



Comment mettre sur agenda un problème public intime et sensible ?

Dilemmes et inconforts des acteurs autour de l'avortement
au Burkina Faso

Fatoumata Ouattara*

La sensibilité de l'avortement relève de sa dimension intime mais aussi de sa prise en compte dans l'action publique. Une simple opposition entre espace privé et espace public paraît insuffisante pour comprendre les conduites des acteurs. Comment émerge une question sensible et intime dans l'action publique ? Comment est structurée sa publicisation ? Ce texte vise à montrer comment la traduction de l'avortement en tant que sujet sociétal oscille entre l'ordre sanitaire et l'ordre moral au Burkina Faso. Son inscription à l'agenda se décline avec la nécessaire discrétion des pratiques d'avortement selon l'ordre moral local et les attentes des acteurs internationaux. Faire de l'avortement un problème d'ordre public confronte ainsi des acteurs opérant dans leurs sphères d'action respectives. Nous proposons une attention à l'émergence et à la formulation des problèmes publics. Une telle analyse ne semble féconde qu'à condition d'ouvrir une voie à la croisée de plusieurs champs thématiques mettant en évidence la dynamique des acteurs, leurs logiques et les enjeux : anthropologie culturelle et sociale, anthropologie du développement et sociologie de l'action politique. Cela permet d'appréhender des sujets (anciens et nouveaux) à l'interface des sphères privées et publiques, d'un point de vue socio-anthropologique, sous un nouvel angle.

The sensitive nature of abortion stems not only from its intimate dimension, but also from how it is approached in public action. The mere opposition between the private and public space seems to be insufficient to understand how the actors behave. How does a sensitive and intimate issue emerge in public action? How is its publicisation structured? The aim of this paper is to show how the translation of abortion into a societal subject oscillates between health and morals in Burkina Faso. Its inclusion on the agenda is combined with the need for discretion in abortion practices in accordance with the local moral order and the expectations of international actors. Making abortion a public order issue thus brings actors operating within their respective spheres of action face to face with each other. We propose to focus on the emergence and formulation of public problems; however, such an analysis may only be fruitful if it opens a new direction at the crossroads of several thematic fields, highlighting the dynamics of actors and their logics and the issues at play: cultural and social anthropology, development anthropology, and sociology of political action. This will make it possible to analyse subjects at the interface of the private and public spheres from a socio-anthropological perspective, and from a new angle.

* Anthropologue, Aix-Marseille Université, IRD, LPED, Marseille, France ; fatou.ouattara@ird.fr

Introduction

Les recherches socio-anthropologiques sur les politiques publiques en Afrique ont essentiellement porté sur des politiques « classiques », qui plus est soutenues et influencées par l'aide internationale. La formulation des problèmes est principalement le fait des professionnels et des experts, qu'ils soient cadres des administrations ou des agences d'aide, chercheurs ou consultants. Elle met l'accent sur des manques (faibles taux de scolarisation, faible accès à l'eau potable, etc.) ou des insuffisances de qualité (niveau des enseignants, qualité des soins, gouvernance des services publics, etc.). Il peut y avoir des controverses sur la façon de formuler le problème, mais il est largement reconnu.

Mais que se passe-t-il lorsque le problème ne va pas de soi, ou ne peut pas être posé ? Comment se passe l'émergence et la formulation des problèmes collectifs publics en Afrique ? Des problèmes peuvent-ils émerger lorsqu'ils ne sont pas impulsés par, ou sous l'œil, des bailleurs de fonds ? L'analyse des politiques publiques a montré que l'identification même des problèmes publics ne va pas de soi. Il faut un travail spécifique pour qu'une somme de difficultés individuelles soit perçue comme la résultante de mécanismes qui dépassent les individus concernés, et réclame une intervention des autorités¹. Il y a différentes façons de formuler un problème, qui ne mettent pas l'accent sur les mêmes causes, ni les mêmes conséquences, et appellent du coup des mesures de nature différente. Ainsi, les accidents de la route dus aux camions peuvent-ils être imputés d'abord à l'état des routes (qui relève de l'État), à l'état des véhicules (qui relève de la responsabilité individuelle, mais aussi des règles de contrôle technique mises en place par l'État), à la responsabilité des chauffeurs ou à leurs conditions de travail relevant elles aussi d'un ensemble d'acteurs.

