CPN requis par le ministère de tutelle. Aussi, nous voyons ici la responsabilité de conscience morale qui met ici en évidence les capacités de la structure de santé à faire face à une prise en charge à l'absence du plateau nécessaire et les permettant de procéder à ce genre de prestation afin de garantir ou d'éviter les risques liés à l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène de Mfou-Cameroun.

5.2. APPROCHE GENRE COMME DÉTERMINANT DES RESPONSABILITÉS INDIVIDUELLES DANS L'ACCOUCHEMENT ET LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNÈ DE MFOU-CAMEROUN

L'approche genre est une démarche qui met en évidence les différences et les stratifications sociales qui sous-tendent les rapports sociaux et les opportunités offertes aux hommes et aux femmes au sein d'une société. En effet, de manière spécifique, la théorie du genre va s'appesantir sur les rôles disproportionnels à assigner au père, à la mère, aux enfants dans la communauté en s'appuyant sur le facteur de sexe. Cependant, dans cette partie de notre travail, il est question pour nous d'une interprétation anthropologique des inégalités liées aux

aspects de l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène. En d'autres termes, le rôle et la responsabilité de tout un chacun en matière de santé reproductive. Barbara Klugman dans : *transformer les systèmes de santé : genre et droits dans la santé de reproduction (2001)*, parlait déjà du droit en matière de santé de reproduction. Elle affirmait :

...nombreux dans le monde sont ceux qui ne peuvent jouir d'une véritable santé en matière de reproduction pour des raisons diverses : connaissances insuffisantes de la sexualité ; inadaptation ou mauvaise qualité des services et de l'information disponibles dans le domaine de la santé en matière de procréation ; prévalence de comportements seuls à hauts risques ; pratiques sociales discriminatoires ; attitudes négatives vis-à-vis des femmes et des filles ; et pouvoir restreint qu'exercent les femmes sur leurs vie sexuelle et leurs fonctions reproductives. Le fait que, dans la plupart des pays, les adolescents sont privés d'information et de services satisfaisants dans ce domaine les rend particulièrement vulnérables. Les personnes âgées des deux sexes ont des besoins spécifiques dans le domaine de la santé en matière de reproduction qui, souvent, ne sont pas pris en compte d'une manière adéquate.

En effet, selon ces propos, il est clair que la santé à matière de reproduction humaine est plus qu'un droit pour les femmes. La femme ou la jeune fille en âge de procréer sont tenues des droits fondamentaux à la santé reproductrice gage des résultats escomptés.

Ainsi, un regard anthropologique sur un certain nombre de variables permet de déterminer les responsabilités du genre dans le phénomène de l'accouchement et de la mortalité maternelle au sein de la communauté Bène de Mfou-Cameroun. Nous nous attelons dans les prochains paragraphes par le biais de la théorie du genre à présenter la responsabilité de la femme qui s'articule autour du suivi des CPN, du respect des règles d'hygiène, du respect de la santé nutritionnelle, du respect de la santé physique ; aussi, bien que peu reconnu, l'homme dans le processus d'accouchement tire également un certain nombre de responsabilité : financier, veiller au suivi des CPN de la femme enceinte et l'assistance morale auprès de celle-ci. Il faut d'ailleurs relever ici que l'approche genre a été introduite pour corriger les inégalités et permettre à tout le monde de participer au processus de développement et de bénéficier équitablement aux services sociaux, sanitaires, économique, politique etc. Cette approche nous permettra de mettre en évidence et de déterminer les responsabilités individuelles entre les hommes, les femmes et collectives vis-à-vis de la maternité et ceci en référence avec les normes et valeurs de la culture Bène. En effet, bien que perçu par la communauté comme un système qui

s'articule autour des divisions (stratifications) sociales entre hommes et femmes, le genre s'identifie comme un facteur d'intégration et de participation à la vie commune et établie par conséquent le rôle ou les responsabilités de tout un chacun dans un contexte où le genre est inscrit comme « *sexe social* ». En effet, le sexe social est un construit qui est déterminé par la communauté et renvoie au rôle de celui-ci dans la société. Laure, B., Sébastien, C., Alexandre, J., Anne, R, dans : *Introduction aux Gender Studies : Manuel des études sur le genre (2008)*, relèvent le caractère socioconstructiviste du genre et ses dimensions symboliques :

Le genre n'est pas seulement un système entre les sexes, mais aussi un système signifiant, qui structure fortement les catégories de pensée. La dichotomie féminin-masculin sous-tend en effet toute une série d'autres dichotomies fondamentales de la pensée, selon des modalités variables en fonction des sociétés¹¹. Dans les sociétés modernes occidentales, les oppositions suivantes sont structurées par la dichotomie féminin-masculin : faiblesse-force, sensibilité-rationalité, altruisme-individualisme, don-calcul, tradition-modernité, concret-abstrait, répétition-innovation... Ce constat donne aux analyses en termes de genre une portée plus large que la seule étude des rapports entre les femmes et les hommes. En effet, l'exploration de ces oppositions symboliques permet de repenser des phénomènes auparavant perçus comme neutre du point de vue du genre. Par exemple, dans le monde de l'entreprise, des normes telles que la compétitivité et le surinvestissement professionnel apparaissent sous un jour nouveau dès lors que l'on rappelle qu'il s'agit de valeurs socialement construites comme masculines. En retour, une telle analyse symbolique peut contribuer à expliquer la reproduction des inégalités matérielles entre les femmes et les hommes dans l'entreprise (cf. chapitre 4).

Au regard de ce droit de réponse sur le rôle et les dimensions symboliques du genre, il apparaît qu'ils sont compris en rapport avec la société. En effet, c'est la société qui construit les normes et valeurs qui déterminent le statut de tout individu au sein de la société. Autrement dit, les responsabilités de l'homme ou de la femme dans le cas de l'accouchement sont établies en fonction de la société mieux encore, selon la culture c'est-à-dire qu'une société peut à la fois imposer à ses membres les mêmes règles sans aucune distinction de sexe, pas de stratification ou d'inégalités envers les deux sexes : les femmes peuvent toutefois occuper ou exercer une ou telle fonction en lieu et place de l'homme et vice versa. Mais concernant l'accouchement et la

¹¹ Héritier, F., 1996, *Masculin-Féminin. La pensée de la différence*. Paris. O. Jacob.

mortalité maternelle, la femme a beaucoup de responsabilité puisqu'étant l'élément majeur et ces responsabilités des variables déterminantes au bon dérouler de son processus d'accouchement.

5.2.1. RESPONSABILITÉS DE LA FEMME

Comme souligné dans nos propos précédents, la femme enceinte doit au préalable respectée un certain nombre d'aléas pour la réussite ou le succès de sa grossesse. Le suivi des CPN, Le respect des règles d'hygiène, le respect de sa santé nutritionnelle et le respect de sa santé physique sont autant de variables qui incombent aux responsabilités de la femme durant le processus de fœtalisation. C'est ce que souligne Germaine Amombo lors de notre entretien au centre de santé de Nkolo Anga école :

La femme doit être responsable lorsqu'elle est enceinte, parce qu'il les femmes qui sont têtues, quand elle sait qu'elle a toujours eut à accoucher par exemple elle est une multipare, c'est-à-dire qu'elle n'est pas à son premier accouchement alors, elle se néglige et pense que ce n'est pas nécessaire d'observer un certain nombre de comportement capital pour sa santé en premier lieu et celle du bébé en deuxième lieu. Germaine Amombo (entretien, le 14/06/2020).

De même, Pamela Bete renchérit en disant ceci :

C'est difficile d'expliquer, parce que les femmes généralement sont têtues. Donc tu vas lui expliquer quelque chose, si tu fais ça, ça va se passer comme ceci. Elle va te dire, si c'est une multipare, elle va te dire ah ! moi, j'ai bien accouché sept fois, je n'ai pas eu de problème, donc je sais que ça va se passer normalement. Par contre, il y' a les accouchements se suivent et ne se ressemblent pas. Pamela Bete (entretien, le 14/06/2020).

De ces propos, deux notions apparaissent comme déterminant et fondent la non responsabilité qu'est tenue d'observer la femme lors du processus d'accouchement. Le premier est celui relatif à l'expérience dans le domaine de l'accouchement. En fait, après avoir eu à mettre au monde plus d'une fois, elle se voit dans une situation de routine qui selon notre informatrice peut s'avérer capital à sa vie et l'autre sans doute se dessine sur la négligence de la parturiente. Parmi ses responsabilités, le suivi régulier des CPN.

En outre, il faut souligner que la conduite d'une grossesse vers une expérience positive ne se résume pas au niveau des consultations prénatales. Plusieurs autres paramètres entrent en considération. Durant la période précédant la rentrée scolaire par exemple, les préparatifs vont le plus souvent bon train malgré certaines difficultés rencontrées. Ceci dans l'optique d'amener les

nouveaux élèves à intégrer positivement les classes, et les anciens élèves à renouer avec l'école dans les bonnes conditions afin d'obtenir du succès en fin d'année. Pareillement, hormis les grossesses non désirées, toute grossesse doit se préparer peu avant la conception. En effet, le couple et surtout la femme, devraient observer un certain nombre de principes et pratiques tant du ressort médico-sanitaire, alimentaire, physique, que socioculturel. Le but de ces prédispositions est de garantir un environnement favorable, paisible à la fécondation, au fœtus. Ceci contribue donc aux résultats satisfaisants en suivant de manière systématique les principes de gestion d'une grossesse.

