

Pas de mère sans un « mari »
La nécessité du mariage dans les structures de soins
à Ouagadougou (Burkina Faso)

*Fatoumata Ouattara**, *Bouma Fernand Bationo***,
*Marc-Éric Gruénais**

Toutes les initiatives et directives en santé de la reproduction ont pour cible principale les femmes ; c'est une évidence, presque une tautologie. Cette priorité quasiment exclusive en faveur des femmes s'explique et se justifie aisément : dans la majorité des cas, dominées socialement et économiquement, moins scolarisées que les hommes, elles sont loin de pouvoir disposer toujours de l'autonomie de décision et d'un pouvoir de négociation leur permettant d'affirmer leurs « droits » à la santé, à la maternité sans risque, à l'usage du préservatif, à refuser mariage et grossesses précoces, etc. Tous ces constats sont désormais bien documentés pour les pays en développement et sont régulièrement rappelés, à juste titre, dans les rapports, guides, articles, préambules de directives internationales, etc., pour justifier tel ou tel programme ou action en faveur de la santé reproductive des femmes qui apparaissent bien souvent a priori comme une population « vulnérable ».

On se rend compte aujourd'hui de la nécessité d'une plus grande implication des hommes dans les programmes en santé reproductive (Varga, 2001), mais là aussi, et encore une fois à juste titre, pour améliorer la situation des femmes. En effet, d'un point de vue sociologique¹, économique, mais aussi physiologique (est-il besoin de rappeler que seules les femmes sont exposées aux risques obstétricaux), les femmes sont plus vulnérables que les hommes dans le domaine de

* Anthropologue – UMR 912 (Inserm-IRD-U2).

** Sociologue – Université de Ouagadougou.

1. Par exemple, au tout début du dernier rapport de l'UNICEF sur *La situation des enfants dans le monde*, 2009, on peut lire (p. 3) qu'il faut « Une approche visant à améliorer la santé maternelle et néonatale qui soit fondée sur les droits de l'homme et qui se focalise sur la prestation de soins de santé et la lutte contre la discrimination sexuelle ou les inégalités au sein de la société par le biais, notamment, de changements culturels, sociaux et comportementaux et en ciblant en particulier les pays et les communautés les plus à risque ».

la santé de la reproduction. Certes, depuis longtemps on assiste dans les pays du Sud au développement de ménages « matricentrés », avec des femmes chef de famille (Bisilliat, 1996), qui disposent de fait d'une certaine autonomie. Mais ces ménages prennent place dans des mondes sociaux où la domination masculine continue de prévaloir.

Qui sont les acteurs de ces situations de domination des femmes qui les empêchent parfois de faire valoir pleinement leurs droits à la santé reproductive ?². Ils peuvent ressortir du niveau le plus localisé, les hommes de l'entourage immédiat des femmes (frère aîné, père, oncle, mari), éventuellement des femmes (mère, belle-mère, tante) qui ont le pouvoir de décider pour les « cadettes » (Gruénais, 1985), jusqu'aux plus hautes instances d'États qui parfois peinent à reconnaître officiellement l'égalité hommes/femmes³.

Il reste que les directives dans le domaine de la santé de la reproduction sont majoritairement mises en pratique par des personnels de santé dans des structures de soins. Ces personnels ne sont pas, bien évidemment, uniquement des techniciens dont le paradigme de référence se limite au seul savoir médical : ils sont certes médecins, infirmiers, auxiliaires de santé, mais aussi membres de leur communauté et donc également imprégnés, y compris au cours de leur pratique professionnelle, des valeurs de leur monde social d'appartenance et des « violences structurelles » qui leur sont liées (Farmer *et al.*, 2006). De plus, ces agents sociaux relèvent pour leur pratique professionnelle d'une profession médicale par nature normative ; le médecin, figure emblématique de l'ensemble de la profession médicale, apparaît aussi comme un « entrepreneur de morale » qui intervient pour corriger ce qu'il croit être mal dans le monde (Freidson, 1984, p. 254-257). On peut alors se demander si, pour la profession médicale représentée par les prestataires de soins, toutes les femmes apparaissent comme ayant la même légitimité à avoir accès aux services de santé de la reproduction ? Nous tenterons de montrer dans cet article que les services délivrant des prestations en santé de la reproduction sont aussi des lieux de rappel et/ou de confirmation des normes statutaires auxquels les femmes en âge de procréer sont censées se conformer.

Méthodologie

Les informations dont il est fait état ci-dessous ont été recueillies entre 2002 et 2009 à Ouagadougou (Burkina Faso) auprès de femmes et de personnels de

2. Par exemple, la communauté internationale s'est engagée en son objectif 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement d'améliorer la santé maternelle en réduisant de trois quarts le ratio de mortalité maternelle (objectif 5.1) et de parvenir à un accès universel à la santé reproductive (objectif 5.2) à partir d'une amélioration de l'accès aux soins prénatals, un déclin de la fertilité des adolescente, une meilleure accessibilité au planning familial (<http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>).

3. Au Maroc, il a fallu attendre le 10 décembre 2008 pour que soient officiellement levées les réserves à l'égard de la Convention internationale sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes, ce qui semble avoir parfois conduit à quelques débats, notamment dans les milieux conservateurs religieux (cf. A. Tourabi, « Le Coran est-il vraiment applicable en tout temps et en tout lieu ? », *Tel Quel*, 358, 31 janvier-6 février 2009 : 43-49, consultable sur http://www.telquel-online.com/358/couverture_358.shtml).

santé ; elles ont trait aux discours et aux pratiques se rapportant aux activités de planning familial, de consultations prénatales et de maternité dans des centres de santé et un hôpital de district⁴.

