

SHADYC

Sociologie – Histoire – Anthropologie des Dynamiques Culturelles
Centre de la Vieille Charité - 2, rue de la Charité – 13002 Marseille
tél. (33) 04 91 14 07 77 fax. (33) 04 91 91 34 01

RESEAU
ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE
EN AFRIQUE

BULLETIN N°1
AVRIL 2000

Ce bulletin a été réalisé grâce au soutien de programmes de recherche financés par :

l'Union Européenne (INCO)
l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD)
le CNRS (Programme "Santé et Société")

EDITORIAL

Ce bulletin, comme son titre l'indique, inaugure une nouvelle étape: la constitution d'un Réseau "Socio-anthropologie de la santé en Afrique", regroupant des chercheurs africains et européens membres de divers programmes de recherche (ayant tous un lien plus ou moins direct avec Marseille). Ce réseau, jusqu'ici surtout centré sur l'Afrique de l'Ouest francophone, a pour ambition de s'élargir désormais à d'autres chercheurs, pays et programmes concernés par la socio-anthropologie de la santé en Afrique, en particulier l'Afrique centrale et de l'Est, et/ou de langue anglaise.

La prochaine rencontre de ce nouveau réseau aura lieu à Dakar en février 2001, sur le thème: "Les professionnels de la santé en Afrique: éthiques et déontologies pratiques".

Mais ce réseau récupère aussi l'héritage particulier du programme "Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest)", financé par l'Union européenne (INCO), et en un premier temps nommé "Concepts et conceptions populaires relatives à la santé et à la maladie", qui, depuis presque une dizaine d'années, a coordonné les travaux d'une trentaine de doctorants et chercheurs, publié 7 numéros d'un Bulletin ancêtre de celui-ci, et organisé 4 ateliers (Bamako, Niamey, Bamako et Abidjan). C'est ainsi qu'on trouvera dans une première partie de ce présent numéro des textes reprenant la plupart des contributions de l'atelier d'Abidjan sur "Grossesse, contraception, avortement, accouchement en Afrique de l'Ouest" (4-7 novembre 1999).

La seconde partie de ce Bulletin propose quant à elle des informations sur les travaux en cours ou à venir et sur les activités liées au réseau. On trouvera entre autres une présentation de divers programmes de recherches où sont engagés les membres du réseau. On trouvera aussi un bref aperçu de publications parues ou à paraître et quelques autres nouvelles ou annonces. Merci de nous faire parvenir tout ce que vous souhaitez faire connaître pour le prochain numéro (lequel devrait voir le jour fin 2.000, avec les résumés des contributions prévues pour l'atelier de Dakar).

Peut-être n'est-il pas inutile pour conclure de rappeler quelques caractéristiques de ce réseau:

- Il regroupe, aux côtés de chercheurs plus confirmés, de nombreux doctorants associés aux divers programmes de recherche en cours
- Il concerne aussi bien doctorants et chercheurs africains que doctorants et chercheurs européens, à l'image d'un "réseau" (ou d'une association) plus large portant sur des thèmes plus vastes, l'APAD (Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement)
- Il entend nouer un dialogue avec les professionnels et les usagers de la santé, et mener simultanément une socio-anthropologie "fondamentale" de la santé, et une socio-anthropologie "appliquée" à la santé publique
- Il veut privilégier un mode "informel" et libre de débats, de confrontation et d'échanges, sans contraintes d'institutions, d'académisme ou d'orthodoxie... Les ateliers réguliers ne sont donc pas des "colloques", et le Bulletin propose avant tout des textes provisoires et de travail (working papers).

Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan

SOMMAIRE

- Editorial, par Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan p. 11

<p style="text-align: center;">Grossesse, contraception, avortement, accouchement en Afrique de l'Ouest Atelier d'Abidjan – 4 et 7 novembre 1999</p>
--

- **Partie I : Représentations et pratiques populaires**

- Grossesse, accouchement et allaitement chez les bobo madare du Burkina Faso.
par Chiara Alfieri..... p. 17
- Représentations populaires relatives à la grossesse et à l'avortement provoqué en milieu rural ivoirien : le cas des bété de Guiberoua.
par Marcel Yoro Blé p. 27
- La danse de l'accouchement à Timba. Réflexions autour d'une danse mimant l'accouchement pratiquée en milieu peul (Moyenne Guinée).
par Sylvie Bouvier p. 35
- Maternité et pratiques post-partum au Niger : les soins du corps de l'accouchée dans la vallée du fleuve.
par Abdoua Elhadj Dagobi..... p. 39
- Grossesse et allaitement en milieu anyi.
par Véronique Duchesne p. 41
- Approche anthropologique de quelques concepts et conceptions populaires relatifs à la santé maternelle. Représentations et pratiques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en milieu touareg.
par Marie-France Noël..... p. 47
- Représentation de la grossesse en milieu songhay de Gao.
par Younoussa Touré p. 61
- Fécondité, contraception et accouchement : quelques matériaux en zone linguistique Moore.
par Maurice Yaogo p. 67