La recherche s'est jusqu'à présent très peu intéressée à l'émergence et à la formulation des problèmes publics. Or c'est aussi un révélateur de la façon dont une société se perçoit, de ce qui est ou non posé comme un problème, de ce qui relève du privé ou du collectif, et de comment une question interpelle ou non les autorités. À partir du cas de l'avortement, nous voudrions ici plaider pour l'intérêt de ces questions pour une socio-anthropologie du changement social et du développement.

L'avortement provoqué ou l'interruption volontaire de grossesse est une pratique universelle (Devereux, 1955 ; Boltanski, 2004). Il s'agit avant tout d'une affaire intime et sensible. Son évocation dans l'espace public suscite parfois des opinions tranchées et oppose ainsi ceux qui sont pour sa pratique à ceux qui y sont opposés. On considère les uns comme les « tenants du *pro-choice* », favorables au droit des femmes à disposer de leur corps, et les autres comme les « tenants du *pro-life* », qui mettent en avant le droit à tout embryon de suivre le cours de son développement (Guillaume et Rossier, 2018 : 225-226).

¹ Voir les travaux fondateurs de J.R. Gusfield (1984, 2009) sur l'alcool au volant.

Dans son ouvrage *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, L. Boltanski (2004 : 38) énumère deux questions que l'avortement pose à la sociologie : la première repose sur « la légitimité » à partir de l'opposition entre ce qui est permis et ce qui est interdit ; et la seconde repose sur sa visibilité car il s'agit somme toute d'un phénomène pratiqué « dans l'ombre ». Ces deux questions peuvent être articulées et traitées ensemble.

Mon argument s'articule autour de l'idée de publicisation, c'est-à-dire le travail par lequel une somme de problèmes individuels devient un problème public au double sens de « ce qui dépasse les individus » et « ce qui est présent dans l'espace public ». Il s'agit de saisir comment, en amont d'une reconnaissance politique (*policy process*) qui entame la mise sur agenda, des acteurs sociaux fabriquent de l'action publique par le bas (Garraud, 1990 ; Hassenteufel, 2010). Pratiqué discrètement, couramment et entraînant souvent des conséquences désastreuses, comment l'avortement est-il formulé dans l'espace public comme une préoccupation sociétale ? Comment les logiques d'acteurs s'articulent dans la construction publique sur ce phénomène ? Comment promouvoir une politique publique sur une question dont la vocation morale est la discrétion ? Comment différents acteurs se positionnent ou se mobilisent par rapport à la question ? L'hypothèse ici est que l'entente tacite sur la discrétion des pratiques comme gage de leur invisibilité dans l'espace public permet aux différents acteurs de maintenir leur légitimité malgré les tensions contradictoires qui opèrent dans leurs sphères d'action respectives.

Les matériaux sur lesquels se fonde mon propos proviennent de trois contextes de recherche entamés depuis 2010 : un programme de recherche sur des logiques d'acteurs face à l'avortement au Burkina Faso et une étude conduite autour d'un médicament, le misoprostol, en lien avec l'avortement au Bénin et au Burkina Faso. En continuité de ces études, une recherche entamée depuis 2017 au Togo sur les postures de la société civile sur l'avortement permet incontestablement de développer le propos.

Une norme sociale qui condamne et un cadre juridique qui restreint sa pratique

En privé ou en public, les discours désapprouvent et condamnent l'avortement provoqué². Par exemple, une enquête réalisée par le Centre de gouvernance démocratique (CGD, 2010) mentionne que la société burkinabè est majoritairement opposée à la pratique de l'avortement (86 %). Si l'on admet que la notion de norme constitue une forme de légitimation des conduites des acteurs sociaux et que, de ce fait, les règles normatives cautionnent l'action d'un point de vue moral (Bailey, 1971), on peut dire que l'avortement est perçu comme une transgression normative.