Les données sur les prestations de planning familial⁵ proviennent d'une part d'entretiens individuels organisés avec les prestataires (10 entretiens individuels) et les usagers (20 jeunes filles et garçons utilisateurs de services de planning familial), et d'autre part d'entretiens auprès de groupes d'usagers (6 *focus group* de jeunes filles/garçons, femmes/hommes adultes) et de soignants (6 *focus group*). Les entretiens portaient sur les facteurs déterminant l'utilisation des services : itinéraires thérapeutiques, attentes et besoins, contraintes sociales et culturelles, contraintes financières. Les enquêtes étaient guidées par l'hypothèse qu'une mauvaise qualité de relations entre les prestataires de soins et les usagers peut être un des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services de santé.

Une enquête a été également réalisée⁶ pour appréhender les modalités concrètes de réalisation des consultations prénatales (CPN). À cet effet, neuf séances de causeries entre les soignants et les femmes à l'occasion des consultations prénatales ont fait l'objet d'observations.

Enfin, les données sur l'accouchement⁷ sont majoritairement issues d'entretiens de groupe qui ont été réalisés avec des femmes qui avaient au préalable eu recours à une maternité. Ces rencontres ont eu lieu en dehors des formations sanitaires pour permettre une plus grande liberté de propos chez les femmes (au sujet des membres de leur entourage et du corps soignant). Les thèmes abordés au cours de ces entretiens de groupe étaient orientés sur les différentes perceptions féminines sur la grossesse, l'accouchement ainsi que sur les problèmes qui y sont liés (accouchements à domicile), les différents avis sur la prise en charge sociale de la grossesse, les acteurs sociaux qui interviennent dans la prise en charge financière de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la nature des relations de couple pendant cette période.

D'une manière générale, les enquêtes socio-anthropologiques auprès des usagers et des prestataires de soins consistaient à identifier et appréhender les différents points d'achoppement sur lesquels pouvaient se cristalliser les relations rendant problématique l'accès aux soins. Ces discussions ont mis en évidence des contraintes qui pèsent sur les femmes aussi bien en termes de prise en charge de la grossesse que de l'accouchement.

4. Les données émanent d'enquêtes réalisées dans le cadre de deux projets : le programme « Amélioration de la qualité de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence – Aquasou » (FSP 2001-149) financé par le Ministère français des affaires étrangères (2002-2006), et le « Projet d'approche solidaire en santé génésique – Passage » (Union européenne – EuropeAid/120804/C/G, 2006-2009). Les rapports d'activités de ces deux programmes sont disponibles sur le site <http://www.uonn.org>.

5. Recueillies dans le cadre du projet Passage.

6. Dans le cadre du projet Aquasou.

7. Dans le cadre du projet Aquasou.

Des prestations de planning familial faites exclusivement pour les femmes mariées⁸

Théoriquement, les services de planning familial sont disponibles pour tous les demandeurs sans aucune distinction sociale (hommes, femmes, adolescents, jeunes filles, célibataires, mariés, etc.) et concernent, d'après les documents officiels, des femmes âgées de 15 à 49 ans. Dans les faits, les représentations dominantes, dans la communauté (c'est-à-dire aussi bien chez les femmes elles-mêmes que chez les personnels de santé) font du planning familial une affaire de famille, pour des personnes vivant en couple, voire mariées, et non des célibataires.

On ne cesse de rappeler, surtout aux jeunes filles, que le mariage est un honneur pour la femme et sa famille ; « *Une femme mariée est une femme sérieuse et respectée* », a-t-on souvent l'habitude d'entendre. Or, le recours à la contraception risque d'introduire une brèche dans cet adage : « *La planification familiale ou l'utilisation des contraceptifs modernes est parfois perçue par les hommes comme un encouragement à l'infidélité des femmes* », déclarait une femme au cours d'un groupe de discussion. Le recours à la contraception est alors condamné car il apparaît comme un moyen de contrôle de la sexualité par les femmes elles-mêmes, alors que la reproduction est traditionnellement sous le contrôle des hommes : « *les hommes disent que lorsque les femmes prennent les contraceptifs, elles peuvent aller avec n'importe quel homme. On ne peut plus les contrôler* », et cette autre participante aux groupes de discussion poursuivait : « *C'est pour ça que certaines filles ne veulent pas se marier tôt ; et c'est aussi le cas des femmes qui ne sont pas mariées* ». Les prestations de planning familial en viendraient donc à ébranler l'institution du mariage, au point d'inverser les rôles, car, pour certaines femmes, les contraceptifs ont permis aux femmes de mener « *une vie d'homme* ».