- **Partie II : Interactions soignants/soignés dans les centres de santé**

- Les consultations pré-natales a Conakry. Les interactions soignantes-soignées.
par Yveline Diallo..... p. 75
- Santé maternelle et risque d'infection par le VIH. L'exemple de Kisumu (Ouest du Kenya).
par Marc-Eric Gruénais et Carolyn W. Njue..... p. 83
- Etre patient. Etude des interactions entre agents de la santé et usagers dans un service d'urgences.
par Eric Hahonou..... p. 91
- L'avortement : une pratique contraceptive "sure" en Côte d'Ivoire ?.
par Mariatou Koné p. 95
- Conceptions et pratiques de l'avortement en pays Songhay-Zarma.
par Adamou Moumouni p. 105
- Interactions entre populations et personnels de santé lors des consultations prénatales dans une maternité rurale (burkina faso).
par Fatoumata Ouattara..... p. 111
- Parcours d'accouchées dans trois maternités populaires de Niamey. Quelques interactions.
par Aboubacar Souley p. 125
- Quelques notes de synthèse.
par Yannick Jaffré..... p. 133

**Grossesse, contraception, avortement, accouchement
en Afrique de l'Ouest
Atelier d'Abidjan
4 – 7 novembre 1999**

Partie I

Représentations et pratiques populaires

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET ALLAITEMENT CHEZ LES BOBO MADARE DU BURKINA FASO

Chiara Alfieri*

Une étude concernant les représentations, les pratiques et les acteurs sociaux autour de l'allaitement maternel chez les *Bobo-Madare*¹ du Burkina Faso, a été conduite en mai-juin 1998 dans le cadre du projet : Perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest dans le contexte de la pandémie de VIH².

La recherche, durant cette première étape, a été menée dans des "quartiers-villages" d'origine bobo à l'intérieur de la ville de Bobo-Dioulasso : Tounouma, St-Etienne et Bindougoussou, et dans deux villages de "brousse" : Kumi et Sakabi, qui pratiquent des cultures vivrières. Le choix de ces terrains ayant pour but de permettre de recueillir des informations comparatives par rapport aux pratiques et aux comportements adoptés en milieu urbain et rural.

Les personnes enquêtées ont été au nombre de 37, une partie en langue française et les autres dans des langues locales. Un questionnaire semi-structuré a été utilisé lors de la première rencontre et avec des gens que nous ne connaissions pas au préalable. Les entretiens de groupe, au nombre de 7, se sont révélés peu efficaces pour une compréhension plus approfondie de certaines pratiques, et de leurs éventuelles influences et mutations. Les entretiens individuels et les entretiens non-formalisés se sont globalement révélés les moyens d'enquête les plus efficaces et nous les avons donc privilégiés.

Un rapport provisoire³ a été rédigé et présente une description ethnographique de base, du comportement de cette population vis-à-vis de l'allaitement maternel et de tout ce qui y lui est rattaché. Ce texte se compose, dans cette première version provisoire, de cinq parties. La première décrit le système de parenté bobo et le rôle que celui-ci revêt dans les questions d'allaitement et d'identité clanique, ainsi qu'une analyse de ses changements, surtout en milieu urbain, suite, notamment, à la pandémie de VIH. Ensuite on aborde "l'ethno-anatomie" et "l'ethno-physiologie" *bobo*, à partir de la puberté jusqu'au moment de la sécrétion lactée, ainsi qu'une analyse des différents types de laits maternels et de leur propriétés. Une autre partie est consacrée aux actes qui entourent et préparent l'allaitement, c'est à dire la première grossesse et l'accouchement, ainsi que les soins à l'accouchée et au nouveau-né. Ensuite, on traite de la durée de l'allaitement et du sevrage. Enfin, on passe aux pathologies de l'allaitement, à leurs causes et aux pratiques thérapeutiques traditionnelles et modernes qui sont utilisées. Dans le cadre de ce travail, nous ne retenons

* Doctorante (EHESS – Marseille)

¹ Les Bobo Madare, appelés Bobo-fing dans la littérature ethnographique, sont une population d'agriculteurs. Madare est le nom avec lequel les habitants de la partie méridionale du pays bobo s'auto-définissent et c'est donc celui que nous adopterons. Dans la région méridionale, qui se démarque des autres (cf. Le Moal, 1980) par une langue et des habitudes culturelles très différentes, il y a trois zones qui présentent entre elles des différences nuancées du point de vue socio-culturel et linguistique. Notre domaine de recherche est donné justement par l'étude des habitudes des populations bobo qui habitent ces zones, en matière d'allaitement maternel. Il s'agit de la zone linguistique *sya bere*, qui inclut la ville de Bobo-Dioulasso et les villages dans ses alentours immédiats, de la zone *voré* à l'ouest de Bobo (villages de Kumi, Kokorowé et Bama) et enfin la zone *benen* (villages de Yéguéresso et Tondogosso).

² L'étude, dirigée par Alice Desclaux, a été coordonnée par le Laboratoire "Sociétés, santé, développement", Université de Bordeaux II, avec un financement de L'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) et le soutien de l'IRD (anciennement ORSTOM) Ouagadougou Programme Sida, du Centre Muraz (Groupe Recherche sur l'infection à VIH) et de l'IRD (anciennement ORSTOM) Abidjan Programme Sida.

³ Le rapport est intitulé : Perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement chez les bobo-madare du Burkina Faso.

que la quatrième partie de ce rapport provisoire, qui est celle la plus liée à l'accouchement et à la grossesse.

La grossesse

La première grossesse est un moment fondamental dans le cycle de vie de la femme, car, même si elle n'aboutit pas, la femme change de statut social. En outre, elle est particulièrement importante parce qu'elle marque pour la femme le début d'un apprentissage de base de son corps et sur le comportement à suivre tout au cours de cette période.