5.2.1.1. Suivi des CPN comme responsabilité fondamentale de la femme enceinte chez les Bène de Mfou-Cameroun.

Les CPN, dans le processus d'accouchement, constituent l'une des variables qui déterminent le résultat estompé. En effet, elles sont généralement du ressort de la femme entièrement et bénéficient de l'accompagnement de l'homme toutefois financièrement et moralement. Mais cependant, dans le cas de certaines femmes, nous parlerons de conscience. En effet, les femmes sont de plus en plus conscientes de la santé de reproduction. Il faut noter cependant que certains examens sont inscrits aux préalables et conditionnent le suivi CPN, nous avons par exemple : le PCV, la Syphilis, la chlamydiae, le VIH/SIDA etc. mais également l'électrophores qui est un examen qui peut à la fois déterminer le statut sanguin des deux géniteurs s'ils sont compatibles ou pas, mais aussi éviter une probable naissance des enfants nés drépanocytaires. Notre informatrice, Odile Ndoumba le dit en ces mots :

De nos jours, nous avons affaire à des mamans un peu plus conscientes, oui un peu plus conscientes, je ne sais pas pourquoi, je ne peux pas le dire, mais nous avons à faire à des mamans un peu plus conscientes, parce que l'âge chez nous ici, si je consulte mon carnet, la femme la plus âgée qui fait les visites prénatales ici chez nous a 37 ans. Je lui avais dit que vraiment maman, c'est déjà très, très, très, un peu trop avancé, pas qu'avancé, c'est déjà un peu trop avancé. Bon, elle m'a donné ses raisons, on n'a qu'à la garder, mais franchement, elle respecte scrupuleusement tout ce qu'on lui dit. Sauf si arrivée à la maison, elle ne le fait pas, mais, quand même, quand on essaye de consulter la visite et tout ce que cela comporte, elle est up et elle a fait tous ses enfants. Odile Ndoumba (entretien, le 23/08/2020).

Aussi, le suivi régulier et le respect des CPN, font parties des responsabilités indéniables de la femme en contexte de grossesse. Brice Essono l'indique par ailleurs :

Les consultations prénatales constituent la clé de compréhension de l'état de santé d'une femme enceinte. Elles nous situent sur les potentiels risques pouvant entraver au bon développement de la grossesse et même à les prévenir. La responsabilité de la femme est de les mener à bon terme jusqu'au dernier examen préinscrit et demander par la sage-femme ou le gynécologue. Brice Essono (entretien, le 17/09/2020).

Les propos ci-dessus, témoignent des responsabilités qui engagent une parturiente en situation de grossesse et de là, découle l'importance des CPN dans le processus de développement normale et sécurisé d'une grossesse. Il apparaît de ce fait, que cette responsabilité incombe en tout premier lieu à la femme enceinte. D'abord, les CPN sont garantes de son état de santé et celle du nouveau et d'autres part, elles permettent d'anticiper les risques liés à l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène de Mfou-Cameroun en particulier et chez toutes les femmes en contexte de santé de reproduction. Voici ainsi présenté, quelques responsabilités qui traduisent l'approche genre nommément celle de la femme qui s'avère primordiale pour sa santé et celle du nouveau-né. Nous pouvons dès lors affirmer que cette responsabilité est établie du fait de la conscience de la parturiente à respecter le suivi des CPN et à prendre en considération et au respect stricte des recommandations du personnel de santé. Place à présent, au respect des règles d'hygiène.

5.2.1.2. Respect des règles d'hygiène

La préservation de la santé passe par une bonne hygiène corporelle. S'agissant de la femme enceinte, elle est tout autant différente car elle garantit la santé maternelle et celle du fœtus. Il s'agit en fait, dans ce point, de déterminer la responsabilité de la femme enceinte vis-à-vis de son hygiène de santé. Au-delà de l'aspect apparent, la femme enceinte se doit d'adopter un comportement sain à l'endroit de son corps. Cette hygiène n'est pas seulement celle qui se réfère à son intimité mais aussi l'hygiène qui se rapporte aux tenues vestimentaires. C'est d'ailleurs ce qu'indique Maïté Domingues, sagefemme, dans : *soins de confort et de bien-être, cours étudiants, actus étudiants (05/05/2009 mise à jour le 17/06/2011)* :

La femme enceinte doit se protéger du froid en s'habillant chaudement. Cette précaution est une mesure prophylactique essentielle de la toxémie. Il est conseillé : de porter des vêtements amples et souples ; de prendre un soutien-gorge de grossesse adapté au volume des seins ; de proscrire les chaussures à talons hauts ; d'éviter les vêtements qui compriment ou entraînent des strictions des membres.

De même, s'agissant de l'hygiène corporelle, elle renchérit en disant :

Il est conseillé aux femmes enceintes : de se laver souvent les mains, avant et après les repas ; de se brosser les dents après chaque repas ; de se doucher quotidiennement ; de privilégier la douche au bain ; d'éviter la douche vaginale ; de se protéger le visage avec une crème protectrice type « écran total » lors d'exposition au soleil afin d'éviter l'apparition de taches brunes inesthétiques.

Enfin, elle pose d'une responsabilité 'une hygiène de vie assez sereine. Elle affirme :

Les activités douces et régulières sont préconisées (marches etc.). Les rapports sexuels peuvent être poursuivis durant la grossesse sauf en cas de contre-indication médicale (modification du col = risque d'accouchement prématuré). La femme enceinte doit éviter les transports inutiles, les voyages et privilégier le repos. Pendant la grossesse, un temps de sommeil d'au moins huit heures par nuit est conseillé. Toute consommation de tabac et de drogues doit être interrompue pour un bon déroulement de la grossesse. Pour prévenir la toxoplasmose chez les patientes non immunisées, il est nécessaire de suivre les précautions alimentaires citées ci-dessus et d'éviter les chats et le contact avec leurs excréments. Si la femme enceinte possède un chat, il lui est conseillé de confier la désinfection à l'eau de javel du bac à litière à une tierce personne ou, à défaut, de toujours porter des gants pour cette manipulation et de mettre tout le temps des gants pour jardiner.

De ces propos, se dégagent les responsabilités hygiéniques de la femme. Il faut noter ici la conscience individuelle de celle-ci qui l'interpelle du moins à observer certaines règles d'hygiènes qui sont nécessaires au bon épanouissement de la santé aussi bien de celle de la mère que celle du fœtus. De ces responsabilités hygiéniques, interviennent celles liées à la nutrition.

5.2.1.3. Genre et santé nutritionnelle en contexte de grossesse

Une femme enceinte doit au préalable manger équilibrer. En effet, une grossesse qui se développe bien est celle qui bénéficie des avantages liés à une alimentation saine et équilibré. Une grossesse doit être entretenue avec des aliments énergétiques : comme le souligne Maïté Domingues, elle doit comprendre des minéraux, des oligoéléments, des vitamines et des apports liquidiens en qualité suffisante pour assurer un déroulement normal de la grossesse. Ainsi, elle affirme :

L'alimentation de la femme enceinte doit s'adapter à ses besoins personnels et à ceux du fœtus. La femme ne doit pas suivre de régime alimentaire sans avis médical et ne doit pas « manger pour deux ». La prise de recommander est de l'ordre de 1 kg par mois jusqu'au septième mois et de 2 kg par mois les deux derniers mois de la

grossesse. Une alimentation saine, variée et équilibrée est conseillée pendant la grossesse. Elle permet de couvrir la totalité des besoins nutritionnels. Il est préconisé : de manger au moins cinq fruits et légumes par jour ; de ne pas sauter de repas ; de répartir les apports alimentaires au de la journée, soit trois repas et deux collations, pour éviter les fringales, les grignotages, les hypoglycémie, les nausées ; de bien laver les fruits et légumes, pour éliminer toute trace de terre et les éplucher s'ils sont consommés crus ; de privilégier la variété des féculents ; de manger les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés, exceptés les fromages au lait cru ; de bien cuire es viandes et les poissons ; de supprimer les charcuteries, les viandes crues, fumées ou marinées, les poissons crus ou fumés ; de privilégier les matières grasses d'origine animales, les aliments à base de soja, les aliments gras et sucrés, la consommation de produits salés, etc.

De ce point de vue, il est clair que la santé nutritionnelle de la femme enceinte est l'une des responsabilités qui s'avère le plus importante dans le processus de développement de la grossesse. Une nutrition équilibrée permet à la femme d'être à l'abri d'un certain nombre de difficultés pouvant perturber la croissance et le bien-être de la femme aussi bien que celui du bébé. Il est donc du devoir de la femme de bien se nourrir en aliments énergétiques afin d'éviter les problèmes liés au masque de grossesse et la prise de poids anormale qui peut occasionner des complications d'accouchement et déboucher par un accouchement difficile qui peut probablement conduire au décès de la mère. Il est donc nécessaire et recommander à la femme enceinte de respecter et d'adopter une santé nutritionnelle appropriée et indiquer par le personnel de la santé. La santé nutritionnelle de la femme est un déterminant qui incombe aux responsabilités de la femme et qui par conséquent détermine une bonne santé à la mère et permet un bon développement et croissance du fœtus dans l'organisme de sa mère.

5.2.1.4. Respect de la santé physique

Il est du ressort de la femme enceinte à effectuer certains exercices physiques qui sont nécessaires à sa santé physique. En effet, une femme enceinte ne doit pas rester allonger durant toute la journée ou le reste de son temps. Elle est appelée à vaquer normalement dans ses occupations, tel que faire la cuisine, faire la lessive, etc. Par conséquent, elle est tenue de faire de la marche sportive au moins 1h de temps par jour à compter du cinquième mois au plus tard. Ces exercices physiques participent du maintien de l'état organique et corporel en bonne santé. C'est ce que nous indique May Ruchat, Ph. D., Professeur au Département des Sciences de l'Activité

physique, Université du Québec à Trois-Rivières, dans : *Équipe Naître et Grandir (2018)*, il renseigne :

L'activité physique est une composante essentielle du mode de vie de la femme enceinte ; l'activité physique durant la grossesse est non seulement sécuritaire, mais apporte aussi de nombreux bienfaits pour la santé de la femme et de son futur enfant ; toutes les femmes enceintes qui ne présentent pas de contre-indications à l'exercice devraient faire, toutes les semaines, 150 minutes d'activité physique variée d'intensité modérée ; les femmes qui étaient inactives avant de tomber enceintes devraient, dès le début de leur grossesse, augmenter peu à peu leur niveau d'activité physique pour atteindre les recommandations.

Dans ces propos, nous relevons l'importance et les bienfaits de l'activité physique. Il apparaît donc que l'activité physique chez la femme permet de limiter les risques de prendre le poids, une diminution des risques d'hypertension artérielle et prééclampsie, améliore une bonne condition physique et diminue les risques d'essoufflement, permet aussi une diminution des interventions médicales lors de l'accouchement et enfin, elle permet la réduction du risque de gros bébé qui conduit aux déchirures vaginales lors de l'accouchement. Voilà ainsi présenter, l'approche genre du point de vue des responsabilités individuelles qui incombent à la femme enceinte dans une situation de grossesse. Place à présent, à celles qui traduisent celles de l'homme vis-à-vis de sa femme enceinte.