² Voir par exemple A. Guillaume (2004a, 2004b) et R. Ouédraogo (2015).

À l'instar des autres pays d'Afrique de l'Ouest francophone, les lois restrictives soulignent la désapprobation sur la pratique de l'avortement³. À l'indépendance en 1960, le Burkina Faso a hérité du Code pénal français de 1810 et de la loi française de 1920 qui réprimait « la provocation de l'avortement et la propagande contraceptive » (Guillaume et Rossier, 2018 : 238). Le Code pénal français avait pour finalité l'augmentation de la natalité à l'issue de la première guerre mondiale et il a été également transmis aux anciennes colonies françaises. Au Burkina Faso, il a fallu attendre 1996 pour que la loi française de 1920 soit révisée. Le cadrage juridique national de la pratique de l'avortement est énoncé dans le Code pénal et par la loi portant sur la santé de la reproduction en 2005. Le cadrage juridique de l'avortement au Burkina Faso est restrictif et punitif. Une interruption de grossesse n'est tolérée qu'en cas de viol, de relation incestueuse, ou dès lors qu'il a été prouvé que la grossesse est un risque pour la santé de la femme enceinte ou bien qu'il y a une probabilité que le fœtus soit atteint d'une affection grave, reconnue comme incurable. Du côté de la santé, la loi n° 49/005-AN du 21 décembre 2005 portant sur la reproduction adoptée par l'Assemblée nationale souligne la lutte contre les avortements provoqués. Les articles 383, 386 et 387 du Code pénal indiquent des sanctions financières et d'emprisonnement requises à l'égard de personnes impliquées dans la pratique d'une interruption volontaire de grossesse. On peut dire que le cadre juridique restrictif entérine d'une certaine manière les conceptions populaires locales à l'égard de l'interruption volontaire de grossesse.

Les conditions sociales de la tolérance d'une pratique courante

Des discours de condamnation morale et du cadre juridique restrictif aux faits réels, il y a un grand écart. Car, bien que faisant l'objet d'une réprobation sociale, l'avortement est pratiqué, et semble faire l'objet d'une tolérance (Ouédraogo, 2015). Dans ce contexte socioculturel et juridique respectivement réprobateur et restrictif, l'avortement se fait dans la discrétion. Et, bien que pratiqué dans la discrétion, il finit souvent par être su et par apparaître comme « un secret connu de tous » comme le souligne la démographe Clémentine Rossier (2006). Lorsque le secret est découvert, on observe une certaine tolérance de l'entourage vis-à-vis de la femme qui en a fait l'expérience. Cependant, la tolérance vis-à-vis de l'avortement ainsi que la discrétion requise pour sa pratique semblent obéir à des logiques culturelles. Il est attendu que les acteurs sociaux qui en font l'expérience adoptent les dispositions associées à la bienséance en matière de discrétion. L'avortement est toléré à condition que les codes culturels et sociaux de la discrétion soient partagés par les acteurs que l'acte implique. Aucune femme, à moins d'être dénuée d'éducation et d'attachement aux codes du monde social local, ne peut annoncer ouvertement qu'elle a avorté. L'expérience intime de l'avortement doit garantir les conditions culturelles, sociales et religieuses de la discrétion. L'avortement n'est pas bien

³ Sur 53 pays africains, 6 pays disposent de lois autorisant l'avortement à la demande de la femme pendant le premier trimestre de la grossesse : le Cap-Vert, l'Afrique du Sud, la Tunisie, le Mozambique, Sao Tomé et Príncipe, l'Angola.

et, quand on le fait, il faut être discret... et c'est le maintien de cette discrétion sociale qui peut le rendre tolérable. On peut dire que la pratique de l'avortement s'apparente à celle qui relève de l'adultère chez les femmes peules (Kintz, 1987) dans la mesure où elle est tolérée à condition que celle qui en fait l'expérience s'arrange pour que son entourage fasse semblant de ne pas le savoir. Les normes sociales et les cadres juridiques confinent la pratique de l'avortement dans la dissimulation⁴.