C'est justement lors de la première grossesse que se déclenche la production de lait dans le corps féminin : "C'est le début de la grossesse qui fait que le lait commence à se former, sans grossesse il n'y a pas de lait" (B. S.). C'est à partir de ce moment-là que la femme aurait la possibilité, suite à un traitement approprié, de nourrir au sein l'enfant d'une autre femme, parce que, maintenant, ses seins ne sont plus "*sourds*" comme chez l'adolescente ou la femme stérile.

La grossesse est entourée d'une certaine pudeur qui fait en sorte que la femme la cache dans un premier temps ou qu'elle ne la dévoile qu'à son époux ou à sa mère. Quand son état est connu, des locutions allusives sont employées par son entourage pour l'évoquer : *A nu man foro*, "son état est merveilleux" ; *A ti tulu* "elle a un ventre". D'autres locutions désignent l'avortement : *A tulu wunu*, "son ventre s'est versé", ou, *a tulu yaga*, "son ventre s'est gâté".

Pendant les six ou sept premiers mois de la grossesse, les rapports sexuels sont recommandés car le sperme est censé nourrir et donner de la force au fœtus. Après le septième mois, ils ne sont plus nécessaires, car l'enfant est censé être déjà formé, mais, selon certains, ils peuvent servir à former une sorte de pâte qui va faciliter l'accouchement. Selon d'autres "l'eau de l'homme reste dans le ventre de la femme et crée les saletés. C'est pour cette raison qu'il faut bien les faire sortir après l'accouchement" (B. S.). On verra plus loin comment ces "saletés" sont évacuées après l'accouchement (cf. infra.).

Pendant la grossesse, une alimentation riche en sucre (patate douce, oranges, papayes et mangues), en substances huileuses (huile et beurre de karité) et en sel est déconseillée, parce qu'on considère que cela peut créer des problèmes à l'accouchement et même provoquer le paludisme. Le miel, étant considéré comme un puissant abortif, est strictement interdit à la femme enceinte. De plus, les femmes disent que certains aliments entraînent des conséquences négatives sur l'enfant : les aubergines peuvent produire des tâches sur la peau du bébé ; les œufs pourraient rendre l'enfant voleur ; la consommation de viande provenant d'un animal en grossesse pourrait rendre l'enfant aveugle...

Durant la grossesse, la femme connaît aussi certains interdits gestuels, et certaines positions lui sont déconseillées. Quand elle est couchée, elle ne doit pas rester sur le dos parce que le fœtus, qui serait placé au milieu du ventre, se trouverait dans une situation de déséquilibre. Les mouvements brusques de rotation doivent être évités : quand la femme est allongée sur un côté, elle doit d'abord reprendre une position centrale, c'est-à-dire allongée sur le dos, avant de se retourner sur l'autre côté.

La vie que mène la femme enceinte est étroitement liée à son statut social. Les fonctionnaires ont droit à un congé de maternité avant et après l'accouchement, elles évitent les travaux fatigants, surtout si la grossesse se présente difficile. Autrement, en général, la plupart des femmes enceintes travaille jusqu'au jour de l'accouchement.

En ville, la majorité des femmes suit les consultations aux SMI, et un nombre toujours croissant choisit de se faire suivre dès le début de la grossesse par une sage-

femme qui sera présente à son accouchement et qui s'occupera d'elle ainsi que du bébé pendant le post-partum. Ceci dit, le rôle des vieilles de famille est toujours très actif dans ce domaine, bien que beaucoup plus nuancé qu'en brousse, où les consultations prénatales dans certaines zones sont rares.

Ces savoirs populaires des vieilles interviennent tout au cours de la grossesse, surtout s'il s'agit de celle d'une jeune femme. Ce sont elles qui, en cas de maux de ventre, examinent l'emplacement du fœtus : par attouchements elles déterminent où se situent la tête, les pieds et s'il s'agit de jumeaux. Si l'enfant est mal placé, elles essayent, par des massages très délicats, de le replacer correctement. C'est le plus souvent la belle-mère ou la mère de la femme qui savent, toujours en palpant, si le moment d'aller à la maternité est venu. Dans la plupart des cas, au village, ce sont les vieilles qui suivent l'accouchement, même si parfois elles reçoivent de l'aide d'une accoucheuse auxiliaire.

L'accouchement

"Avant les femmes ne connaissaient pas le mois et la date. Même aujourd'hui dans certaines brousses, c'est encore comme ça. Le jour où la femme a des maux de ventre et que l'enfant tourne, elle dit qu'elle ne se sent pas de partir aux champs, et elle reste à la maison avec la vieille. C'est elle qui fait l'accouchement. Quand le bébé sort, elle coupe le cordon avec un couteau bien tranchant, qui s'appelle *wein*, utilisé pour couper les cheveux" (J. F. T. S.).

Outre le fait que la "date" de l'accouchement approche (notion fournie par les SMI), différents signes sont décrits par les femmes, comme le dégagement par les mamelons d'un liquide "semblable à du sérum", ainsi que l'augmentation des mouvements du fœtus dans le ventre. En ville, la femme bobo accouche le plus souvent, comme on l'a déjà souligné, à la maternité, mais il y a une couche urbaine, plus démunie qui le fait à la maison. Il en est ainsi, au contraire, pour la plupart des villageoises bobo. Dans ce cas, c'est la belle-mère qui, avec d'autres femmes de la concession, assiste la parturiente.