La femme célibataire, qui contrôle elle-même sa sexualité, peut donc apparaître comme une déviante sociale au sens où elle adopte une attitude ou des comportements non conformes aux normes et valeurs véhiculées par une société ou un groupe social (Ogien, 1999). Reconnaître éventuellement les avantages du recours à la contraception pour mener à bien ses projets personnels ne vient pas nécessairement remettre en cause les valeurs dominantes. Une étudiante de 20 ans au cours d'un entretien individuel déclarait que « *le planning familial permet d'éviter parfois les grossesses non désirées et de poursuivre les études, car en matière de sexualité, on ne sait jamais. Moi, je prends de temps en temps les pilules* ». Mais,

8. Dans la suite du texte par « mari » ou « situation de femme mariée » nous n'entendons pas nécessairement une situation d'union sanctionnée par une procédure réglementaire (juridique, religieuse, et/ou traditionnelle) mais toute relation socialement reconnue entre un homme et une femme, même si ceux-ci ne sont pas mariés au sens juridico-réglementaire du terme. Ainsi, par exemple, un homme marié à l'état civil, chef de ménage, peut entretenir une relation socialement reconnue avec une autre femme que son épouse, sans être marié officiellement à cette seconde femme. Il peut éventuellement avoir des enfants avec cette seconde femme, alors souvent qualifiée de « deuxième bureau » en Afrique, et participer aux frais domestique de ce second ménage. Il sera alors reconnu comme étant un « mari » de cette seconde femme. Au sujet des différentes formes d'unions socialement reconnues, on pourra se reporter à Gruénais et Lacombe, 1983.

poursuivait-elle, « *j'ai entendu dire que les filles qui prennent les pilules, ou autres contraceptifs ne sont pas sérieuses. C'est pour ça qu'on se cache, et parfois le partenaire n'est pas au courant* ». La norme est rappelée dans les structures de soins et, plus précisément, dans les relations entre les personnels de santé et les jeunes filles ou les femmes célibataires dans les services de planification familiale.

Les jeunes filles sont sans cesse interpellées par des campagnes de prévention sur des comportements à risque qui conduisent à contracter des grossesses non désirées et qui font la promotion du planning familial en général. Mais, à bien des égards, ces jeunes filles expriment le sentiment que les services de planning familial ne sont pas faits pour elle. Pour les jeunes filles, il y a la peur ou la honte d'être reconnues dans la structure de soins par des parents, des connaissances de son environnement immédiat, ou plus généralement la crainte de devoir affronter le regard réprobateur des femmes plus âgées :

« Parfois aussi, quand on arrive, on voit des tanties [appellation commune pour désigner les femmes plus âgées] qui nous regardent bizarrement. Parfois on est gênée, surtout si vous êtes dans le même secteur ».

Mais surtout, à cette gêne ressentie viennent s'ajouter les condamnations explicites par les personnels de santé. Les propos recueillis au cours d'un *focus group* avec des jeunes filles évoquent cette réalité, « *si une fille se rend dans un centre de santé pour chercher la contraception alors qu'elle n'est pas mariée, on dit que c'est une bordelle ; c'est une fille qui n'est pas sérieuse* ». Cet autre discours de cette jeune fille à propos du comportement des agents de santé est sans équivoque :

« Une jeune fille peut arriver et demander à un agent de santé de lui montrer les méthodes contraceptives, par indiscrétion l'agent de santé peut crier sur cette dernière en lui disant que "au lieu d'étudier, c'est des conneries qui t'intéressent !". Tout le monde te regarde comme un vaurien ».

Alors que dans des discours convenus, les personnels de santé soulignent à qui veut l'entendre que les prestations délivrées par les services de planning familial sont accessibles aux jeunes filles, lorsqu'ils sont interpellés sur les tendances de certains à adopter des attitudes moralisatrices, ils reconnaissent alors que certains agents manifestent sans détour leur réprobation face aux demandes des jeunes filles. Une sage-femme nous déclarait :

« Concernant les attitudes moralisatrices, ce sont les doyennes [femmes âgées du service, qui les manifestent]. À un certain âge, quand les jeunes filles viennent, ça veut moraliser. Il faut quitter dans ça, [mais], pour se débarrasser, ce n'est pas facile ! C'est incorporé à notre ombre ! Mais, avec le temps petit à petit on va arriver à se débarrasser de cela. Mais du tac au tac, c'est difficile ! Tu vois, par exemple, une fille de 15 ans avec une infection sexuellement transmissible, d'emblée tu te mets en colère à la place de ses parents ».

En fait, le sentiment qui domine est que les services de planning familial sont surtout faits pour les femmes mariées, comme nous le disait cette jeune fille : « *on dit que les services de planification concernent tout le monde. Mais lorsque tu arrives là-bas, on te demande si tu es mariée et on te regarde bizarrement. C'est*

pour ça les jeunes filles disent que ces services ne sont réservés qu'aux femmes mariées ». Ainsi les contraceptifs délivrés par ces services (pilules, injections, implants contraceptifs, spermicides, stérilets) sont réservés de fait aux femmes mariées. Au cours des discussions de groupe avec des jeunes filles, il est ressorti que celles-ci déclaraient préférer utiliser les préservatifs ou se fier au décompte du cycle plutôt que de s'adresser à un service de santé où elles risquent d'être stigmatisées : « *Moi je n'ai jamais été au dispensaire pour demander des conseils sur les méthodes contraceptives ; les garçons utilisent les préservatifs ; les autres méthodes, c'est les couples qui les utilisent* » (jeune fille dans un groupe de discussion).

Et lorsque les jeunes filles n'ont pas pu éviter une grossesse, les services de santé sont aussi bien loin de manifester l'empathie attendue. Une participante à un groupe de discussion déclarait : « *Lorsque tu tombes enceinte aussi, c'est un problème, soit avec la famille, soit avec le partenaire. Quand tu repars au dispensaire, d'autres problèmes sont posés. Vraiment, c'est difficile. Bon ! On va chercher les maris !* ». Et la situation est encore bien pire en cas d'avortement : « *Aller au dispensaire pour demander des conseils ? Ce n'est pas facile pour une jeune fille ! L'avortement amène toujours des problèmes. Comme moi par exemple, cela fait combien de mois que je souffre ? C'est moi qui n'ai pas mon argent, je n'ai pas mon enfant, je n'ai pas moi-même. J'ai tout perdu. Je ne sais pas si je serai sauvée ou pas. Depuis combien de mois je souffre de cela, demain, c'est autre chose...* » (élève, célibataire, 21 ans).