5.2.2. RESPONSABILITÉS DE L'HOMME

Au même titre que la femme, l'homme a une part de responsabilité au sujet de l'accouchement. En effet, l'approche genre préconise l'égalité de sexe en ce qui concerne la sexualité et la vie conjugale. Au-delà des préjugés qui sont souvent observés du fait de la participation et de l'intégration de l'homme activement dans la vie conjugale en contexte de grossesse, l'identité de celui-ci est mise à mal du fait qu'il s'approprie du rôle qui n'est pas le sien dans la communauté. En négro-culture, c'est la société qui détermine les responsabilités des uns et des autres face à un phénomène social. Dans le cas de la grossesse, l'homme est tenu de jouer certains rôles afin d'accompagner la femme enceinte dans le processus de développement de la grossesse et l'accouchement. Parmi ceux-ci : l'apport financier, le suivi permanent des CPN par la femme enceinte et l'assistance morale qui est beaucoup plus préconiser.

5.2.2.1. Responsabilité financière

Faute d'argent, il est quasiment impossible d'atteindre les résultats estompés dans le processus d'accouchement. La responsabilité financière est du ressort des deux parties que ce

soit la femme ou l'homme, mais beaucoup plus de l'homme. Il est du ressort de ce dernier d'accompagner la femme dans le suivi des CPN à travers la disponibilité financière pour accompagner la femme dans la réalisation des examens prénataux, de l'achat des médicaments nécessaires à sa santé et à celle du fœtus, de la préparation en grande partie de la layette et de prévoir de l'argent en cas de complication dans le développement de la grossesse ou pendant l'accouchement. En l'absence du nerf de la guerre, il est risqué de mener à bien une grossesse à bon terme.

Aussi, il est du ressort de l'homme de s'assurer que la femme mène bien ses visites prénatales et ne manque en aucun cas ses visites. Cette responsabilité participe de l'intégration de l'homme dans le corps d'une femme. En effet, l'homme doit se mettre un instant dans le corps de sa femme enceinte afin de mesurer les risques liés à l'absence des CPN.

5.2.2.2. Assistance morale

Soumise à des caprices de types émotionnels, la femme enceinte est en manques d'affections et c'est le lieu ici pour l'homme de manifester plus sa présence à ses côtés. Alfred Dengue, infirmier, parle plutôt d'une femme tourmentée en contexte de grossesse. Il le dit ainsi :

Dans sa tourmente, le premier rôle ou responsabilité de l'homme et durant même l'acte d'accouchement, s'il est même possible de l'assister, il faut l'assister. Vous allez être auprès d'elle, vous allez lui dire tout ce qui est bien et elle va se mettre en confiance que voilà oui mon homme est avec moi, ça veut dire que rien ne va m'arriver. Etant donné que vous êtes tout puissant à ses yeux. Quand elle sait que vous êtes là, puisse la femme est comme un enfant, elle se sent en sécurité et galvanisé. Par exemple, quand vous accompagnez votre enfant dans la rue, il sait que même une grue ne peut rien faire et après l'accouchement, il faut toujours être là, il faut toujours être là pour lui dire que non, nous avons un beau bébé, des mots doux, toujours venir avec des petits présents, voilà chérie, voilà chérie, voilà chérie, vous allez voir que tout ira bien, en fait, il faut satisfaire la maman. Alfred Dengue (entretien, le 26/09/2020).

De même, pour renchérir ces propos, Donacien Abada, affirme :

Pour prendre mon cas, je suis un géniteur, ma responsabilité est d'abord, au fait pas que d'abord, il est d'accompagner la maman dans toutes ces étapes-là, être attentionné. Là c'est-à-dire, durant même la grossesse franchement, faites la fine bouche. Nous les hommes, nous devons comprendre quelque chose, durant la grossesse, il y a des hommes, des femmes, que dès qu'elle a conçu de toi, c'est

comme si une haine naissait entre vous deux au point où elle n'arrive plus à te supporter. Vous donc vous devez épouser cela, prendre cela comme étant une déviance que vous devez surmonter. Faites tout et tout pour que vous soyez auprès d'elle et être une nouvelle personne auprès d'elle, elle vous prend pour un ennemi, mais par contre, vous le faites pour prouver le contraire de ce qu'elle pense dans la tête. Donatien Abada (entretien, le 13/09/2020).

Enfin, Yvonne Brigitte Bekono, s'agissant du traitement conjoint et l'assistance de l'époux. Elle dit :

En Afrique, tout homme a au moins deux femmes ou copines. Pendant que sa femme à la maison est enceinte, il ne va arrêter les rapports avec l'autre de dehors. Il y a des femmes qui pendant la grossesse le rapport sexuel devient difficile du fait des caprices, alors en allant dehors, il ramène une infection à la maison. Au moment où celle-ci va se consulter à l'hôpital cette infection est détectée et alors un traitement conjoint est préinscrit pour l'occasion et parfois quand la femme le dit à son homme ça devient compliquer, en un mot il refuse. C'est donc là qu'intervient la responsabilité de l'homme vis-à-vis du bien-être de sa femme. Yvonne Brigitte Bekono (entretien, le 14/09/2020).

De ces trois affirmations, il se dégage deux types de responsabilités dument reconnues à l'homme dans le cadre de l'accompagnement d'une femme enceinte. D'abord, les la responsabilité d'acceptation ou de reconnaissance du statut de géniteur. Il doit savoir que sa femme doit suivre par exemple les CPN, dont sa responsabilité est de fournir les moyens nécessaires pour l'accompagner dans son périple. En fait, il est le premier « personnel de santé » auprès de sa femme. Aussi, le changement de comportements auprès de celle-ci est primordial, du fait que la femme est soumise à de fortes pressions psychologie qui mettent en branle ses états émotionnelles et qui affectent en retour tout son environnement. Au regard des responsabilités liées à l'approche genre, il en découle celles qui incombent aux personnels de santé et aux structures sanitaires.

5.3. APPROPRIATION DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA MORTALITÉ MARTERNELLE CHEZ LES BÈNE COMME CONSTRUCTIF, INDIVIDUEL ET COLLECTIF

La spécificité des communautés dans le traitement et la compréhension de certains phénomènes sociaux, s'inscrivent dans la domiciliation de ces derniers dans une aire culture bien précise. La logique identitaire propre à une société permet cependant, de comprendre

l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène de Mfou Cameroun. En effet, l'accouchement et la mortalité maternelle sont présents dans toutes les sociétés au monde. Mais, les déterminants et les variables qui déterminent les difficultés qui concourent à cette mortalité sont presque différentes d'une société à une autre. Chez les Bène de Mfou, ces difficultés prennent sens par l'entremise de la théorie culturelle interprétative et l'approche genre.

L'interprétation faite sur l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène a constitué la pierre angulaire de ce chapitre. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes permis, d'ethnographier les causes de ce phénomène en rapport avec la communauté Bène de Mfou ; puis, nous nous sommes focalisés sur les facteurs modernes, et sur ceux sociaux et culturels dans les chapitres précédents. L'accent a été mis sur les aspects modernes compte tenu du développement grandissant des centres de santé dans les villes ou villages du territoire national. La lecture faite de ce phénomène à partir de ces trois modèles d'analyse, nous permet de dégager une interprétation à partir des problèmes de santé ethnographié c'est à-dire, l'origine, les causes ou tout simplement les sources qui entraînent l'accouchement et la mortalité maternelle chez les Bène ; aussi, par le biais du principe de communauté à risque, celui-ci nous permet de présenter la femme comme être humain ayant des prédispositions de santé primordiale face à une communauté où le système de santé est à déplorer ; de même, le principe de déterminant de santé qui permet de garantir un accouchement sans risque à travers la prise en charge par les éléments issus de la culture Bène, cas de la consommation des cocotions faite à base des écorces d'arbres de la forêt : *ivovon*, *ekuck*, *efop ossuoé*, *asseng*, *eteng* etc. En bref, il s'agit d'une approche qui nous permet de maintenir ou d'améliorer le dispositif de santé afin de prévenir les risques liés à l'accouchement et la mortalité maternelle. S'agissant de l'approche genre, elle permet de déterminer les responsabilités individuelle et collective dans le processus d'accouchement. Ainsi, cette approche nous permet d'intégrer l'homme activement dans toutes les initiatives qui concourent au succès d'une grossesse. En effet, elle nous permet de faire sens à la responsabilité individuelle et collective où le phénomène prend corps. C'est ainsi qu'au même titre que la femme, l'homme à travers sa conscience, s'intègre dans le quotidien de la femme afin de lui apporter tout le soutien et aide nécessaire pour son accompagnement durant le processus de développement de la grossesse jusqu'au moment de délivrance et bien plus.

CONCLUSION

Arrivé aux termes de ce travail, il est important de rappeler d'une part ; le contexte, le problème, la problématique, les questions de recherche, les hypothèses, les objectifs, ainsi que la démarche méthodologique qui ont canalisé notre recherche, et d'autre part les résultats atteints. En effet, notre recherche traitait de la thématique de la mortalité maternelle, et intitulée ; /*AWU MBIÉ*/ OU « MORTALITÉ MATERNELLE » À MFOU, RÉGION DU CENTRE-CAMEROUN : UNE CONTRIBUTION À L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE.

Sur le plan contextuel, cette recherche s'est inscrite dans le cadre d'un élan de maternité sans risque au niveau international, régional, national, et local (Mfou). En effet, les taux alarmants de décès maternels enregistrés au sein des pays en voie de développement ont conduit à de multiples actions dont le Cameroun s'est avéré bénéficiaire à diverses échelles. De plus sur le plan national en général, et local en particuliers, plusieurs initiatives ont été entreprises dans le domaine de la santé maternelle et néonatale avec pour but réduction de la mortalité maternelle. Cependant, malgré ces apports institutionnels et opérationnels, la mortalité maternelle se lisait toujours forte résistante. Ainsi donc, le problème de recherche que nous tentions d'élucider, portait sur l'étiologie de la mortalité maternelle en contexte Bène de Mfou, région du Centre Cameroun. Malgré ces avancés et prouesses dont l'objectif statue la limitation de la prévalence des décès maternels au Cameroun en général et dans l'arrondissement de Mfou en particulier, la socioculture Bène faisait montre de disparité quant au choix d'un itinéraire de santé maternelle pour le suivi de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement. Telle s'est située de façon succincte la problématique de notre recherche. Les questions de recherche ayant contribué à la canalisation de notre recherche étaient de deux ordres ; centrale, et subsidiaire. La question centrale était donc de savoir quel est le fondement culturel de la mortalité maternelle dans la socioculture Bène de Mfou ? Tandis que les questions secondaires étaient au nombre de trois dont la première se focalisait sur les causes et facteurs des décès maternels avant, pendant et post-partum chez les Bène de Mfou, la seconde quant à elle portait sur les représentations ou le regard porté sur les décès maternels. La troisième question spécifique était enfin de savoir comment entreprendre des solutions adéquates d'endiguement de cette mortalité maternelle résistante ?