L'accouchement se déroule dans une pièce de la maison qui n'est pas la chambre à coucher conjugale. La parturiente est à genoux, une femme assise devant elle est prête à recevoir l'enfant, tandis qu'une autre, derrière elle, la soutient par les épaules. Pendant le travail, ces deux femmes pratiquent des massages sur son ventre pour favoriser la descente du bébé. Au moment de l'expulsion, la femme qui est assise prend l'enfant et lui fait toucher rituellement la terre avec la tête. Ensuite, les vieilles coupent le cordon ombilical, lavent l'enfant et enduisent son corps avec du beurre de karité. Les récits des jeunes femmes à propos de l'accouchement en brousse font état de situations très dures et d'une attitude intransigeante des anciennes par rapport à la douleur et à la fatigue : "les vieilles, elles te tripotent, tu es agenouillée et tes genoux sont pleins de plaies. Tout ça, ça fait mal. Tu respires avec difficulté, c'est difficile. Il y a des vieilles qui te tapent, qui te frappent le dos. Elles t'obligent à faire comme elles veulent. Tu peux avoir soif et elles ne te donnent même pas à boire. Quand l'enfant sort, il y a déjà des saignements, les vieilles te touchent avec leurs mains sales. Il y en a qui n'arrivent même pas à accoucher. Si tu veux aller à la maternité, elles te disent que les autres sont restées à la maison et y ont accouché et pourquoi toi tu veux t'en aller. Toi aussi tu dois rester. On ne peut pas aller contre la maison" (J. S.).

Une fois l'accouchement achevé et le placenta expulsé, celui-ci est analysé par deux vieilles qui en déchirent les "poches". "Tous les enfants sont cachés dans les poches, chaque poche représente un enfant qui n'est pas encore né. Si on enterre le placenta comme ça, on ferme tous les enfants qui vont venir après" (C. S.). L'analyse du placenta est un élément pronostique très important dans le cas des maladies. Parfois, il porte des signes qui sont interprétés par les vieilles comme des requêtes adressées à la communauté et exprimés

par le *meleke*⁴. Ces signes se présentent sous forme de dessins dans un schéma classique où le cauri (*Cyprea moneta*), le boubou, la bague, les boucles d'oreilles, les bracelets apparaissent dans la plupart de cas. Si ces requêtes ne sont pas exaucées, on pense que le *meleke* de l'enfant pourra se venger et attaquer la santé de celui-ci (cf. Alfieri 1996). Au terme de l'analyse, les femmes enduisent le placenta de beurre de karité" pour qu'il soit toujours mou, sinon la terre va coller la porte des enfants" et on l'enterre près des douches où il y a toujours de la fraîcheur et de l'humidité, caractéristiques que doit toujours posséder le ventre d'une femme féconde. La femme qui accouche à la maternité reçoit du personnel médical son placenta, afin qu'elle puisse l'emporter chez elle pour mettre en œuvre ces mêmes pratiques.

Le rôle des hommes est d'abord de contacter les vieux de famille pour les mettre au courant du fait que l'accouchement est imminent. Si celui-ci est prévu difficile, ils font des sacrifices auprès des ancêtres et consultent les autels de famille afin de protéger l'enfant et la femme. S'il faut acheter des médicaments, ce sont eux qui les paient et qui prennent en charge les frais d'une éventuelle hospitalisation. Parfois, les hommes, même en ville, n'ont pas les moyens pour faire face aux frais de la maternité : la femme accouche donc à la maison, ou bien c'est elle qui les paie.

La purification du corps et sa préparation à l'allaitement

Le post-partum est entièrement géré, en brousse et en ville, par les anciennes, de façon semblable, quoiqu'en ville, on doit évidemment attendre le retour de la maternité. Alors que, pendant la grossesse, le fait de s'adresser à elles, surtout en ville, pouvait être un choix délibéré de la femme, en matière de post-partum ce sont les femmes âgées qui s'occupent de tous les soins.

Ces pratiques, qu'on peut appeler "de purification", tournent autour d'une notion "d'hygiène traditionnelle" qui n'entretient pas de rapport avec les traitements médicaux (anti-inflammatoires et antibiotiques) que la femme reçoit à la maternité. Ces pratiques se déroulent donc façon parallèle à ces derniers.

D'après les femmes, "il faut que le ventre soit bien nettoyé, sinon les saletés de la grossesse et de l'accouchement donnent des maux de ventre et peuvent attaquer les intestins et bloquer le lait. Le ventre devient dur, on dirait qu'il y a des cailloux et ça sent mauvais, et il y a de l'eau qui coule. Pour empêcher que cela arrive, il faut presser le ventre et manger la soupe avec du *sumbala* et des clous de girofle" (L. S.). Et encore l'avis d'un homme : "Il faut faire partir les saletés, surtout pour l'accouchement suivant. Le fait que les saletés restent dans le ventre de la femme, ça peut donner des problèmes à l'enfant suivant. Il peut naître avec des tâches sur le corps et avec une odeur qui, même si on le lave, reste sur lui pour toute sa vie. On sait que le ventre de sa maman n'a pas été bien nettoyé" (B. S.) Les gens sont tous d'accord sur le fait que l'omission de cette pratique peut mettre en danger la fécondité de la femme, ainsi que sa santé. Les jeunes femmes sont opposées à tout cela, car elles trouvent que c'est plus dur que l'accouchement lui-même.