Les risques d'infections sexuellement transmises, de grossesses non désirées, d'avortements, auxquels sont particulièrement exposées les jeunes filles, et dont les personnels de santé ont parfaitement conscience, n'influent guère sur la propension de ces derniers à réprocher l'attitude de jeunes filles et de femmes célibataires qui « osent » recourir aux services de planning familial. Comme le disait une jeune fille, « *souvent les agents de santé te négligent, te font des reproches au lieu de te donner des conseils. C'est ce qui fait qu'on n'a plus envie d'y repartir* ».

Les services de planning familial sont donc essentiellement faits pour les femmes mariées. Éventuellement aussi pour certaines femmes qui sont engagées dans une relation socialement reconnue, mais non mariées, et qui ne désirent pas d'enfants : « *ce qui m'a amenée ici [nous déclarait une jeune femme], c'est parce que je vis avec un homme qui ne veut pas faire le mariage et qui refuse l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. À chaque fois que je parle de mariage, il dit qu'il va le faire. J'en ai parlé à une amie et c'est elle qui m'a conseillée de venir ici au service de planning familial* ». Certes ici, il semble que la jeune femme doit cacher à l'homme avec lequel elle vit son projet de contraception, néanmoins, engagée dans une relation stable, avec une personne qui sera facilement identifiée comme étant son « mari », elle sait qu'elle peut s'adresser à un service de planning familial où elle recevra une écoute attentive de la part des personnels de santé parce qu'elle est comme « mariée ». Ainsi le mariage, ou du moins l'existence

d'une relation socialement reconnue entre un homme et une femme, devient une condition requise pour accéder à des services de santé de la reproduction, une sorte de passeport pour bénéficier de prestations des services de planification familiale pour éviter les regards accusateurs.

Des rapports aux « maris » omniprésents pendant les consultations prénatales

Les séances de consultations prénatales au sein des structures de soins sont composées de deux phases successives : en premier lieu, une « causerie » collective, où toutes les femmes convoquées un jour précis écoutent les conseils prodigués par des personnels du centre de santé sur la vaccination, l'alimentation, les soins aux nouveaux nés, les risques liés à la grossesse, etc. ; dans un second temps, les femmes sont reçues individuellement pour un examen clinique pour le suivi médical de leur grossesse. Les consultations prénatales sont réalisées par des personnels aux âges et aux niveaux de qualification très variés, depuis les sage-femmes expérimentées, mères de famille, jusqu'à des « matrones » ou des jeunes filles célibataires formées « sur le tas », en passant par des auxiliaires ayant bénéficié d'un apprentissage formel pour acquérir quelques compétences médicales limitées. Étant donné ces niveaux de qualification très inégaux, tous les personnels ne donnent pas des conseils « techniques » (sur l'hygiène, les risques obstétricaux, les conduites à tenir face à un saignement, à une fièvre, etc.) pour le suivi de la grossesse. En revanche, dans cet univers le plus souvent exclusivement féminin des consultations prénatales⁹, avec une belle unanimité, tous les personnels font régulièrement référence au « mari » dans les divers conseils prodigués.

Tout d'abord, pendant les causeries collectives, les prestataires de soins rappellent aux femmes la nécessité, voire l'obligation qu'elles ont de rendre compte de leur consultation prénatale à leur mari.

« Si vous rentrez dans la salle, et vous demandez [au personnel de santé] : "Madame, c'est mon huitième mois, est-ce que je vais accoucher normalement ?" Si elle dit oui, je repars à la maison et je dis à mon mari : "quand je suis allée à la pesée, l'agent de santé a dit que je peux accoucher normalement donc il faut tout faire pour avoir l'argent. Comme ça, quand je vais arriver à l'hôpital, tu ne vas pas courir au marché pour emprunter de l'argent". Vous devriez le dire aux hommes, car ils ont d'autres problèmes qui ne sont pas vos grossesses. C'est vrai [que le mari est] content quand vous êtes enceinte, mais son esprit est ailleurs. Si tu ne le préviens pas, il va oublier. Si vous venez à la pesée [= la consultation prénatale] et vous ne parlez pas, qu'est-ce que vous allez lui dire ? Il y en a qui ne parlent même pas avec le mari ! » (une sage-femme pendant une causerie collective).

La grossesse est une affaire de femme, certes, mais de femme mariée. Dès lors, comme l'illustre le propos rapporté ci-dessus, la femme enceinte doit tout

9. Il est exceptionnel, surtout dans les centres de santé en milieu urbain, de rencontrer des infirmiers participer au suivi de la grossesse.

faire pour motiver le mari à s'occuper d'elle, à anticiper sur les coûts liés à l'accouchement, car, on va le voir dans la partie suivante, c'est à l'homme de payer. Ne pas « parler à son mari » de sa grossesse est donc fermement condamné.

Parmi les sujets très largement abordés lors des consultations prénatales figure aussi la reprise des relations sexuelles après l'accouchement ; et la justification des visites au centre de santé après l'accouchement tourne le plus souvent autour de la gestion de la reprise des rapports sexuels avec le mari.