Ces questionnements de la problématique ont permis d'émettre des hypothèses cadrées équitablement aux différentes questions. Ainsi, l'hypothèse principale renseignait que la mortalité maternelle trouve son sens dans les normes et pratiques culturelles de la socioculture Bène, objet de notre recherche. En ce qui concerne les hypothèses subsidiaires : - la première situait l'étiologie de la

mortalité sur la plan culturel, infrastructurel, et naturel, - la seconde hypothèse stipulait que le regard porté par la communauté est d'ordre socioculturel, - la troisième enfin faisait une ébauche de circonscription de la mortalité maternelle chez les Bène à travers une considération des mesures culturelles, sociales, et naturelles. De ces hypothèses, se sont définis des objectifs.

L'objectif général visait la compréhension du fondement culturel de la mortalité maternelle au sein de la socioculture Bène; lors de du processus de gestation en passant par la délivrance et 42 jours après. Cet objectif principal s'étendait sur trois objectifs secondaires destinés à une intégration du phénomène sous toutes ses dimensions au sein de la communauté Bène. Dans cette perspective, le premier objectif spécifique a consisté à documenter l'étiologie des décès maternels au sein de la socioculture Bène. Le deuxième, s'est focalisé sur le décryptage des conceptions, perceptions, et représentations des décès maternels. Le troisième objectif quant à lui, était centré sur l'identification des moyens d'endiguement de cette mortalité maternelle.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons opté pour une étude transversale conciliant une démarche méthodologique organisée en deux volets : la recherche documentaire et la recherche de terrain. La première nous a permis de faire une collecte des données écrites en vue de présenter le cadre physique et humain de notre site d'étude en fréquentant diverses bibliothèques. Dans le même ordre d'idée, cette recherche documentaire a mis en relief la consultation des travaux de nos prédécesseurs dans le monde, en Afrique, au Cameroun et dans certaines communautés au Cameroun. Ces productions ou études réalisées dans le domaine de l'accouchement et de la mortalité maternelle ont permis de réorienter notre recherche en la situant dans de nouvelles perspectives de la recherche en générant l'originalité. En ce qui concerne la recherche de terrain, il était nécessaire de s'immerger dans la communauté afin de créer une familiarité avec les pratiques et normes du groupe. Notre échantillon a inclus en particulier les professionnels de santé, les sages-femmes traditionnelles qui s'inscrivent également dans la logique du personnel de santé. Mais, aussi, les personnes impliquées dans ce processus telles que le responsable de la grossesse et les femmes enceintes en particulier puisqu'étant au centre de la présente recherche. En vue de la vérification de nos hypothèses de recherche, la collecte de données sur le terrain s'est faite à partir des méthodes et techniques précises. L'observation, l'entretien, la discussion sont entre autres les méthodes qualitatives déployées. Elles ont impliqué des techniques et outils de la recherche tels que ; l'observation participante et passive, les entretiens approfondis individuels, les FGD, et les récits de vie, un appareil photo, les guides d'entretien et une grille d'observation. Aussi, la méthode de la recherche quantitative a-t-elle été

mise en exergue afin de situer la lanterne sur le taux et ou la croissance de ce phénomène dans la socioculture Bène. Elle nous a permis de déterminer le niveau de mortalité lié aux différentes causes qui concourent à la mortalité maternelle dans ce milieu passant par l'étude des fréquences des étiologies les plus observées de ce phénomène. Cet ensemble d'éléments nous a conduits à l'atteinte des résultats dont le sens s'est fait à partir d'un cadre théorique constitué de l'ethnométhodologie, genre, et la théorie socioculturelle du risque.

Dans cette perspective de résultats, il est à noter que dans l'aire culturelle Bène, l'accouchement et la mortalité maternelle ont plusieurs dénominations. La première est appelée : *Abié, àveh eying, Áfoué mvong* qui signifie : donner la vie, accoucher. La deuxième : *awu mvə eying* ou *awu mbié*, qui littéralement, renvoie au décès de la donneuse de vie. Aussi, cette recherche a-t-elle permis de produire le résultat qui renvoie à l'étiologie de la mortalité maternelle, principal problème de recherche. Ainsi, faut-il savoir que les causes liées à ce phénomène sont d'ordre culturel en plus des facteurs infrastructurels et économiques. En d'autres termes, les sociétés traditionnelles africaines ont également une rationalité qui leur permet de mieux se définir par rapport aux autres cultures. C'est pour cela qu'elles n'entendent pas céder au gré des propositions extérieures à leur système de restitution de santé pouvant affecter le processus de grossesse. Il ne s'agit donc pas de rester figer dans le monde moderne, mais plutôt de se fier également aux bases traditionnelles réelles ayant permis à ces univers de culture de vivre jusqu'à ce jour. Autrement dit, la modernité ne signifie pas abandon du passé à travers la rationalisation des comportements et des manières d'agir et de faire. Elle ne peut non plus renforcer la position de ces types de sociétés qui puisent toute leur énergie dans les legs ancestraux, et qui servent pour la gestion du présent et de l'avenir. Les coutumes ancestrales font donc abstraction de l'universalité parce que, faire appel à cette dernière signifierait une crise de valeurs anciennes. Autrement dit, les cultures ancestrales ont mis sur pied un certain nombre de mesures destinées à résoudre le problème de décès maternel par l'entremise des éléments de la nature tel que certaines essences d'arbres issus de la forêt et sont destinées à prévenir les risques liés à la grossesse, à l'accouchement, ou post-partum. Toutefois, dans le passé, en l'absence des structures modernes de santé, ce phénomène avait toujours bénéficié de l'appui des éléments de la culture à travers la prise en charge de ces parturientes par les accoucheuses traditionnelles.

Aussi, après la dénomination et l'étiologie ; l'appréhension de l'accouchement et de la mortalité maternelle tient compte de la disponibilité des structures de santé, des professionnels de santé, des plateaux techniques adéquats pour une bonne prise en charge des personnes cibles en

l'occurrence la femme enceinte. Enfin, la responsabilité des uns est des autres est de mise pour la réalisation d'un bon accouchement à terme. La responsabilité consciente de la parturiente elle-même au suivi régulier des CPN et aux respects des règles d'hygiène édictées par les professionnels de santé d'une part, et le respect des normes culturelles régissant la santé de la grossesse et des accouchements. De même, le responsable de la grossesse n'en est pas du reste. Il est chargé de veiller au strict respect des CPN par sa conjointe tant auprès des structures modernes que traditionnelles selon l'indispensabilité et l'assister de temps en temps si cela est nécessaire. Ces résultats ont également pris sens à partir des principes de la théorie socioculturelle du risque qui a pour but de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'une localité donnée, rendant possible l'accès à un ensemble de services et normes socioculturelles qui répondent de manière nécessaire aux besoins de la population cible. C'est le cas du recours aux éléments de la nature issus de la forêt : l'*asseng*, *ivovon*, *ekug*, *efop* *ossuoé*, *asseng*, *eteng* etc. Ces différentes essences permettent de trouver des solutions à certains problèmes que connaît la femme enceinte, celle en travail, ou la parturiente. En fin, chacune des deux parties à savoir le géniteur et la génitrice ont une part de responsabilité. Responsabilité individuelle que nous considérons ici comme conscience de tout un chacun. En d'autres termes, les responsabilités individuelles de l'homme et de la femme vis-à-vis de la maternité. Par ailleurs, ces résultats étant contextuel, il serait opportun d'envisager l'endiguement de la mortalité maternelle au Cameroun à travers une extension de l'étude anthropologique des grossesses et accouchements dans d'autres sociocultures.

SOURCES

SOURCES ECRITES

1. Ouvrages généraux

- AUGE M., ET HERZLICH C.**, 1983, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Editions des archives contemporaines, 278 P.
- ASHFORD LORI, MAKINSON CAROLYN**, 1999, *Santé de la reproduction ; politiques et pratiques*, Edition PREB. 133p
- FASSIN D., JAFFRE Y.**, 1990, *Société, développement et santé*, Paris, Ellipes, 166P.
- HOURS B.**, 1986, *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, Collection Connaissance des hommes, Edition L'Harmattan, 165 P.
- MALINOWSKI B.**, 1970, *Une théorie scientifique de la culture*, Edition Seuil, 188 P
- RALPH LINTON**, 1995, *Fondement culturel de la personnalité*, Bordas Editions, 138 P.
- RIVIERE CLAUDE**, 1999, *Introduction à l'anthropologie*, Collection Les Fondamentaux, Paris, Edition Hachette Supérieur, 156 P.
- TYLOR**, 1871. *Primitive Culture, Vol I*, Dover Edition, Inc., New York, 03rd Ed 2016, 423 P.
- TYLOR**, 1873, *Primitive Culture, Vol II*, Dover Edition, Inc., Mineola, New York, 03rd Ed 2016, 368 P

2. Ouvrages spécifiques

- BENOIST, Jean.**, 1996, *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Kharthala. 520 P.
- BYROON, I G.**, 1994, *Medicine rationality and experience, An Anthropological perspective*, published by the press syndicate of the University of Cambridge. The Pitt Building Trumpinton shreet, cambridge. 262 P.
- CARRICABURU, D.**, 1994, *Les sages-femmes face à l'innovation technique in Aiach*, P. et Fassin, D., Ed. Les métiers de la santé Paris, 152p
- CISSE CT, MARTIN SL, et al.** 1996 *Mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU de Dakar : Situation actuelle et tendances évolutives entre 1987 et 1994*. Médecine d'Afrique Noire :43(4). 71P.
- CORCUFF, Philippe.**, 1995, *Les nouvelles sociologies*. Paris, Armand Colin. 128 P
- DEALMEIDA MF., ALENCAR GP., SCHOEPS D.**, et al. 2011, *Survival and risk factors for neonatal mortality in a cohort of very low birth weight infants in the southern region of city*. Cad Saude Publica, 236p.