La femme reçoit, après l'accouchement et ensuite, une ou deux fois par jour pendant au moins 15 jours, des "bains" à base de savon de potasse, très souvent remplacés en ville par le savon de la CITEC, et des emplâtres appliqués autour de la vulve, à base d'écorces de néré (*Parkia biglobosa*) macérées, car le *néré* est censé être un cicatrisant très efficace. Ceci pour soigner ce que les vieilles appellent les "plaie de l'intérieur et les plaies de l'extérieur", provoquées à l'accouchement par le transit et l'expulsion du bébé. Des

⁴ Les composantes de la personne chez les Bobo comprennent le corps physique *kon*, considéré comme l'élément qui contient les organes et qui disparaît avec eux à la mort, et le *meleke* qui représente une sorte d'âme ou de double de la personne. On rencontre souvent cette notion dans les conversations, surtout quand on parle de naissance, de maladies, de la mort, de rêves et de sorcellerie. La notion de personne inclut aussi d'autres éléments fondamentaux et opérants (cf. Le Moal G., 1975 et Sanon G., 1980).

massages très énergiques sont pratiqués au niveau du ventre, parfois à l'aide d'une calabasse remplie d'eau chaude, dont la partie convexe est pressée sur le ventre avec un mouvement rotatoire, dans le but de "faire sortir les boules de sang et les saletés qui n'ont pas été éliminées à l'accouchement". Ces saletés, qui sont supposées souiller le ventre de la femme, sont en fait sensées être constituées par les résidus du sang et du sperme en surplus, qui ont servi pendant les premiers mois à nourrir l'enfant et qui se sont ensuite transformés en pâte pour faciliter l'accouchement. Afin de purifier le corps, à l'extérieur et à l'intérieur, on n'utilise comme boisson que de l'eau chaude, parfois avec du miel, censé être un puissant abortif, mais qui, dans ce contexte, aurait une fonction de purification.

Après l'accouchement, on pratique pour les primipares, un massage au niveau de la poitrine, visant à rendre leur sein "pur et mou" pour faciliter un flux de lait régulier. A cet effet, l'aréole est pressée par deux femmes d'une manière plutôt énergique. Ce traitement est décrit comme étant très douloureux. L'objectif est d'éliminer les impuretés qui se sont accumulées dans ce réceptacle, et aussi de "casser la boule" (*gnigni mulu*) qui rend le sein dur, empêche une lactation correcte et rend difficile la tétée de l'enfant. Ensuite, on enduit régulièrement les seins d'un emplâtre à base de riz en poudre, délayé dans de l'eau, pour "tirer le lait sur la poitrine". Tout le corps, après l'accouchement, est massé avec du beurre de karité. Les femmes disent que ce massage, surtout sur les côtes et la poitrine, aurait la capacité, avec le beurre de karité, d'induire une lactation assez rapide : "masser au beurre de karité surtout les côtes, les flancs, les épaules et la poitrine, ça tire le lait beaucoup"(C. S).

Au retour de la maternité, si la montée de lait a déjà eu lieu, on observe si celui-ci est "clair" ou léger, et on suit la même procédure, "jusqu'à ce que le lait ne devienne pur". Le colostrum, qu'on exprime manuellement, est jeté près de la douche avec le rituel d'y répandre de l'eau fraîche par-dessus.

Les premiers jours de la mère et de l'enfant

Après la douche et le massage, la femme rentre chez elle pour se reposer à côté de son bébé. Pendant cette période, au village, l'enfant est nourri avec plusieurs jus censés remplacer le lait maternel qui n'est pas encore arrivé. Pour atténuer ses pleurs, on lui donne à sucer le sein d'une autre femme ou, s'il y a une parente de la mère qui allaite, on lui demande de faire téter l'enfant.

Même dans le cadre des accouchements en maternité, une sœur directe de la mère qui allaite, peut pendant la visite à sa sœur, donner le sein à l'enfant qui, autrement, ne reçoit que de l'eau chaude pris au thermos de sa mère. En général, il s'agit de la jeune sœur ou de la sœur aînée de la mère. Aujourd'hui, cette attitude est plus nuancée, surtout en ville, où les gens ont été sensibilisés sur le SIDA et où la crainte d'être contaminé est très forte. Dans tous les cas, l'enfant est nourri avec des boissons et avec de l'eau chaude, comme sa mère, pour se purifier. Son corps est lavé à l'eau simple et massé avec du beurre de karité. On lui donne du *dolo* et du *banji* non fermentés et parfois la sève de rônier qui, selon les femmes, de par sa douceur et sa consistance, ressemble un peu au lait de la mère. Certaines femmes attendent la tombée de l'ombilic avant de lui donner des bains à base de mélanges de plantes et de lui en donner aussi une partie à boire, d'autres attendent une semaine. Les propos d'une femme à cet égard sont que le nouveau-né ne pourrait pas supporter l'épaisseur de certaines plantes, ses narines étant encore trop fragiles. Ce qu'on lui donne à la naissance, ce sont des tisanes pour le faire dormir : "le jour qu'il naît, on le lave à l'eau simple. Pour les plantes, on attend une semaine, sinon les premiers jours on le lave seulement avec des feuilles pour bien le faire dormir et pour que sa maman puisse bien se reposer et avoir du bon lait" (H. S.). Après les sept jours, l'enfant sort de la maison pour être présenté à la famille et aux autels du patrilignage. Pour cet événement, on lui rase la tête et la mère garde soigneusement dans une boîte les cheveux pour que les sorciers ne puissent pas s'en servir contre l'enfant.