De l'intime à la santé publique

Des études socio-anthropologiques ont montré qu'entamés hors de l'hôpital dans la discrétion, les avortements se terminent souvent dans des conditions sanitaires désastreuses pour les femmes lorsqu'elles arrivent dans des hôpitaux publics de référence (Drabo, 2013 ; Ouédraogo et Ouattara, 2013 ; Ouédraogo, 2015). Du côté de la santé publique, il s'agit des « avortements clandestins » ou des « avortements à risque » en raison des conséquences sanitaires en termes de morbidité et de mortalité. Ces phénomènes sont d'une ampleur estimée importante, et les chiffres sur l'avortement sont certainement sous-estimés du fait de la discrétion qui le caractérise d'un point de vue socioculturel et aussi au regard des lois punitives sur la pratique (WHO, 2011 ; Rossier, 2015 ; Guillaume et Rossier, 2018). Au Burkina Faso, les femmes tentent de se faire avorter discrètement en utilisant des pratiques variées et ont souvent recours à plusieurs personnes non qualifiées. Outre ces parcours tortueux, les déterminants sociologiques et les conséquences ont été largement décrits et analysés (Ouédraogo, 2015 ; Zongo *et al.*, 2015 ; Kagambèga, 2016). Notons que l'avortement clandestin coûte plus cher pour les femmes qui ont moins de ressources financières, contrairement à celles qui ont les moyens et disposent d'un réseau de connaissances leur permettant d'accéder à un avortement plus sécurisé (Ouédraogo, 2015 ; Rossier, 2015). Toutefois, le traitement politique du phénomène de l'avortement se fonde sur l'ampleur de ses conséquences.

Des accords internationaux à l'optique nationale dédiée aux soins après avortement (SAA)

À l'instar d'autres pays à faible revenu, le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 représente un moment clé pour le Burkina Faso en matière de politique publique sur l'avortement. C'est lors de cette rencontre que, sous la pression d'ONG et de mouvements féministes, un programme d'action interpelle les pays à faible revenu pour traiter la question de l'avortement. Le programme d'action adopté à la CIPD en 1994 s'associe à un compromis entre, d'un côté, les acteurs favorables au droit à l'avortement et, de l'autre, les décideurs des États plutôt opposés à favoriser un tel droit (Ouattara et Storeng, 2014 : 112). Il fut notamment acté, entre ces acteurs aux avis divergents, des politiques pour atténuer les

⁴ Pour une description et une analyse des pratiques associées à l'avortement au Burkina Faso, voir la thèse de doctorat de R. Ouédraogo (2015).

conséquences des avortements à risque par l'offre de soins de qualité accessibles pour la prise en charge médicale des complications de l'avortement et une meilleure accessibilité aux services de planification familiale (DeJong, 2000 ; Ouattara et Storeng, 2014).

Pour « être en phase » avec le programme adopté à la CIPD, la collaboration entre des ONG et des gynécologues-obstétriciens participe progressivement à faire émerger les soins après avortement (SAA) dans les structures de soins publiques centrales que sont les centres nationaux hospitaliers et universitaires. Certains de ces praticiens rencontrés au cours de nos recherches nous ont confié que leur motivation à accompagner l'émergence des SAA était nourrie par leur épuisement : ils recevaient en effet couramment des femmes pour des tentatives d'avortement, qui arrivaient en état d'urgence au bloc opératoire des maternités de référence où ils devaient faire des curetages utérins. Et ils étaient psychologiquement épuisés de voir certaines de ces femmes qui arrivaient trop tard à l'hôpital, pour y mourir. Pour ces gynécologues, l'engagement à créer des services pour traiter des cas d'avortement pouvait ainsi contribuer à améliorer les soins des femmes (Ouattara et Storeng, 2014). Avec la mise en place de services de SAA, le traitement des conséquences est décentralisé dans les centres médicaux avec antenne (CMA) et l'expulsion des débris utérins qui se faisait par curetage fait place à la technique de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).