- DESJARLAIS, R., EISENBERG L., Byron G., et Arthur KLEINMAN., 1995, Santé mentale mondiales : problème et priorités dans les pays à faible revenu.** New York : Presse d'Université d'Oxford. 432 P.
- DZOSSA A. D., et TCHAMGOUE H., 2010. Santé de l'enfant** in INS, MINEPAT, MINSANTE et al., 2012, *Cameroun enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*, 576p.
- FOUDA ETOUNDI, Engelbert., 2012, La tradition Beti et la pratique de ses rites.**
Yaoundé. Ed. SOPECAM. 144 P.
- GELIS, J., 1984, L'arbre et le fruit,** Paris, Fayard. 612 P.
- HARDON, A., et al 1995, Applied health research manual, Ant of health and health care.**
Mahidol University Center for health policy studies, De La Sale University. 403 P.
- HERITIER, F., 1996, Masculin-Féminin. La pensée de la différence.** Paris. O. Jacob. 332P.
- JAZET E., WOUNANG R. 2011, Etat nutritionnel, allaitement et pratiques alimentaires** in INS, MINEPAT, MINSANTE et al., 2012, *Cameroun enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*, 576p
- KAMGHO TEZANOU B. M., NGONO G., 2011.Mortalité des enfants** in INS, MINEPAT, MINSANTE et al., 2012, *Cameroun enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*, 576p
- LAPLALINE, F., (1986). Anthropologie de la maladie.** Paris, Payot. 411 P.
- LIBITÉ P R., BARRÈRE B, 2011. Mortalité adulte et mortalité maternelle**249-255, in INS, MINEPAT, MINSANTE et al., 2012, *Cameroun enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*, 576P.
- MEAD, M., 1973. Sexe et tempérament dans les sociétés primitives.** Barcelone : Laia. 120 P.
- MBONJI, E. 2005 ; L'ethno-perspective ou la méthode du discours de L'ethno Anthropologie culturelle.** Presses Universitaires de Yaoundé, 269 P.
- MEBENGA TAMABA, Luc., 2009, Anthropologie des rites funéraires en milieu urbain Camerounais,** Paris, Harmattan, 270 P.
- MEBENGA TAMBA, L., 2015, Funérailles et mutations sociales en Afrique.**
Allemagne, Editions universitaires européennes. (Sp)

- MOLINA, Y., 2010.** *Théorie du genre Contributions aux sciences sociales.* Université de Malaga, 70 P
- NGONO G., EVINA., 2011.** *Santé de la reproduction* in INS, MINEPAT, MINSANTE et al., 2011, *Cameroun enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*, 576p
- NJOH MOUELLE Ébénézer., 1970,** *De la médiocrité à l'excellence, Essai sur la signification humaine du développement.* Ed. CLE-Yaoundé. 408 P
- RAYMOND M., 1995a** *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé, Éditions Gaëtan Morin, 326pages*
- PRUAL, A., 1999 b,** *Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque ? Santé publique, 185P.*
- RETEL L. A., 1987.** *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles.* L'Harmattan, Paris, 494 P.
- VAHABI S., HAIDARI M., et al, 2010;** *New assessment of relationship between Apgar score and early neonatal mortality.* Minerva Podiatry. 252p.
- WHO/UNICEF/UNFPA, 2002,** *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA, Geneva, World Health Organization, 39 p.*
- ZIEGLER Jean., 1975,** *Les vivants et la mort.* Paris, Seuil. 330 P.

3. Articles et Journaux Scientifiques

- ALIHONOU E., DAN V., AYIVI B., et al. 1991,** « *Mortalité néonatale au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou : incidence, causes et moyens de lutte* ». Médecine d'Afrique Noire: 38(11). P745-751
- BOONMONKONG, P., et al, 2009,** «*Sexuality Education in Thailand; how far do we need to go?*» Asian-Pacific Resource and Research Center for Women, 17p.
- BURTON JEANGROS, C., 2006/1(N°3),** « *Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts* » in *Recherches Familiales* ; 18 P.
- CISSE CT., YACOUBOU Y, et al. 2006,** « *Évolution de la mortalité néonatale précoce entre 1994 et 2003 au CHU de Dakar* ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction*, 35(1) : 52p.

GAYRAL-TAMINH, M., et al., 1999, « *Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse.* » J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 28 : 462-471.

JOHNSON-HANKS, J., 2003, “*Education, Ethnicity and Reproductive practice in Cameroon*”, Population 58 (2), 153-179P.

NHU THI NGUYEN NGOC, MARIO MERIALDI, et al. 2006 ; « *Causes de mortalité et de mortalité néonatale précoce : données portant sur 7993 grossesses dans six pays en développement* ». Bulletin de l'OMS 84 (9) :685-764.

RUTENBERG, N., AND J. SULLIVAN, 1991. “*Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method*”. In *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*, Vol. 3, 1669-1696.

Columbia, Maryland: IRD/Macro International Inc.

THONNEAU, P., 1992, “*Risk factors for maternal mortality: results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea)*”, Int. J. Gynecol. Obstet.,39: 87-92.

THONNEAU, P., QIAN XU AND TOURE, B., 1994, “*Obstetric transfers and maternal mortality: a study in Conakry, Guinea*”, Health Policy and Planning, 9 (1) P81-90.

4. Thèses

KLEINMAN, A., 1980: *Patient and healers in the context of culture*. An exploration of borderland between anthropology, medicine, and psychiatry, Berkeley, Los Angeles, and London. University of California Press, 446 P

LANTUM, N. DANIEL., (1977). *Traditional medicine, problems of practice and communication public health unit*. UCHS (CUSS) University of Yaoundé. (Sp)

MEBENGA TAMABA, Luc., 2004/2005 ; *Les obsèques dans la ville de Yaoundé. Contribution à une analyse anthropologique des rites funéraires dans les univers culturels du milieu urbain camerounais. Thèse de Doctorat d'État de Yaoundé.*324 P.

MEBENGA TAMABA, Luc. 1990 ; *Les funérailles chez les Ewondo ; changements socioculturels, changements économiques et évaluation de l'esprit de solidarité, Thèse de 3^{ème} cycle, Yaoundé.*

MOUSSA ABDOURHAMANE., 2008, *Etude de la mortalité dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U, Gabriel Touré : De l'épidémiologie à l'audit*. Thèse de doctorat pour l'obtention du grade de docteur en médecine (Diplôme d'Etat). 238P

5. Mémoires

ESSAMA OWONA, B. H., 2013 ; *La morgue à Yaoundé : contribution à une analyse anthropologique du rituel funéraire en milieu urbain*, 201 P

MAH NNANGOMO, H., 2020 ; *Nyàngá àwú, l'Esthétique funéraire chez les mvə̀lə* : contribution à une anthropologie des arts funéraires au Cameroun, FALSH, Université de Yaoundé 1, 183p.

6. Webographie

www.la-marmaille.fr/accouchement/evolution de la grossesse, Consulté le 03/05/2020

www.neufmois.fr/accouchement/accouchement par voie basse, Consulté le 22/11/2020

www.facebook.com/décès maternel et néonatal, Consulté le 25/12/2019

[www.docteurclic.com/ pratique d'accouchement par voie haute](http://www.docteurclic.com/pratique d'accouchement par voie haute), Consulté le 09/10/2019

www.youtube.com/nouveau né relié au placenta, Consulté le 23/02/2020

www.larousse.fr/schémas d'une grossesse à terme, Consulté le 16/08/2020.

www.viator.com/parcnational de la Mefou, Consulté le 23/02/2020

www.adcsa.aero, Consulté le 09/10/2019

www.unfpa.org, Consulté le 23/02/2020

www.unicef.org Consulté les, 06, 07, 09/10/2019

www.who.int, Consulté le 25/12/2019

fr.wikipedia.org/resevedelamefou, Consulté le 13/03/2020

www.blogsante.org, Consulté le 12/09/2020

SOURCES ORALES

N°	Noms et Prénoms	Sexe	Âge	Religion	Situation matrimoniale	Statut social	Date de l'entretien
1	Abogo Marie Thérèse	F	62	Catholique	Célibataire	Commerçante	15/05/2020
2	Abada Donacien	M	37	Catholique	Célibataire	Infirmier	13/09/2020
3	Ambela Coplan	M	57	Catholique	Marié	Infirmière	26/09/2020
4	Avouzoa Marguerite	F	47	Catholique	Célibataire	Cultivatrice	11/06/2020
5	Asse Zanga Sidonie Chanttal	F	43	Non précisée	Mariée	Aide-soignante	28/05/2020
6	Ambela Kisito Mani	M	48	Protestant	Célibataire	Médecin infectiologue	05/10/2020
7	Amombo Germaine	F	50	-	Célibataire	Couturière	14/06/2020
8	Adzoa	F	-	Catholique	Célibataire	Aide-soignante	17/07/2020
9	Akaba Sandrine	F	51	-	Célibataire	Institutrice	12/05/2020
10	Amogo Esther	F	46	Adventiste	Célibataire	Aide-soignante	14/09/2020
11	Abada Mfoumou	M	60	-	Marié	Planteur	-
12	Akono Maxymilien	M	38	Catholique	Célibataire	Médecin	14/05/2020
13	Ateba Janvier	M	38	Catholique	Célibataire	Infirmier	25/09/2020
14	Atangana Nkoulou Patrik	M	78	NA	Marié	<i>zo'o melo</i>	05/05/2020
15	Bidima François- Xavier	M	42	Catholique	Célibataire	Infirmier	22/10/2020
16	Bilola andrée	M	23	Catholique	Célibataire	Moto taxi	10/08/2020
17	Bete Pamela	F	60	Protestant e	Mariée	Sage-Femme	14/06/2020
18	Bekono Brigitte Yvonne	F	38	Catholique	Mariée	Infirmière	14/09/2020