« Si vous accouchez à la maternité, à la sortie, la sage-femme vous dit : “Madame, revenez au 45^e jour”. (...) À partir du 45^e jour, ton corps devient normal et l'homme te regarde comme si tu étais devenue une jeune fille, n'est-ce pas ? C'est pour cela qu'au 45^e jour avant de mettre le henné et les petites tresses, il faut venir [au centre de santé] pour que l'agent de santé vous consulte et vous dise par exemple “dans la salle d'accouchement, on t'a dit de ne pas pousser et tu as poussé, tu es déchirée, il y a une plaie dedans, il faut qu'on soigne ça. (...) Les agrafes qu'on t'avait mises le jour de l'accouchement [suite à une épisiotomie], on les a enlevées, mais on en a oublié une deuxième. Lorsqu'on a déchiré, le vagin s'est élargi. Donc il faut trouver une solution pour que ton mari ne parte pas courir dehors, n'est-ce pas ?” » (une sage-femme pendant une causerie collective).

On aura relevé, dans ces « conseils », que la préoccupation du locuteur n'a trait ni à la douleur, ni aux risques d'infection, et encore moins à un quelconque repentir suite à une faute professionnelle, mais à la stratégie que la mère de l'enfant doit trouver pour que son mari lui reste fidèle en dépit des désagréments liés à son accouchement. D'ailleurs, la principale mission que les personnels de santé s'attribuent au cours des causeries collectives est sans équivoque, pour cette sage-femme :

« Nous voulons que vous arriviez à dompter vos maris pour qu'ils vous suivent ; vous avez entendu ! »

À cet égard, les personnels de santé, surtout en milieu urbain, n'hésitent pas à inviter les femmes à aller à l'encontre de la tradition. Une norme très répandue dans de nombreuses sociétés africaines stipule que la femme qui vient d'accoucher doit aller habiter pendant quelque temps dans sa propre famille, ou chez sa belle-mère, et en tous les cas ne pas habiter avec son mari immédiatement après l'accouchement (Erny, 1988). En milieu urbain, les personnels de santé manifestent alors une certaine empathie pour les femmes qui viennent d'accoucher, d'autant plus que ces dernières appartiennent aux mêmes univers sociaux que les premières ; ils mesurent les « risques sociaux » encourus par les nouvelles mères qui resteraient éloignées trop longtemps de leur mari, et n'hésitent pas à les inviter à enfreindre cette règle. Une accoucheuse auxiliaire, en charge d'une causerie de groupe, martelait ainsi son avis devant un groupe de femmes venues pour la consultation prénatale :

« Les femmes, n'acceptez pas ! Si vous pouvez vous asseoir [= rester chez le mari], asseyez-vous ! Il y a les médicaments pour l'espacement des naissances pour vous aider. N'acceptez plus une telle chose, aller chez ses parents après l'accouchement,

ou aller dormir chez la belle-mère ? Laissez la belle-mère tranquille ! L'essentiel est qu'elle cajole l'enfant et vous la laissez tranquille. »

Lors d'une autre causerie de groupe, une sage-femme abordant la même question rappelait également un nécessaire changement de conduite de la part des femmes vis-à-vis de leur mari :

« Nous savons que quand une femme accouche, avant le 45^e jour (suivant l'accouchement)¹⁰, elle devient plus belle ! Oui, le fait de devenir jolie fait que le propriétaire [= le mari] va vouloir s'approcher. Nous voudrions que les femmes changent à ce niveau. Changer, cela ne veut pas dire que tu n'as pas froid aux yeux, ou que tu es une pute ! Non, le monde a changé ! Si tu dis que tant que ton enfant ne marche pas, l'homme ne te touchera pas¹¹, si tu ne fais pas attention, au moment de venir te toucher, peut-être qu'il apportera un problème du dehors car tu le refusais. Combien d'hommes peuvent s'abstenir et attendre ? Est-ce que vous pouvez nous dire le temps que les hommes peuvent s'abstenir dans le mois ? (...) Est-ce que ça peut attendre sept jours ? (rires des femmes). Non, c'est combien ? C'est vrai, nous n'avons pas été éduqués de cette façon. Donc, si tu dis que si ton enfant ne marche pas, il ne te touchera pas, il ne te dira pas qu'il ira dehors. Avant que tu ne le saches, il est avec les putes, tu regardes, toi qui [lui] dis de ne pas te toucher. Donc, tu ne peux pas faire des histoires. (...) Donc venez au quarante-cinquième jour pour qu'on vous consulte. »

Par mesure de prévention – rappelons ici qu'il s'agit de propos entendus lors de consultations prénatales qui ont pour seul objet la prévention – on invite donc les femmes enceintes à ne pas suivre la coutume, à ne pas respecter le délai habituellement requis avant la reprise des rapports sexuels, afin d'éviter notamment l'exposition aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. En d'autres termes, il est dans « la nature » de l'homme d'être sexuellement actif en toutes circonstances ; si la femme qui vient d'accoucher veut respecter la coutume du délai avant la reprise des rapports sexuels, elle sera alors responsable de l'infidélité de son mari, de son recours aux prostituées, et éventuellement des infections qu'elles risquent de se voir transmettre. Préserver une relation exclusive avec le père de son enfant est une obligation dont les femmes sont responsables aux yeux des « conseillères » en consultations prénatales. Ici la mission d'éducation des usagers par les personnels soignants (Cook, 2000 : 183), qui sera notamment sanctionnée par la visite au centre de santé requise 45 jours après l'accouchement, consiste à rappeler aux femmes sur le point d'accoucher leur responsabilité quant à l'impératif de la préservation de la relation maritale, ici par la reprise précoce des rapports sexuels. Pour éviter les grossesses trop rapprochées dues à cette reprise précoce des rapports sexuels, « *Il y a les médicaments pour l'espacement des naissances pour vous aider* » comme le disait la conseillère citée ci-dessus.