Toutefois une étude socio-anthropologique a permis d'observer que les femmes accueillies dans ces services sont parfois confrontées à la stigmatisation de la part de soignants parce qu'elles sont accusées d'avoir commis une faute morale et/ou juridique (Drabo, 2013). On peut dire que les situations de violence à l'égard des femmes dans les services SAA constituent une sorte de contestation des soignants face à la publicisation de l'avortement. Au cours de nos investigations de terrain, certains soignants confient leur sentiment d'inconfort entre les principes déontologiques de la profession médicale qui les incite à offrir des soins et leurs convictions religieuses qui édictent que l'avortement est une mauvaise pratique.

Le misoprostol, un médicament qui (re)met en jeu la publicisation de l'avortement

Cependant, comment cet enjeu se cristallise davantage avec l'arrivée d'un médicament dans le champ de l'avortement ? Le misoprostol est un médicament dont la dénomination commune internationale (DCI) se décline en plusieurs spécialités (Cytotec®, Misoclear®, Ace Miso®...). Il a d'abord été fabriqué pour la prévention des ulcères gastriques. Cependant, c'est au Brésil que les femmes ont commencé, pour la première fois, au début des années 1980, à utiliser le misoprostol à des fins abortives, et ce, dans un contexte où l'accès légal à l'avortement est très restreint. Puis, cet usage « détourné » et non prescrit médicalement s'est répandu dans d'autres pays (Gipson *et al.*, 2011 ; De Zordo, 2016). Compte tenu de ces usages populaires détournés, les gynécologues-obstétriciens ont dû y prêter une attention particulière pour finir par reconnaître qu'il peut servir pour le déclenchement de l'accouchement, pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum (HPP), pour le traitement des complications de l'avortement incomplet (prise

en charge du post-abortum) et pour pratiquer des avortements médicamenteux. C'est dans cette variété d'usages que l'OMS⁵ a reconnu que le misoprostol a un effet sur la baisse de la mortalité maternelle dans ces pays à faible revenu.

Comme dans d'autres pays d'Afrique francophone, au Burkina Faso, la reconnaissance nationale d'un médicament se décline par l'inscription de sa dénomination dans la liste des médicaments essentiels. Il s'agit de la liste à laquelle devraient se référer les soignants des structures de soins publiques et qui conditionne la disponibilité dans les services de santé et le type d'utilisation autorisée. La revue régulière de la liste des médicaments essentiels implique différents acteurs : soignants, administrateurs du ministère de la Santé (décideurs, soignants, pharmaciens) et acteurs d'associations et d'ONG nationales et internationales. L'acceptation du misoprostol par des autorités nationales pour son inscription dans la liste des médicaments essentiels a été un long processus, problématique, car il n'y avait pas de consensus sur la question. Les détenteurs d'enjeux du ministère de la Santé, de nombreux soignants et les parlementaires ont exprimé leurs réticences face à l'introduction de ce médicament dans le domaine des SAA, car ils craignaient qu'il permette aux femmes d'avorter et qu'il puisse ainsi entraîner une permissivité de l'avortement et une augmentation du nombre d'avortements⁶.

Certaines ONG connues pour leurs positions favorables à l'avortement ont espéré que le misoprostol puisse « ouvrir une fenêtre sur les demandes d'avortement ». Mais l'expérience des échanges sur les conditions d'utilisation officielles de ce médicament n'a pas permis de le faire. Face aux réticences des décideurs de l'État, les acteurs de ces ONG semblent parfois enclins à « court-circuiter » le système non sans l'aide discrète de gynécologues. Les réunions officielles n'étaient plus des espaces appropriés à la construction d'un dialogue consensuel entre acteurs. D'autres rencontres ont été nécessaires à défaut de consensus. Le lobbying favorable à l'utilisation du misoprostol auprès des agents du ministère de la Santé a été tenu par des ONG internationales reconnues pour leur légitimité dans la lutte contre la mortalité maternelle et par d'autres ONG connues pour leur position et leurs activités sur l'offre de l'avortement. Cependant, le leadership de ce groupe de lobbying a été coordonné par une ONG légitime auprès des acteurs de l'État. Il a fallu des échanges discrets et soutenus entre différents acteurs, et ce pendant plusieurs mois, pour aboutir à l'inscription du misoprostol dans la liste des médicaments essentiels au Burkina Faso en décembre 2014 pour le traitement des hémorragies du post-partum (HPP) et les soins après avortement (SAA). Les procédures de la disponibilité du médicament entérinées par une autorisation de mise sur le marché (AMM) se sont avérées tout aussi problématiques. En pratique, le médicament était disponible dans des structures de soins de certaines ONG internationales et dans des pharmacies où sa vente