L'alimentation de la femme après l'accouchement

Le régime alimentaire post-puerpéral est décrit comme très riche, justement parce qu'on attribue aux aliments un rôle essentiel dans la formation d'un lait à haute valeur nutritive (cf. *supra*). Les aliments chauds, ainsi que les boissons, assument, dans ce contexte, des vertus thérapeutiques, car les femmes jugent que "l'eau chaude ça aide aussi pour les petites plaies internes et aussi à faire partir les boules de sang".

Le régime alimentaire tourne autour de plusieurs variations de plats communément consommés. Les tout premiers jours après l'accouchement, la femme s'alimente surtout avec de la bouillie de petit mil, "ça fait enfler les seins et ça donne du bon lait", mais on prépare aussi le *katoro*, qui est un plat à base de petit mil, mais dont la sauce est particulièrement riche et pimentée. Il y a du *sumbala* pilé, du piment et les feuilles du *ka* (plante non identifiée) qui en modifient le goût et l'odeur. Cette préparation est considérée comme très importante pour l'induction du lait et pour sa formation. En général, le *katoro* est le nutriment de base que la femme devrait consommer pendant les premiers mois d'allaitement, mais en réalité ce régime ne dure que quelques semaines ou quelques jours, à cause du prix du *sumbala* qui n'est pas accessible quotidiennement à toutes les familles. Les aliments qui peuvent ressembler au lait du point de vue du goût, de la consistance et de l'apparence - comme le maïs ou le mil - sont consommés dans le but d'avoir une abondante production de lait. Pour préserver leur lait ou pour l'améliorer, les femmes allaitantes consomment des *logofogo* : des beignets qui sont vendus en ville à 25 ou 50 CFA à l'unité, et dont les ingrédients sont le mil, la pâte d'arachide, le sel et le sucre. De même, le petit mil et le sésame mélangés à l'eau, ainsi que le manioc donneraient du lait. Le manioc, à cause de sa couleur et de sa consistance, est aussi utilisé par les hommes dans le but d'augmenter leur production de sperme. L'analogie entre la couleur blanchâtre de certains aliments et celle du lait est souvent présente dans le discours des hommes et des femmes : "Le lait vient très bien avec une bonne nourriture. Mil blanc, arachide, manioc, tout ça, c'est blanc comme le lait et ça donne le lait" (R. S.). Cette analogie des aliments blancs avec le lait est sûrement très marquée chez les Bobo, dans le régime desquels le lait n'est pas présent. On s'oppose de façon très nette au lait d'origine animale et surtout au fait d'en donner au bébé qui aurait dans le lait maternel son nutriment complet (cf. *infra*).

Positions d'allaitement conseillées

Pendant la journée, la femme adopte toutes sortes de positions pour allaiter son enfant, selon les activités qu'elle exerce au moment de la demande. Les tout premiers jours, c'est elle qui aide l'enfant parce qu'on considère que sa bouche est trop fragile et pourrait s'élargir si le mamelon n'est pas maintenu par la mère dans la position correcte, c'est-à-dire vers la bouche du bébé. Donc, au début de l'allaitement, la femme doit être assise le jour comme la nuit : "même si c'est la nuit et tu dors, il faut que tu te lèves et que tu sois assise pour donner le sein. Forcément il faut que tu te lèves, jusqu'à ce que l'enfant puisse attraper le sein seul" (P. S.). Tout au long de l'allaitement, l'enfant s'habitue, justement, à prendre et à laisser le sein de sa mère. L'allaitement est fait à la demande du bébé ; et même pour le consoler ou le faire dormir après la tété, on favorise la succion du sein.

Pratiques et soins au bébé

On a déjà vu comment l'enfant passe sa première semaine (cf. *supra*). Maintenant nous aborderons les soins de puériculture traditionnelle, et les pratiques protectrices qu'on lui consacre dans sa première année de vie.

Pour tout ce qui concerne les "bains" à base d'herbes, de liquides ou de poudres protectrices, les savoirs des grand-mères - paternelle et maternelle - du bébé sont importantes. En ville, on rencontre rarement une jeune mère qui connaît les plantes qu'il faut administrer à son enfant à un moment bien précis de sa croissance, alors qu'à la campagne les jeunes filles sont formées à la "phytothérapie infantile" par leur mère pendant l'adolescence. La fragilité des nouveau-nés fait en sorte que l'on choisit, pour les bains des premiers mois, seulement les feuilles les plus petites et les plus tendres de la plante, afin que le traitement ne soit pas trop agressif. Il y a certains traitements "standard", auxquels sont soumis tous les bébés, au cours des premiers mois de leur vie, et qui visent, dans un premier temps, à "faire grossir l'enfant", *koro be sida*. Les bains sont donnés trois fois par jour et la solution dans laquelle l'enfant est immergé sert aussi comme tisane. Les femmes affirment que le traitement pénètre à travers la peau, qui est "ouverte", et qu'il renforce tout le corps. Il est donc nécessaire que la solution soit également bue pour qu'elle agisse avec une plus grande efficacité à l'intérieur du corps. Même quand l'enfant ne veut pas, on le force à boire ces décoctions. Après les trois premiers mois environ, on passe à un autre ensemble de feuilles qui est appelé *kon sigué be sida* ("que le corps devienne dur, solide") "après trois mois on passe à d'autres feuilles, parce que parfois les bébés grossissent trop et ils deviennent mous, donc il faut laisser tomber", affirment les femmes. Le deuxième traitement est pratiqué jusqu'à ce que l'enfant apprenne à marcher. Des lavements internes pour purger l'enfant sont régulièrement effectués, surtout si l'on soupçonne qu'il est malade, ou bien si l'examen des selles révèle qu'elles sont malodorantes, blanches et décomposées. Si les selles de l'enfant ne sont pas jaunes, on en attribue tout de suite la responsabilité au lait maternel et on traite l'enfant et la mère avec les mêmes produits, que l'on peut également employer aussi tout simplement comme préventifs. Les femmes âgées déplorent la façon dont sont élevés les enfants des jeunes mères qui, parfois en ville, ne connaissent, et ne veulent pas, suivre les pratiques et les enseignements utilisés par leur mère ou grand-mères, ou qui n'ont pas leur famille près d'elles. Dans la plupart des cas, de toute manière, les jeunes mères sont suivies par les vieilles de la concession, ou bien elles vont au marché pour consulter les herboristes spécialisées dans le traitement des enfants, afin d'avoir des conseils concernant aussi bien les traitements traditionnels de puériculture, comme ceux qui sont mentionnés ci-dessus, que les moyens auxquels avoir recours en cas de maladie de l'enfant.