19	Bisse Biabe Clémence Elyse	F	64	-	Célibataire	Sage-femme	26/10/2020
20	Bidima Paulin	M	47	Catholique	Marié	Infirmière	28/09/2020
21	Christine Adzoa	F	57	-	Mariée	Infirmière	11/06/2020
22	Doro Embolo	F	35	-	Mariée	Cultivatrice	23/09/2020
23	Essono Brice	M	-	-	Célibataire	Technicien. Lab.	17/09/2020
24	Ekobena Régine	F	27	-	Célibataire	Aide-soignante	14/09/2020
25	Ebengue Stella	F	33	Catholique	Célibataire	Infirmière	17/09/2020
26	Efouba Pauline	F	17	Catholique	Célibataire	Elève	05/03/2019
27	Ebodé Zanga	M	52	Catholique	Mariée	Cultivateur	08/07/2019
28	Kamou Nidèle	F	-	-	Célibataire	Technicienne en soins infirmiers	11/11/2020
29	Hermeline Essono	F	67	-	Mariée	<i>Ekòhmbà</i>	23/03/2020
30	Marlyse	F	49	Célibataire	Mariée	Cultivatrice	-
31	Mbarga Carolle	F	38	Catholique	Célibataire	Aide-soignante	25/09/2020
32	Meda Martine	F	53	Catholique	Veuve	Ménagère	15/05/2020
33	Messina Elyse	F	61	-	Veuve	Cultivatrice	15/05/2020
34	Mengue Anne- Marie	F	63	Catholique	Mariée	Sage-femme	26/09/2020
35	Manga Ferdinand	M	48	Catholique	Marié	Aide-soignant	16/05/2020
36	Ngondi Symphorien Junior	M	NP	Catholique	Célibataire	Infirmier	25/09/2020
37	Ntsogo Claire Melissa	F	37	Catholique	Célibataire	Sage-femme	28/10/2020
38	Ngono Cressence	F	47	Catholique	Mariée	Aide-soignante	10/11/2020
39	Ndoumba odile	F	26	Protestant	Fiancée	Aide-soignante	23/08/2020
40	Ndzengue Narcisse	M	43	Catholique	Marié	Infirmier	26/09/2020
41	Ndengue Alfred	M	42	Catholique	Mariée	Infirmier	26/09/2020

42	Ndo François	M	46	Catholique	Célibataire	Aide-soignant	13/05/2020
43	Ntsama Nkolo	F	62	-	Mariée	<i>Mbiali</i>	15/11/2020
44	Ntolo Abena Morène	F	39	Catholique	Mariée	Cultivatrice	26/09/2020
45	Stella Ebengue	F	60	Protestant e	Mariée	Sage-Femme	20/08/2020
46	Olinga Atangana François	M	45	NA	Marié	Notable/cultivateur	-
47	Ongono	F	57	Catholique	Mariée	Sage-femme	05/10/2020
48	Owoundi Zambo	M	45	Catholique	Mariée	Chauffeur <i>opep</i>	-
49	Philomène	F	33	Catholique	Célibataire	Cultivatrice	-
50	Philomène Mengue	F	63	Catholique	Mariée	<i>Mbiali</i>	17/08/2019
51	X	F	36	Catholique	Célibataire	Aide-soignante	15/10/2020
52	X	F	57	Catholique	Célibataire	<i>Mbiali</i>	
53	X	M	46	NA	Marié	Médecin généraliste	08/10/2020
54	Yene Zoa	M	112	NA	Marié	<i>Zo'o melô</i>	20/04/2019
55	Yolo Ntougou	F	53	Catholique	Mariée	<i>Mdiali</i>	
56	Yene Ebogo	M	89	NA	Marié	Guérisseur	12/07/2019
57	Yvelo Tamar	F	64	-	Mariée	Sage-femme	10/10/2020
58	Zili Mebe	M	70	NA	Marié	<i>Zo'o melô</i>	15/10/2020

ANNEXES

I. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

I.1. Guides d'entretien

I.1.1. Guide d'entretien pour professionnel de la santé et assimilé □ Identification -

Nom (s) et prénom (s) :

- Sexe :
- Âge :
- Religion :
- Niveau d'instruction :
- Statut matrimonial :
- Statut social : **Thématiques**
- Connaissance sur l'accouchement
- Pratique de l'accouchement
- Déroulement du processus d'accouchement
- Profil du personnel
- Connaissance sur les services relatifs à l'accouchement
- Connaissance sur les complications de l'acte d'accouchement
- Connaissance sur la mortalité pré-accouchement
- Connaissance sur la mortalité pendant l'accouchement
- Connaissance sur la mortalité post-partum
- Connaissance sur les facteurs lié au risque sur la mortalité maternelle
- Connaissance sur les maladies maternelles
- Connaissance à adopter post-partum
- Rôle de tout un chacun dans le processus d'accouchement
- Impacts et conséquences de la mortalité maternelle au sein de la communauté
- Difficultés du personnel de santé et structure sanitaire □ Moyen pour mettre fin à ce phénomène chez les Bène
- Connaissance sur le taux de mortalité maternelle : Avant, pendant et après l'accouchement
- Préparation de l'accouchement

I.1.2. Guide d'entretien professionnel d'ethno-maternité (et autres membres clés de la socioculture Bène)

- Connaissance sur la grossesse et l'accouchement
- Suivi traditionnel des grossesses
- Pratique d'accouchement
- Problèmes rencontrés lors de l'accouchement
- Causes des complications au cours de la grossesse
- Causes des complications pendant et après l'accouchement
- Prise en charge des accouchements difficiles
- Attitudes à adopter par l'accoucheuse
- Attitudes de la parturiente
- Normes culturelles de la grossesse et de l'accouchement
- Plateau technique de l'ethno-maternité
- Connaissance sur les décès maternels
- Causes des décès maternelles
- Moyens de prédiction et prévention de la mortalité maternelle

I.1.3. Guide d'entretien proche parent des défunt(e)s maternelle chez les Bène à Mfou

Identification

Noms de la parturiente décédée :

Age au décès :

Niveau d'étude : Religion

Statut social

Nom du conjoint Age

Niveau d'étude

;Statut Social

Informations relatives à la grossesse, accouchement, et décès de cette femme

- Connaissance sur la gestion de sa grossesse
- Gestité Parité
- Date et lieu de décès
- Période de décès ; avant/pendant/après l'accouchement
- Circonstances et causes de son décès/Récit de la scène
- Description de son attitude avant son décès
- Personne(s) avec qui elle vivait pendant sa grossesse jusqu'au moment de son décès
- Qualité des relations avec cette/ces personnes
- Moyens d'évitement de nouveaux décès maternels

I.2. Guide d'observation

- Observation des structures sanitaires
- Observation de l'environnement
- Observation de l'état des routes
- Plateau technique
- Salle d'accouchement
- Déroulement des CPN
- La parturiente et de ses attitudes à l'hôpital
- Le processus d'accueil de la femme enceinte et femme en travail au FOSA
- Pratiques d'accouchement en milieu hospitalier
- Pratiques d'accouchement et prise en charge de la parturiente par l'accoucheuse traditionnelle
- Plateau technique culturel d'accouchement

I.3. Fiche de collecte des données statistiques

N°


Aire de Santé.....

Variables	CPN	Accouchements		Décès maternels			Causes obstétricales						Causes non obst./ni méd.			Commentaires			
		Période	V basse	V Haute	Avant	Pendant	[42jours]	Directes			Indirectes			(Préciser)	C		D		
							Hém.	S			Palu	S							
								D				D							
							Inf.	S			VIH	S							
								D				D							
							Eclp.	S			Anm.	S							
								D				D							
							Avt.	S			Crdp.	S							
								D				D							
							Dyst.	S			Ist	S							
								D				D							
							Autre	S			Autre	S							
								D				D							
							Hém.	S			Palu	S							
								D				D							
							Inf.	S			VIH	S							
								D				D							
							Eclp.	S			Am.	S							
								D				D							
							Avt.	S			Crdp.	S							
								D				D							
							Dyst.	S			Ist	S							
								D				D							
							Autre	S			Autre	S							
								D				D							

II. DOCUMENTS ETHIQUES

II.1. Autorisation de recherche du Chef de département

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES		FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCES
<u>DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE</u>		<u>DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY</u>

Yaoundé, le 12 ET. ADUT 2020



AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **Paschal KUM AWAH**, Chef du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **MBARGA NNANG Sennen**, Matricule **15H653** est inscrit en Master dans ledit Département. Il mène ses travaux universitaires sur le thème : *accouchement et mortalité maternelle chez les Bene à Mfou-Cameroun* sous la direction du **Dr. Fonjong Lucy**.

A cet effet, je vous saurais gré des efforts que vous voudriez bien faire afin de fournir à l'intéressé toute information en mesure de l'aider.

En foi de quoi la présente autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Le Chef de Département

Dr. Paschal Kum Awah

II.2. Approbation de Recherche du Chef du District de Santé de Mfou

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES



FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE

DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

Yaoundé, le
12 AOUT 2020

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **Pascal KUM AWAH**, Chef du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **MBARGA NNANG Sennen**, Matricule **15H653** est inscrit en Master dans ledit Département. Il mène ses travaux universitaires sur le thème : *accouchement et mortalité maternelle chez les Bene à Mfou-Cameroun* sous la direction du **Dr. Fonjong Lucy**.

A cet effet, je vous saurais gré des efforts que vous voudriez bien faire afin de fournir à l'intéressé toute information en mesure de l'aider.

En foi de quoi la présente autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Le Chef de Département



Pascal KUM AWAH
Médecin Gestionnaire Hospitalier
FNSB U71 (ex-CUSS)



II.3. Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné(e) : M, certifie avoir parfaitement compris le contenu du présent formulaire et de la note d'information qui m'ont été présentés, lus en détail et commentés. J'en ai discuté avec M. **MBARGA NNANG SENNEN**, étudiant menant cette étude. Il m'a expliqué la nature, les objectifs et l'intérêt de cette étude. J'atteste avoir eu l'opportunité de poser toutes les questions que je souhaitais et avoir obtenu des réponses satisfaisantes pour chacune d'elles. J'ai eu la possibilité de faire appel à une tierce personne pour éclaircir l'ensemble des interrogations soulevées par ma participation à cette recherche.

Je comprends les conditions de ma participation, en particulier que j'ai la possibilité de ne pas participer à cette étude

Je connais la possibilité qui m'est réservée d'interrompre à tout moment ma participation à cette étude sans avoir à justifier ma décision, ni à en subir un quelconque préjudice.