⁵ L'OMS en tant qu'institution garante des normes en santé prescrit l'association de mifépristone et du misoprostol dans la liste des médicaments essentiels. Et, en 2011, elle est favorable à l'inscription du médicament dans la liste des médicaments essentiels pour les mères et les enfants et plus spécifiquement en gynécologie-obstétrique (cf. 17^e édition de l'OMS).

⁶ Sur la déconstruction de cette idée reçue, voir C. Rossier (2015).

devait se faire à condition de présenter une ordonnance médicale prescrite par un médecin. En dehors de ces négociations institutionnelles sur ses usages, au Burkina Faso, certaines femmes ont commencé à utiliser ce médicament pour avorter (Baxerres *et al.*, 2018). R. Ouédraogo (2015 : 306) note « des utilisations clandestines du produit » par des femmes et des soignants enclins à la discrétion.

Les limites d'une publicisation face à la résistance des enjeux locaux

Une politique publique de l'avortement n'est-elle pas finalement contrariée par l'attachement des décideurs nationaux à la dimension morale qui cerne le phénomène ? Les activités des ONG dont la lutte pour les droits des femmes se traduit par le droit à l'avortement se heurtent à une forme de résistance du contexte local. Lorsque le cadre des échanges le permet, les décideurs de l'État justifient leur résistance en sourdine à l'avortement *in fine* au nom de la singularité des valeurs locales. Dans un contexte social marqué par l'inégalité des rapports sociaux de genre, la directrice d'un département ministériel explique son avis opposé à une législation de l'avortement par la prégnance des valeurs sociétales.

Je pense que nous ne sommes pas prêts à aller vers la légalisation de l'avortement. La légalisation de l'avortement suppose quand même des services bien équipés, des services bien disponibles [...] et des compétences en tout cas heu [...] comment on appelle ça, qui nous permettent de le faire, peut-être que les compétences existent mais il faut de l'équipement et aussi la légalisation [...]. Selon les quelques films que j'ai eu à voir sur la pratique de l'avortement dans les pays où cet acte a été légalisé c'est toute une démarche, c'est toute une démarche impliquant l'individu lui-même, la femme elle-même, impliquant sa famille et [...] moi, personnellement, je ne pense pas qu'à l'étape actuelle là, de nos valeurs, de nos croyances religieuses là, qu'on puisse vraiment mettre en place toute cette démarche-là [...]. (une responsable du ministère de la Santé)

De leurs côtés, les ONG dont les activités sont aux confins de l'avortement sont tenues d'opérer discrètement et de s'arranger pour ne guère afficher ouvertement le fait qu'elles offrent l'avortement, mais de dire qu'elles font des soins après avortement. Cette posture les conduit parfois à mettre plus en avant des offres de soins aux femmes aux dépens de la lutte pour leurs droits. Il s'agit ainsi pour ces ONG de travailler autour de l'avortement et non d'offrir l'avortement. Travailler autour de l'avortement peut consister à fournir des méthodes contraceptives, des soins après avortement, des soins que permet le contexte juridique.

Dans ces conditions, les acteurs de l'État tolèrent les activités des ONG en matière d'avortement, mais à condition qu'elles soient discrètes. Tout se passe comme si les interactions entre les acteurs d'ONG et les décideurs de l'État et la population étaient régies par la discrétion sur une potentielle permissivité de l'avortement. Une politique publique de l'avortement semble pour le moment compromise par sa contestation de par les conceptions socioculturelles locales.