Un discours à part doit être fait pour le yalo. Le yalo est le nom à la fois d'un médicament et d'une maladie infantile à étiologie animale, qui se présente sous forme de convulsions fiévreuses, considérées par les guérisseurs bobo comme un possible antécédent des crises épileptiques. Yalo en bobo signifie "oiseau" et les gens disent que la maladie du yalo est apportée par le vent et qu'elle est particulièrement répandue en février et en mars. Elle est aussi appelée, comme chez d'autres populations voisines, la "maladie de l'oiseau", parce qu'on considère que la contagion se produit pendant la grossesse à travers le vol d'un oiseau au-dessus du ventre de la mère, ou bien par une rencontre de cette dernière avec un oiseau dans la savane. Dans ce cas, le corps de la mère fonctionnerait comme un vecteur dans la transmission du yalo. On considère toutefois que yalo peut être transmis par des vecteurs, tels que les linges dans lesquels l'enfant malade a été enveloppé, ou l'eau avec laquelle il a été lavé.

Le *yalo*, au sens de médicament pour la prévention de la maladie, est plutôt répandu chez les Bobo, même s'ils sont d'accord pour affirmer qu'il s'agit d'une influence Dioula – et donc de l'Islam – qui s'est introduite dans les pratiques de prévention bobo. Le médicament du *yalo* intervient aussi pour les questions d'allaitement (cf. infra). Ce médicament est un des premiers traitements de prévention auxquels le nouveau-né est soumis. Il existerait au moins trois types différents de *yalo* : le *yalo sa*, "le grand yalo", l'oiseau-mère, un oiseau plus grand que les autres, qui vole en pleine nuit et qu'il est impossible voir. *Yalo sa* produit sur l'enfant la forme la plus grave de convulsions. *Yalo zene*, "le petit yalo", est un oiseau grand comme un pigeon et son plumage ressemble à celui de la pintade. On parle enfin de *yalo* simple. Les femmes affirment que la forme *yalo sa* est la plus dangereuse et la plus redoutée : "Quand l'enfant naît on part chez le marabout qui écrit sur l'ardoise, met de l'eau sur l'écriture et te donne ça en bouteille. Nous on va

chez lui parce qu'on n'a pas ça dans les autres religions. Si on ne le lave pas avec ça, il peut attraper le *Yalo* et tout son corps devient raide comme pour le *krikrisian*. Il y a des enfants qui naissent déjà avec le *Yalo*" (J. S.).

Quand une femme se marie, elle reçoit de sa belle-mère, lors de la naissance de son premier enfant, le traitement du *yalo*, qu'elle devra utiliser pour tous ses enfants avec les mêmes modalités. "Une fois qu'on se marie c'est un autre *yalo* qu'on va trouver. C'est la belle-mère qui donne ça pour les enfants. Si on n'est pas du même *Yalo*, on ne peut pas donner à téter à l'enfant, il va attraper la maladie" (P. S.). Il existe deux versions de ce produit : en eau contenant un verset du Coran et en poudre. On lave le nouveau-né trois ou quatre fois par jour pendant trois ou quatre jours, selon le sexe, en versant la solution liquide ou la poudre dans le bain. Une petite partie de ce liquide doit être bue. La poudre peut même être introduite sous la peau du visage, après avoir pratiqué de légères incisions. Tous les enfants suivants devront utiliser le même type de "traitement" que l'aîné, mais pour chaque enfant on devra acheter une nouvelle dose de médicament car utiliser les restes de celles des frères ou sœurs déclencherait la maladie chez le nouveau-né : "Il faut acheter pour chaque enfant à part. Parfois le médicament n'est pas fini, mais on le garde car si on le jette ça peut jouer sur l'enfant et lui donner la maladie" (E. S.). En cas d'hypogalactose, de maladie, ou d'absence de la mère, le nouveau-né peut être allaité par une autre femme, à condition que celle-ci "appartienne au même *yalo* que sa mère. C'est seulement à l'intérieur d'un même matrilignage, que l'enfant pourra être allaité par une autre femme sans s'inquiéter de savoir à quel *yalo* elle appartient : "au village de Sakabi, il arrive souvent qu'une femme qui allaite donne le sein à un autre bébé. Il faut être parents. Ici on ne fait pas le traitement du *Yalo* avant que l'enfant n'attrape la maladie" (M. S.).