Je comprends que si j'ai des questions au sujet de cette étude ou si je décide d'abandonner l'étude j'en ai le plein droit

Je comprends que ma participation à cette étude ne m'expose à aucun risque.

Je comprends que mes données et coordonnées fournies ne figureront jamais dans les médias publics, privés et réseaux sociaux

Je comprends que cette étude a une visée diplômante (Master en Anthropologie Médicale)

Je comprends que l'intérêt pratique de cette étude est non seulement la compréhension de l'accouchement et mortalité maternelle chez les Bène à Mfou, mais aussi la schématisation des fiables voies et moyens d'évitement de cette résistance de décès maternels

J'atteste avoir été informé des faits suivants :

- L'étudiant qui réalise cette recherche est tenu au secret professionnel et s'engage à prendre les mesures nécessaires à la conservation de la plus stricte confidentialité. ~~Toute information sensible fera l'objet d'une codification/anonymisation lors du traitement informatique et dans les publications qui en découleront,~~
- Cette étude est exempte de toute expérimentation médicale

J'accepte que les données recueillies à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatique et de publications scientifiques. J'ai compris que cette étude prendra la forme d'entretiens individuels ou collectifs enregistrés, d'observation participante et directe, de photographies et d'observation de mes pratiques professionnelles, domestiques, sociales et culturelles dans le domaine de la santé en général et de la santé maternelle en particulier. J'ai bien noté que mon droit d'accès aux données me concernant s'exerce à tout moment auprès de l'étudiant chercheur et que je pourrais exercer mon droit de rectification et de retrait d'informations pendant sa période d'étude. Mon consentement ne décharge en rien la personne réalisant cette étude de sa responsabilité. **J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.**

Fait à, le / / 20.....

CADRE RESERVE A L'ETUDIANT

Signature et Empreintes digitales

Je, soussigné(e) M. **MBARGA NNANG SENNEN**, Etudiant conduisant l'étude anthropologique de l'accouchement et mortalité maternelle chez les Bène à Mfou, certifie avoir communiqué à M....., toutes les informations utiles sur les objectifs, l'intérêt et les modalités non contraignantes de participation à cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, afin de mener une recherche dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique. En foi de quoi le présent formulaire de consentement est établi en deux exemplaires pour servir et valoir ce que dedroit.

Fait à, le / / 20.....

Signature :

II.4. Consentement de Photographie

Je soussigné(e).....

Né(e) le..... à..... CNI

N°.....du.....à.....

Demeurant à :

Adresse :

Autorise

M. MBARGA NNANG SENNEN

À

- 1) Utiliser à titre gratuit des photographies me représentant/représentant :
 Réalisées
 le.....à.....Par....., ainsi qu'à
 exploiter/examiner ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement/de
 recherche/culturel/scientifique. Aucune exploitation commerciale ne sera faite avec ces photos.
- 2) Reproduire lesdites photographies sur les supports tels que Mémoire ou Thèse, publication dans
 une ouvrage, journal scientifique

Autres (préciser).....

En foi de quoi le présent formulaire de consentement de photographie est établi pour servir et valoir ce
 que dedroit.

Fait à, le/...../ 20.....

Signature et Empreintes digitales

III. GLOSSAIRE

- A**
- Abel yem sang-la mam** : doit savoir analyser les situations, les faits, les évènements qui surviennent ou se profilent : *abele* =devoir, *yem*=savoir, *sang-la*=analyser, décrypter
- Adzing** : aimer
- Akatgue** : avait pour habitude/auxiliaires servant de conjuguer les verbes à l'imparfait ou au passé composé
- Akoé** : égoïste, égoïsme,
- Akuén** : épargner, réunir, rassembler
- Akuma** : la richesse, les biens
- Aï** : c'une conjonction de coordination/ une marque d'addition, de connectivité, de lien qui peut se traduire par : et, avec
- Amu**: *parce que*
- Apke mekeng** : officier les rites, la magie, les techniques ésotériques. *Apke*= exercer, officier, *mekeng* =techniques ésotériques
- Asse ki**, permet d'exprimer la négation avec le verbe être, n'est pas
- Ati** : digne,
- Atsimèn** : rentrer, être de retour nb (a)Préfixé au radical permet d'infinitiver un verbe **Ayong** : ethnie, tribu selon le contexte.
- B**
- Be** : précédant un verbe conjugué en langue locale Bène désigne les troisièmes personnes du pluriel : ils, elles, eux
- Bène** : une tribu de l'ethnie Beti
- Beyem mam nnen** : les grands savants des savoirs culturels Bène
- Bingugom** : les troubles au sein de la communauté
- Bivòn** : médiocre, nul(le) : pour signifier des personnes sans valeur au sein de la culture Bène. Le (b) ici marque le pluriel en langue locale Bène
- Biwolé** : le fait de s'approprier/accaparer des biens d'autrui,
- Bot** : les Hommes
- D**
- Dzin**: le fait d'être pose, calme, réservé, digne
- Dzué** : l'appellation, le nom
- E**
- Ebem** :la case, la tente
- Esseki** : il n'y en a pas, esseki fe : il n'y en a plus.
- Essié édib zene** : une sorte de bouclier mystique à partir des herbes et are d'accès difficile
- Ezimbi** : le cercueil
- I**
- Itéh** : là, à cet endroit
- K**
- Koé** : le singe
- M**
- Mbondé** : géniteur, parent
- Megne si** : expression de la langue Bamiléké qui traduit les devins guérisseurs
- Mfang** : original, reel, vrai
- Mfou** : arrondissement, chef-lieu de département de la Mefou et Afamba, Région du Centre Cameroun
- Mful mful**: *clairière*
- Mgbè** : jovial, enthousiaste, Enthousiamable
- Minnoass** pluriel de **nnoass** ; les chargés de communications nb : *Mi* préfixé à un mot en langue locale Bène traduit le pluriel, tout comme **b, bi, be**
- Mòn**: l'enfant pluriel *bòn*; les enfants

Mot asse : tout le monde

N

Ndimba : ce qui revêt un caractère ésotérique, secret, mystère

Ndog : gourmandise, gourmand,

Ngal : la femme de (la femelle, le féminin)

Ngueki : ou bien

Ngui : le gorille

Nkani: proverbe

Nkæ : substitut, représentant, remplaçant

Nkukuma : le chef
Nkunda wuéh: les siens.
Nkunda=communauté, une foule
Nnoass : communicateur, porte-parole
Nnyong : quand, lorsque, au moment où
Ntig mva'a : juge
Nvam : solidarité, solidaire.

O

Odang: traverser.

Okukut : étourdit.

One : verbe être conjugué au présent de l'indicatif à la troisième personne du singulier, est

Ossué : la rivière, le fleuve

Ossusua : avant, auparavant, autrefois

Oyon : petite saison pluvieuse

S

Suso'o ; la droiture, la raison

T

Toh ... toh : ni...ni exp : *toh nda toh mot, ni maison ni personne*

W

Wobo : participe passé du verbe *àwobo*: se laver, se baigner,

Wuah : Chimpanzé

Wuéh ; pronom possessif singulier ou pluriel selon le contexte, sa, ses, son

Z

Zo'o melo : l'homme sur qui les oreilles sont tendus

Zom : légumes,

Zoré : écouter attentivement

TABLE DES MATIERES

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
SOMMAIRE.....	v
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACCRONYMES, ET SIGLES.....	vii
INTRODUCTION.....	1
1. CONTEXTE	3
2. JUSTIFICATION	4
2.1. Raisons personnelles	4
2.2. Raisons scientifiques	4
3. PROBLEME.....	4
4. PROBLEMATIQUE.....	5
5. QUESTIONS DE RECHERCHES.....	6
5.1. Question Centrale.....	6
5.2. Questions subsidiaires.....	6
6. HYPOTHESES DE RECHERCHES	7
6.1. Hypothèse principale	7
6.2. Hypothèses spécifiques.....	7
7. OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
7.1. Objectif général	7
7.2. Objectifs spécifiques.....	7
8. METHODOLOGIE	7
8.1. Type de recherche.....	8
8.2. Champ d'étude	8
8.3. Echantillonnage et population cible	8
8.3.2. Facteurs d'exclusion	8
8.4. Collecte des données.....	8
8.5. Méthode de collecte des données.....	9
8.5.1. Méthodes de collecte des données de l'Approche qualitative	9
8.5.2. Méthode de collecte des données du type de recherche quantitative.....	10
8.6. Techniques de recherche	10

8.7.	Outils de collecte.....	12
9.	MANAGEMENT, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES.....	13
9.1.	Management des données.....	13
9.2.	Dépouillement et analyse des données.....	13
9.2.1.	Analyse qualitative.....	13
9.2.2	Analyse quantitative.....	14
9.3.	Interprétation des données.....	14
10.	CONSIDERATION ETHIQUE.....	14
11.	INTERET DE L'ETUDE.....	15
11.1.	Intérêt théorique.....	15
11.2.	Intérêt pratique.....	15
12.	STRUCTURATION DU MEMOIRE.....	15

CHAPITRE 1 : CADRE PHYSIQUE ET PRÉSENTATION DU LIEU D'ÉTUDE.....17

1.1.	LOCALISATION DE LA ZONE D'ETUDE.....	18
1.1.1.	Situation géographique et administrative du Cameroun.....	18
1.2.1.	Situation administrative.....	21
1.2.2.	Aspect écologique.....	21
1.2.2.1	Le climat.....	21
1.2.2.2.	Le sol.....	23
1.2.2.3.	Le relief.....	23
1.2.2.4.	La flore.....	23
1.2.2.5	La faune.....	23
1.2.3.	Les ressources essentielles de la zone d'étude.....	23
1.2.3.1.	Cartographie des ressources naturelles.....	24
1.3.	MILIEU HUMAIN.....	27
1.3.1.	Peuplement.....	27
1.3.1.1.	Beti, ethno-étymologie et historicité.....	27
1.3.2.	La Tribu Bène.....	28
1.3.2.1.	L'organisation sociale des Bène.....	29
1.3.2.1.1	La chefferie traditionnelle.....	29
1.3.2.1.1.1	Responsabilités masculines dans la « législation Bène ».....	29
1.3.2.1.1.2	Le rôle de la femme Bène dans la chefferie traditionnelle.....	33
1.3.2.2.	Les associations de solidarité traditionnelle des femmes Bène.....	34
1.2.3.2.3.	L'habitat.....	36
1.4.	LE SYSTEME DE CROYANCE DES BÈNE.....	36