Conclusion

Bien que tout le monde sache que des avortements provoqués, médicalisés ou non, sont fréquents, bien que les professionnels de santé publique soient conscients des risques graves de santé qu'encourent les femmes qui avortent sans suivi médical et qu'ils les voient dans les hôpitaux, la question de l'avortement n'arrive pas à être construite comme problème public. Il demeure tabou, bloqué entre les interdits moraux et religieux, et la répression légale. Dès lors, c'est seulement à la marge que le problème est pris en charge, de façon discrète.

À ce jour, en matière de politique publique, les soins après avortement (SAA) destinés à traiter médicalement les conséquences des avortements clandestins et corroborés par le maillage juridique constituent la principale réponse de l'État burkinabè sur la visibilité de l'avortement dans l'espace public. Autrement dit, la loi sur l'avortement permet l'existence des SAA : s'il ne peut être pratiqué qu'à quelques exceptions, on peut néanmoins traiter médicalement les conséquences qui en découlent lorsqu'il est mal pratiqué parce que clandestinement et dans des conditions de risques sanitaires. Pour l'heure, cette politique publique en matière de santé est légitimée par la lutte contre la réduction de la mortalité maternelle (Storeng et Ouattara, 2014). Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement sont générées par son indicibilité dans l'espace public.

Le traitement des conséquences de l'avortement est érigé sur la base d'un consensus des acteurs institutionnels pour la lutte contre la mortalité maternelle, l'argument majeur pour inscrire la question de l'avortement dans l'espace public. C'est la condition sanitaire qui prévaut aux dépens d'une politique de droits humains, des femmes en l'occurrence. La crainte de la banalisation de l'avortement semble en relation avec la crainte du pouvoir des femmes sur leurs corps et de fait un changement des rapports sociaux de sexe dans des sociétés dont les rapports de genre reposent sur une asymétrie du pouvoir en défaveur des femmes (Héritier, 1999 ; Slimani, 2017).

L'élaboration d'une politique publique autour de l'avortement supposerait à tout le moins sa publicisation, c'est-à-dire la traduction de sa dimension intime en problème public (Zittoun, 2013) et le fait qu'il soit médiatisé. Dans la littérature sur l'action publique, la publicisation est considérée comme un préalable à la mise sur agenda, au fait que les acteurs publics se saisissent du problème et agissent. Moins qu'une publicisation, ce que l'on observe dans le cas de l'avortement est une tentative de mise sur agenda de l'avortement en tant que problème public par des acteurs variés (Garraud, 1990, 2019). Portée essentiellement par des ONG internationales dont les actions concernent la lutte pour les droits des femmes, on peut dire que cette tentative de mise sur agenda de l'avortement au Burkina Faso s'apparente à un « modèle de l'action "corporatiste" silencieuse » (Garraud, 1990 : 37-38). Il s'agit là d'une configuration d'action qui repose sur l'intervention de groupes organisés auprès des autorités publiques, et cela se fait de manière discrète en évitant de passer par la médiatisation des interactions : cette mobilisation externe portée discrètement avec la coalition de quelques gynécologues

oriente l'action finalement – pour le moment en tout cas – sur la légitimité de la lutte contre la mortalité maternelle, ce qui est une façon de construire le problème.

Ce cas invite à questionner de façon plus systématique ce qui est considéré comme problème dans une société donnée : par qui et comment le problème est-il formulé et publicisé ? Il invite aussi à interroger les processus qui font que certains problèmes sortent ou non de la sphère privée, du registre de la responsabilité individuelle, pour devenir publics, dans les deux sens du terme. Un tel questionnement permettrait d'aborder des enjeux nouveaux, encore peu étudiés, mais aussi de réinterroger d'un point de vue socio-anthropologique, sous un nouvel angle, des problèmes classiques. Appréhender la traduction d'une question intime dans l'espace public « d'un pays sous régime d'aide » passe, nous semble-t-il, par une lecture à la croisée de l'anthropologie culturelle et sociale, l'anthropologie du développement et la sociologie de l'action politique. C'est par cette voie que les enjeux se déclinent dans les discours, les pratiques... mais aussi les non-dits des différents acteurs en situation.