10. La sage-femme fait allusion ici à la nécessité de la consultation post-accouchement pour un suivi de méthode contraceptive afin d'éviter des grossesses trop rapprochées.

11. Notons qu'une des normes pour la reprise des relations sexuelles des femmes après l'accouchement est d'attendre que l'enfant marche. Pour une description des différentes normes invoquées en matière de reprise des relations sexuelles après la naissance en Afrique, et de leur évolution, voir par exemple Desgrées du Loué A. et Brou H., 2005.

Les consultations prénatales ont pour fonction principale la prévention des risques sanitaires indésirables liés à la grossesse¹², donc pour toutes les femmes. Dans les propos rapportés ici, on aura remarqué combien les consultations prénatales sont aussi l'occasion de marteler la nécessité de la préservation du couple par tous les moyens après l'accouchement, dont la responsabilité incombe surtout aux femmes. L'existence possible de mères célibataires, qui ne seraient pas dans une relation de couple, n'est même pas envisagée dans ces discussions de groupe.

L'accouchement à la maternité : les hommes doivent payer

Au Burkina Faso, même si l'acte lui-même de l'accouchement normal est gratuit, il occasionne toujours des frais : des frais indirects (transport jusqu'à la maternité, entre autres), ou encore des dépenses directes lorsqu'il faut aller se procurer les consommables (gants, fil, etc.) qui ne sont pas toujours disponibles dans les maternités et que les femmes sont alors obligées d'acheter. L'accouchement peut aussi requérir des interventions qui vont de l'épisiotomie à la césarienne, qui là aussi nécessitent consommables et médicaments (antibiotiques) et qui sont en partie ou en totalité à la charge des parturientes. Il faut également parfois déboursier de l'argent pour l'hospitalisation après l'accouchement, et souvent savoir s'acquitter de petites sommes pour « motiver » le personnel à bien s'occuper de vous.

Interrogées individuellement après un accouchement, la plupart des femmes déclarent qu'elles ne connaissent pas le montant versé pour leur accouchement, précisant que c'est le père de l'enfant qui a acquitté les sommes dues. Mais, dans le contexte de discussions de groupe réunissant des femmes invitées à débattre des accouchements en maternité, la parole se libère, et les affirmations sont sans équivoque :

« ... pour moi, au niveau de l'accouchement, si ce n'est pas ton mari, personne d'autre ne peut venir faire les dépenses ; même si ton mari n'a pas d'argent, s'il va emprunter, c'est obligé qu'il rembourse après. Si tu dois accoucher, il faut que l'homme fasse tout pour avoir l'argent pour payer à la maternité » (une femme participant à un *focus group* organisé avec des femmes fréquentant une maternité de Ouagadougou).

L'argent constitue un élément très important des relations hommes/femmes dans le couple. Il détermine l'assignation sociale des rôles des hommes dans le cours des relations amoureuses et conjugales (Attané, 2009). De la ville au village, hommes et femmes conviennent aisément que ce sont les hommes qui doivent prendre en charge les principales dépenses couvrant les principaux frais de nourriture et de santé de leurs femmes et de leurs enfants. Pour les femmes vivant en

12. Ainsi, on peut lire dans le rapport sur la santé dans le monde de 2005 intitulé *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, donc exclusivement consacré à la santé maternelle et infantile, que « En premier lieu, les consultations prénatales sont l'occasion de promouvoir des modes de vie favorables à la santé, lesquels contribuent à long terme à améliorer les issues sanitaires pour la femme, son enfant à naître et éventuellement sa famille » (OMS, 2005, p. 51).

couple et leurs enfants, l'achat des céréales (riz, maïs et mil) pour la préparation des repas ainsi que les frais d'accès aux structures de soins (pour elle et pour les enfants) sont à la charge du conjoint. La capacité des maris à pouvoir assurer de tels frais révèle le devoir de responsabilité sociale des hommes vis-à-vis des femmes et des enfants. Dans la société paysanne au Burkina Faso, les hommes qui se trouvent dans l'incapacité de donner les céréales à leurs épouses pour la préparation du repas quotidien se couvrent de honte (Ouattara, 1999). Autour de l'accouchement, et notamment de l'accouchement en maternité en milieu urbain, l'expression monétaire de l'assignation des statuts des hommes et des femmes devient un enjeu d'autant plus important que se joue alors tout particulièrement la question de l'identité respective des uns et des autres : il n'y a bien évidemment pas de meilleur moment qu'une naissance pour montrer, ou remonter, que l'on est père et mari, d'une part, mère et épouse d'autre part.