1.5. SYSTEME DE SANTE DES BÈNE A MFOU	37
1.5.1. La médecine conventionnelle	37
1.5.2. L'ethnomédecine	37
1.1.1.1. <i>Mekehng esob awu mbié</i> /Rites liés aux décès maternels.....	38
1.5.2.1.1. <i>Tob-le-tobé / nkul awu</i> Tam-tam du deuil.....	39
1.5.2.1.2. <i>Biwaran</i> /Rite d'apaisement.....	40
1.5.2.1.3. <i>Ekuli kohn</i> /Rite de libération.....	40
1.5.2.1.4. <i>Tso abié</i> /Rite de purification/protection contre décès maternelle	40
1.5.2.1.5. Melélé/ Rite d'évaluation	41
1.6. L'EDUCATION	42
1.6.1. L'éducation de base	42
1.6.2. L'éducation secondaire	42
1.6.3. L'éducation Supérieure.....	43
1.6.4. Les défis éducatifs chez les Bène à Mfou	43
1.7. ACTIVITES ECONOMIQUES DES BÈNE A MFOU	44
1.7.1. L'agriculture	44
1.7.2. L'élevage.....	45
1.7.3. Le commerce	45
1.7.4. La pêche.....	45
1.7.5. La cueillette et la Chasse	46
1.7.6. L'artisanat.....	46
1.7.7. Le Transport	47
CHAPITRE 2: REVUE DE LITTÉRATURE, CADRE THÉORIQUE ET DÉFINITION DES CONCEPTS.....	48
2.1. REVUE DE LITTÉRATURE	49
2.1.1. La santé de reproduction au Cameroun/mvoy éfoé mvong.....	49
2.1.1.1. Situation de la mortalité maternelle au Cameroun	50
2.1.2. Causes de la mortalité maternelle, compatibilité et divergence chez les Bène.....	51
2.1.2.1. Les Causes directes.....	51
2.1.2.2. Les Causes obstétricales indirectes	53
2.1.3. Les facteurs de la mortalité maternelle	55
2.1.3.1. Environnement et santé de reproduction	55
2.1.3.2. Le rôle du gouvernement	57
2.2. CADRE THEORIQUE.....	59
2.2.1 Théorie de l'ethnométhodologie	59
2.2.2. Théorie socioculturelle du risque	60
2.2.3. L'approche genre.....	62

2.3. DEFINITION DES CONCEPTS	63
2.3.1. Anthropologie	63
2.3.2. La Santé / <i>voai/voy</i>	64
2.3.3. Accouchement / <i>abié</i>	65
2.3.4. La maternité/ <i>afué mvong/nya bòn</i>	65
2.3.5. La grossesse / <i>abum</i>	66
2.3.6. La mortalité maternelle / <i>Awu mbié</i>	67
CHAPITRE 3 : ETHNOGRAPHIE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNE DE MFOU	71
3.1. LE PROFIL DU PERSONNEL INTERVENANT DANS LE PROCESSUS D'ACCOUCHEMENT	72
3.1.1. Le médecin	73
3.1.2. Les sages-femmes/Maïeuticiens.....	73
3.1.3. Les infirmières/les infirmiers	73
3.1.4. Aides-soignants.....	73
3.1.5. ' <i>Mbiali</i> ', l'accoucheuse traditionnelle ' <i>bebiali</i> ' accoucheuses traditionnelles.....	74
3.2. PRÉSENTATION DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES BÈNE	75
3.2.1. Processus d'accouchement.....	75
3.2.2. Typologie d'accouchement	76
3.2.2.1. Approche moderne de l'accouchement.....	76
3.2.2.1.1 Accouchement par voie basse.....	76
3.2.2.1.2. Accouchement par voie haute.....	77
3.3. LES CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE AVANT	78
3.4. LES CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE PENDANT L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES BÈNÈ DE MFOU-CAMEROUN / <i>Tsin awu mbié awola abié</i>	79
3.4.1. Le mauvais suivi et le non-respect des règles élémentaires d'une parturiente / <i>bivuz metum mmbié</i>	80
3.4.2. <i>Édib</i> : « nappe d'eau corporelle souillée »	80
3.4.3. <i>Ndziba</i> : « chlamydia ».....	81
3.4.4. <i>Kwara</i> : « syphilis ».....	81
3.4.5. <i>Nganga</i> : « Tétanos ».....	82
3.4.6. Causes de la mortalité maternelle par voie basse	82
3.4.7. Cause de la mortalité maternelle par voie haute	84
3.4.8. Cause de la mortalité maternelle par voie mystique	85
3.5. LES CAUSES DE LA MORTALITE POST-PARTUM DE 42 JOURS / <i>Awu mbié àvus abié akui melu me wom yi aï me bè</i>	86

3.5.1.	Les causes liées au facteur d'âge	87
3.5.2.	Les causes liées aux facteurs alimentaires post-partum.....	88
3.5.3.	Les causes liées au manque d'hygiène post-partum	89
3.5.4.	Les causes liées aux personnels de santé.....	90
3.5.5.	Les causes socio-économiques et infrastructurelles.....	91
CHAPITRE 4 : CONCEPTION ET REPRÉSENTATION DE LA MORTALITE		
MATERNELLE CHEZ LES BÈNE À MFOU.....		
4.1.	LA SYMBOLIQUE DE L'ACCOUCHEMENT / <i>Dilna abié ayong Bène</i>	98
4.1.1.	L'enfant et l'accouchement / <i>mòn aï abié</i>	99
4.1.1.1.	L'enfant ciment de l'union familiale / <i>mÒn ; akarga nda bot</i>	100
4.1.1.2.	Enfant et pérennisation de la communauté / <i>mÒn ; tsin ngongo bot / ébul mvong</i>	101
4.1.1.3.	Enfant richesse du groupe / <i>mÒn ; akuma nda bot</i>	102
4.1.2.	L'accouchement et les parents / <i>Abié aï be bondé</i>	103
4.1.2.1.	L'accouchement comme la naissance d'une famille / <i>Abié à na abiali nda bot</i>	104
4.1.2.2.	L'accouchement passage du parent de la jeunesse a l'adulte / <i>Abié ana ndze mbondé</i>	105
4.1.2.3.	La déification du parent par l'accouchement / <i>Olugu mbondé</i>	107
4.2.	LA MORTALITE MATERNELLE CHEZ LES BÈNE DE MFOU / <i>Awu mbié àyong</i> <i>Bène ya nnam Mfou</i>	109
4.2.1.	Élément de statistique de l'accouchement à la mortalité maternelle	110
4.2.1.1.	Fréquence de l'accouchement et de la mortalité avant l'accouchement	111
4.2.1.2.	Fréquence de l'accouchement et de la mortalité pendant l'accouchement.....	111
4.2.1.3.	Fréquence de l'accouchement et de la mortalité post partum.	113
4.3.	LA CONCEPTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNE DE MFOU / <i>Dilna Awu mbié àyong Bène ya nnam Mfou</i>	114
4.3.1.	La vision Bène de la mortalité maternelle.....	114
4.3.1.1.	La mort phénomène naturel : Mort rite de passage / <i>ndze yom</i>	114
4.3.1.2.	Mort phénomène mystique / <i>lawu ; dzam nguekiè/dzam mgbœ/dzam évu</i>	116
4.4.	REPRÉSENTATION DE LA MORTALITE MATERNELLE COMME MALADIE SOCIALE / <i>Awu mbié àne okohn ayong</i>	118
4.4.1.	Mortalité maternelle comme sentence sociale/ <i>endegle</i>	120
4.4.2.	Mortalité maternelle comme « culturocide » / <i>awu mbié à ne zolna metum</i>	120
CHAPITRE 5 ESSAI D'INTERPRÉTATION ANTHROPOLOGIQUE DE LA		
MORTALITÉ MATERLLE.....		
5.1.	ACCOUCHEMENT ET MORTALITÉ MATERNELLE COMME MODÈLE : CULTURO-SIGNIFICATIF.....	125
5.1.1.	Mortalité maternelle comme problème de santé chez les Bène	125
5.1.1.1.	Les influences socioculturelle : Causes de la Mortalité maternelle.....	126

5.1.1.1.1. Le poids de la tradition.	126
5.1.1.1.2. L'influence des préjugés	127
5.1.2. Communauté à risque facteur déterminant de la mortalité maternelle	129
5.1.2.1. Identification de communauté à risque	129
5.1.2.1.1. Facteur âge dans la communauté à risque	129
5.1.2.1.2. Facteur sociale comme inclusion dans la communauté à risque	130
5.1.2.2. Voix de remédiation dans la communauté à risque.....	132
5.1.2.2.1. Promotion de la santé maternelle.....	132
5.1.2.2.2. Vulgarisation des techniques gynécologiques modernes.....	133
5.1.3. CPN déterminant de la santé maternelle et du succès d'accouchement.	134
5.1.4. Responsabilité du personnel et des structures de santé	135
5.1.4.1. Responsabilité du personnel	135
5.1.4.2. Responsabilité des structures de santé.....	135
5.2. APPROCHE GENRE COMME DÉTERMINANT DES RESPONSABILITÉS INDIVIDUELLES DANS L'ACCOUCHEMENT ET LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNÈ DE MFOU-CAMEROUN.....	136
5.2.1. RESPONSABILITÉS DE LA FEMME	139
5.2.1.1. Suivi des CPN comme responsabilité fondamentale de la femme enceinte chez les Bène de Mfou-Cameroun.	140
5.2.1.2. Respect des règles d'hygiène.....	141
5.2.1.3. Genre et santé nutritionnelle en contexte de grossesse	142
5.2.1.4. Respect de la santé physique	143
5.2.2. RESPONSABILITÉS DE L'HOMME	144
5.2.2.1. Responsabilité financière	144
5.2.2.2. Assistance morale	145
5.3. APPROPRIATION DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES BÈNE COMME CONSTRUCTIF, INDIVIDUEL ET COLLECTIF	146
CONCLUSION.....	148
SOURCES.....	153
ANNEXES.....	i
Table des matières.....	173