Bibliographie

- Bailey F.G., 1971, *Les règles du jeu politique. Étude anthropologique*, traduit en français par J. Copans, Paris, Les Presses universitaires de France.
- Baxerres C., Boko I., Konkobo A., Ouattara F., Guillaume A., 2018, « Abortion in two francophone african countries: A study of whether women have begun to use Misoprostol in Benin and Burkina Faso », *Contraception*, n° 97(2), pp. 130-176.
- Centre pour la gouvernance démocratique (CGD), 2010, « Les burkinabè et leurs valeurs. Enquête CGD sur les valeurs », rapport CGD, Ouagadougou, Burkina Faso, 66 p.
- Boltanski C., 2004, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard.
- DeJong J., 2000, « The role and limitations of the Cairo International Conference on Population and Development », *Social Science and Medicine*, n° 51(6), pp. 941-953.
- Devereux G., 1955, *A Study of Abortion in Primitive Societies*, New York, Julian Press.
- De Zordo S., 2016, « The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil », *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, n° 23(1), pp. 19-36.
- Drabo S., 2013, « Access to Post Abortion Care (PAC) in Burkina Faso: an ethnographic study », Master's Thesis, Institute of health and society, University of Oslo, Norway.
- Garraud P., 1990, « Agenda des politiques publiques », *L'Année sociologique*, n° 40, pp. 17-41.
- Garraud P., 2019, « Agenda/Émergence », in L. Boussaguet *et al.*, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 54-61.
- Gipson J.D. *et al.*, 2011, « Perceptions and Practices of Illegal Abortion among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study », *Studies in Family Planning*, n° 42(4), pp. 261-272.
- Guillaume A., 2004a, *L'avortement en Afrique : une revue de littérature des années 90 à nos jours*, Paris, CEPED.

- Guillaume A., 2004b, « L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire », in B. Ferry, A. Gautier, O. Samuel, V. Golaz, P. Hamelin (éd), *La situation dans les pays du Sud : synthèse et ensemble des contributions de chercheurs des institutions de recherches partenaires*, Nogent-sur-Marne, New York, CEPED, ONU, pp. 87-102.
- Guillaume A., Rossier C., 2018, « L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, n° 73(2), pp. 225-322.
- Gusfield J.R., 1984, *The culture of public problems: Drinking-driving and the symbolic order*, Chicago, University of Chicago Press.
- Gusfield J.R., 2009, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.
- Hassenteufel P., 2010, « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, n° 157, pp. 50-58.
- Héritier F., 1999, *De la violence II*, Paris, Odile Jacob.
- Kagambèga A., 2016, « Vécu des avortements à Ouagadougou : causes et conséquences socio-psychologiques », *African Population Studies*, n° 30(2), supp., pp. 2769-2786.
- Kintz D., 1987, « De l'art peul de l'adultère », *Bulletin de l'Association française des anthropologues*, n° 29-30, pp. 119-143.
- Ouattara F., Storeng T.K., 2014, « L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social », *Autrepart*, n° 70, pp. 109-123.
- Ouédraogo R., 2015, « L'avortement, ses pratiques et ses soins. Une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso », thèse en anthropologie sociale-ethnologie, université de Bordeaux, 467 p.
- Ouédraogo R., Ouattara F., 2013, « Vulnérabilité séquentielle des jeunes femmes face à l'avortement : incidence des normes sociales et juridiques à Ouagadougou (Burkina Faso) », in P. Fournier, S. Haddad, V. Ridde (éd.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, L'Harmattan, pp. 15-33.
- Rossier C., 2006, « L'avortement : un secret connu de tous ? », *Sociétés contemporaines*, n° 61, pp. 41-64.
- Rossier C., 2015, « Le nombre d'avortements provoqués augmente quand on libéralise cette pratique », in V. Ridde et F. Ouattara, *Des idées reçues en santé mondiale*, Montréal, PUM, pp. 78-81.
- Slimani L., 2017, *Sexe et mensonges. La vie sexuelle au Maroc*, Paris, Éditions des Arènes.
- Zittoun P., 2013, *La fabrique politique des politiques publiques. Une approche pragmatique de l'action publique*, Paris, Presses de Sciences Po.