La valeur sociale accordée à l'accouchement s'exprime notamment par l'afflux des accompagnants et surtout des accompagnantes de la femme à la maternité. Dans les maternités, lorsqu'un accouchement est proche, il n'est pas rare de voir la salle de pré-travail encombrée, et des personnels de santé tenter de contenir les accompagnantes pour éviter qu'elles entrent dans la salle d'accouchement. Il s'agit là d'attitudes régulièrement décriées par les personnels de santé qui se plaignent alors de ces membres de l'entourage de la parturiente venus trop nombreux et qui les gênent dans leur travail. Néanmoins, ces reproches qui renvoient donc aux conditions de travail, n'empêchent pas une certaine tolérance de ces accompagnants, du fait de la valeur sociale que les personnels de santé accordent aussi à l'accouchement.

Dans ce contexte, les femmes qui viennent accoucher seules sont sévèrement critiquées jusqu'à être qualifiées de « cas sociaux », voire de « délinquantes » par les personnels de santé. En effet, nous avons été intrigués par le qualificatif de « délinquantes » employé par les personnels des maternités pour désigner certaines femmes ; pour nous, un tel qualificatif évoquait plutôt des femmes ayant été à l'origine de désordre dans le service, de violences à l'égard du personnel de santé ou ayant été à l'origine de vols. Lorsque nous demandions aux personnels de santé ce qui avait bien pu se passer pour que telle femme soit qualifiée de « délinquante », se rendant compte de notre totale incompréhension de la situation, ces personnels nous expliquaient qu'il s'agissait de femmes venues sans accompagnants, qui ont accouché seules, et qui ont acquitté elles-mêmes les frais liés à l'accouchement. Après vérification auprès d'autres personnels de santé, dans le cadre d'entretiens individuels ou encore de réunions de restitutions de nos travaux, il nous a bien été confirmé qu'une femme venant accoucher seule et subvenant elle-même à ses besoins renvoyait à une situation totalement anormale.

Étant donné l'afflux attendu d'accompagnants lors de l'accouchement, l'absence d'accompagnants signifie ici une absence d'inscription de la femme dans des réseaux sociaux, et dès lors sa relative a-sociabilité. Mais ce qui semblait choquer le plus nos interlocuteurs (dont la plus grande partie était des femmes),

c'était que la femme s'acquitte seule des dépenses, ce qui révélait une tripe arrogance de ces femmes. Ces femmes montrant qu'elles payent seules le prix de l'accouchement agissaient égoïstement, pourrait-on dire, sans se soucier de montrer que l'enfant est issu d'un couple. En s'acquittant elles-mêmes du prix de l'accouchement, elles montraient publiquement que le père de leur enfant « n'est pas capable », qu'il n'a pas la capacité de prendre en charge « sa » femme (qu'il y ait mariage effectif ou non), et donc dévalorisaient de fait le statut du partenaire masculin. Enfin, comble de l'arrogance, elles manifestaient ainsi qu'elles pouvaient se prendre en charge seule, sans s'inscrire dans une relation avec un homme ; elles apparaissaient potentiellement comme des mères célibataires.

Cette dévalorisation de la femme qui paye elle-même le prix de l'accouchement est totalement intériorisée par les parturientes elles-mêmes, à tel point que même si le partenaire est démuné et que la femme dispose de ressources, il faudra toujours que l'on voit l'homme payer. En effet, lors d'une discussion organisée avec un groupe de femmes, une institutrice expliquait qu'elle avait dû payer à partir de ses revenus les frais liés à ses trois grossesses depuis que son conjoint avait perdu son emploi. Une autre participante du groupe de discussion enchaîna alors :

« quand j'avais la grossesse de mon enfant-là, mon problème était semblable à celui de la dame. Mon mari ne travaille pas, il a fait au moins six ans. C'est le nettoyage simple que je faisais et je gagnais 20 000 F CFA par mois [30 €]. À la fin de chaque mois, je mettais 5 000 F [7,50 €] de côté. Et comme je savais que j'étais enceinte, j'ai déposé comme ça jusqu'à atteindre 50 000 F [75 €]. Comme je sais que si la femme est en grossesse, ça peut être une opération [césarienne] ; ou bien si Dieu t'aide et que tu as un accouchement facile, tu peux accoucher sans problème, mais tu dois payer les ordonnances. J'ai mis de côté petit à petit, et comme Dieu a fait que ça n'a pas été une opération, j'ai eu mon enfant, je suis contente. J'ai enlevé 25 000 F [37,50 €] du reste de l'argent pour donner à mon mari et comme il y avait le baptême qui arrivait pour ne pas avoir la honte, j'ai dit : "prends ! Tu donnes 15 000 F [22,50 €] pour acheter le mouton et tu donnes 5 000 F [7,50 €] aux femmes pour qu'elles achètent le petit mil et les autres ingrédients pour faire le *zoom koom* [boisson traditionnelle à base de farine de petit mil]. Personne ne saura. C'est entre toi, moi et Dieu". C'est comme ça que j'ai fait pour qu'on puisse faire le baptême (...) Il faut avoir pitié de lui, si tu as pitié de lui, le jour que Dieu lui donnera, il sait ce qu'il fera pour te satisfaire ».

Pour que le mari préserve son statut, on doit donc le voir payer, éventuellement avec l'argent de sa femme, y compris à la maternité, lieu par excellence où il doit se montrer « capable » d'être père et mari, comme l'attestent ces propos d'une autre femme :

« Par exemple pour moi là, comme je sais que mon mari n'avait pas les moyens, moi je lui ai donné de l'argent : "prends ! tu vas payer et on va sortir" [après l'accouchement, le paiement des frais à la caisse de la structure de soin est une condition pour la sortie]. C'est le mari qui a payé (les autres femmes du groupe se mettent à rire). Mais en réalité, c'est moi. Entre lui et moi, qui sait ? C'est lui qui a payé ! »

Il importe donc pour une femme qui se rend à la maternité qu'elle puisse faire aussi la preuve de son statut d'épouse, notamment par la présence d'un mari, ou

du moins du père de son enfant, qui doit notamment s'acquitter publiquement du prix de l'accouchement. La parturiente peut ainsi montrer à tous, c'est-à-dire notamment à son groupe d'accompagnant(e)s composé de membres de sa famille et de son entourage proche, mais aussi aux personnels de santé qui ont tôt fait de mépriser les femmes qui manifesteraient leur solitude sociale en payant elles-mêmes le « prix de l'accouchement », qu'elle est une femme au plein sens du terme, c'est-à-dire ici une mère inscrite dans une relation de couple socialement reconnue. Voir un homme payer le prix de l'accouchement pour « sa » femme et son enfant participe de l'affirmation de cette relation de couple socialement reconnue. On comprend mieux alors les stratégies féminines qui consistent parfois à feindre de ne pas connaître le « prix de l'accouchement », à se montrer financièrement dépendante en dissimulant ses deniers propres, voire à donner de l'argent au père de son enfant pour qu'il aille payer le « prix de l'accouchement » afin que lui-même, mais aussi elle-même, ne perdent pas la face. Faire pression sur l'homme et s'assurer que le père de l'enfant paye le prix de son accouchement, c'est aussi pour la femme un moyen de montrer à tous qu'elle est bien la mère et l'épouse (ou la concubine attirée) qu'il convient de reconnaître socialement comme étant liée à cet homme.

Conclusion

Les centres de santé qui délivrent des prestations en santé reproductive au Burkina Faso sont donc des lieux de rappel de la norme, sinon du mariage, du moins de la nécessité d'une relation socialement reconnue entre un homme et une femme, père et mère. Les hommes, ou plus exactement les maris, sont omniprésents dans les discours des femmes et des personnels de santé dans les services de planning familial, dans les consultations prénatales, dans les maternités, lieux parfois exclusivement féminins. Tout le parcours sanitaire des femmes ayant un projet de maternité est l'occasion du rappel de la norme du mariage et du renforcement du lien avec leur mari. *A contrario*, ce même parcours est aussi l'occasion de dévaloriser toutes celles qui se présenteraient comme potentiellement mères célibataires. Dans cette mesure, ces structures de soins peuvent donc être également des lieux d'exclusion, ou du moins de forte stigmatisation de celles qui ne répondront pas à la norme. On peut dire que l'impératif de la domination masculine, ou du moins de la dépendance vis-à-vis de l'homme est largement rappelée dans des structures de soins où sont pourtant mis en œuvre les recommandations de santé publique en faveur de la promotion des droits des femmes à la santé reproductive. Et de la stigmatisation à la violence à l'égard de toutes celles qui ne répondent pas aux normes, il n'y a sans doute qu'un pas, violence largement documentée dans les structures de soins en Afrique, et notamment dans les maternités (Jewkes *et al.* 1998 ; Walker et Gilson, 2004).

BIBLIOGRAPHIE

- ATTANE A. [2009], « Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. L'exemple des milieux urbains au Burkina Faso », *Autrepart*, n° 49, p. 151-169.
- BISILLIAT J. (ed.) [1996], *Femmes du Sud, chefs de famille*, Paris, Karthala.
- CNLS [2007], *Stigmatisation et fréquentation des structures de PEC du VIH/sida par les hommes séropositifs*, Ouagadougou.
- COOK J. M. [2000], « La caractérisation des usagers par le personnel de santé » in G. Cresson et F.-X. Schweyer (eds.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, éditions ENSP, p. 179-192.
- DESGRÉES DU LOÛ A., BROU H. [2005], « Resumption of sexual relations following childbirth : norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire », *Reproductive Health Matters*, vol. 13, n° 25, p. 155-163.
- ERNY P. [1988], *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*, Paris, L'Harmattan.
- FARMER P. E., NIZEYE B., STULAC S., KESHAVJEE S. (2006), « Structural Violence and Clinical Medicine », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 10, p. e449 (www.plosmedicine.org).
- FREIDSON E. [1984], *La profession médicale*, Paris, Payot (1^{re} ed. anglaise 1970).
- GRUENAI M.É., LACOMBE B. [1983], « Nuptialités », *Statéco*, n° 35, p. 58-78.
- GRUENAI M.É. [1985] « Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre (Haute-Volta) », in C. Collard et M. Abeles (eds.), *Âge, pouvoir et société en Afrique Noire*, Paris, Karthala, p. 219-245.
- JEWKES R., NAEEMAH A., MVO Z. [1998], « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 11, p. 1781-179.
- OGIEN A. [1999], *Sociologie de la déviance*, (nouvelle édition), Paris, Armand Colin.
- OMS [2005], *Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*
- OUATTARA F. [1999], *Savoir-vivre et honte chez les Senufo Nanerge (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat, EHES-Marseille.
- VARGA C.A. [2001], « The Forgotten Fifty Per Cent : A Review of Sexual and Reproductive Health Research and Programs Focused on Boys and Young Men in Sub-Saharan Africa », *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, vol. 5, n° 3, p. 175-195.
- WALKER L., GILSON L. [2004], « We are bitter but we are satisfied' : nurses as street-level bureaucrats in South Africa », *Social Science and Medicine*, n° 59, p. 1251-1261