Le régime de vie de la femme pendant l'allaitement

Le type de vie de la grande majorité des femmes bobo ne subit pas de changements importants pendant la période de l'allaitement. La femme emmène avec elle son enfant et le nourrit quand celui-ci a faim ou pleure. Dans les villages, les femmes partent travailler aux champs avec les enfants au dos, les installent dans une sorte de berceau rudimentaire sous un arbre, de façon à ce que, tandis qu'elles travaillent, l'enfant puisse dormir : "Quand l'enfant pleure, elle va lui donner le sein, le remet dans le berceau et elle reprend pour travailler" (J. F. S.). Pendant la saison des pluies, quand la famille est installée dans un campement de brousse pour les cultures, si les tétées sont moins fréquentes, la mère laisse l'enfant à la maison, sous la responsabilité d'une sœur ou d'une cousine un peu plus âgée, qui lui amènera l'enfant plusieurs fois par jour pour les tétées. Pendant la nuit, après les premiers mois, où la mère se lève pour allaiter l'enfant ou pour lui donner le sein s'il pleure, c'est l'enfant lui-même qui, dormant avec sa mère et étant allongé contre son corps, prend le sein et suce le lait, ou bien utilise le sein maternel pour se tranquilliser : il le manipule, le tire, le suce et puis se rendort.

En ville, les femmes qui travaillent à l'extérieur de la maison peuvent amener l'enfant avec elles, si le type de travail qu'elles effectuent le permet. Ainsi, les commerçantes s'installent à certains endroits de la ville - dans des marchés de quartier ou centraux - et s'occupent à temps plein de leur enfant, tout en continuant leur activité, parfois avec l'aide de leurs plus jeunes filles ou de nièces. Les enfants, de toute manière, ne sont jamais laissés seuls un instant : ils circulent des bras d'une femme à ceux d'une autre, ils sont dorlotés, nourris avec des jus ou des cuillerées de *tô* ou de sauce, on les fait dormir à l'ombre. Même les "dolotières" emmènent avec elles leur bébé car, souvent, le cabaret ne se trouve pas dans la concession où elles vivent. Ce métier de la "dolotière", pendant l'allaitement, met en contact permanent son lait avec la chaleur et la fumée des fours. La précaution de "rafraîchir les mamelles" avant d'allaiter et celle de les couvrir, même si elles sont suivies, ne les mettent pas à l'abri de l'opinion répandue selon laquelle il s'agirait d'un lait "chaud" et donc pas spécialement bon pour l'enfant, et les "vieilles" se plaignent du fait que les "dolotières" les plus jeunes ne font pas assez attention à ces règles.

Avant l'apparition du SIDA et la peur de la transmission, un enfant qui pleurait était calmé par la femme - pas nécessairement la mère - avec laquelle il se trouvait à ce moment-là, et qui pouvait lui donner le sein. Aujourd'hui, cette pratique reste limitée à l'entourage familial et, dans de nombreux cas, n'est même plus acceptée dans celui-ci. Seule la mère donne le sein à l'enfant et on ne permet pas à une autre femme de le faire.

Les femmes qui travaillent comme employées, peuvent jouir d'un horaire aménagé et d'un congé de maternité, qui leur permet d'allaiter. Malgré cela, une pratique assez répandue parmi les fonctionnaires, consiste à exprimer le lait dans un bol, avant d'aller travailler, et de confier l'enfant à une parente - ou plus rarement à une domestique - afin que celle-ci lui donne le lait maternel avec le biberon. D'autres femmes adoptent un type d'allaitement mixte (lait maternel partiellement remplacé par du lait maternisé) si leur travail ne leur permet pas de rentrer chez elles pendant la pause déjeuner.

Intégrations alimentaires pendant l'allaitement

Au cours du troisième mois de vie du bébé, la mère commence à introduire des aliments à côté du lait maternel. Il s'agit de la bouillie de mil, qu'on prépare spécialement pour lui : "on prend le petit mil non écrasé et on le met dans une marmite sur le feu, sans eau, jusqu'à ce que les graines changent de couleur, puis tu écrases ou tu amènes au moulin et tu ajoutes la poudre du fruit du fromager, qui est très nourrissante, du sel et un peu de sucre" (F. S.). Cette recette connaît plusieurs variantes, selon les moyens de la famille.

L'assortiment des aliments vient aussi des conseils que les mères reçoivent aux SMI et des échanges entre elles. Ainsi, à la bouillie de petit mil, plutôt liquide, qui reste comme aliment de base, des mères ajoutent soit du lait concentré sucré ou non sucré, soit de la pâte d'arachide, des jaunes d'œufs ou un peu de *sumbala*. Parfois la bouillie elle-même change : au lieu du mil, on peut utiliser la patate ou le haricot blanc. Comme nous l'avons déjà souligné, le lait de vache n'est pas conseillé. La bouillie est administrée deux fois par jour, sans toutefois modifier le rythme de l'allaitement maternel, qui reste inchangé de jour comme de nuit.

Il y a des enfants qui acceptent ce "passage" à la bouillie sans problèmes, d'autres qui le refusent et n'acceptent que le lait maternel. Dans les couches sociales démunies, on peut donner à l'enfant directement le *tô*, qui est préparé pour toute la famille, n'ayant pas la possibilité de varier son alimentation. Dans ce cas, les mères essaient de leur donner des sauces comme celle au gombo frais, qui, étant gluante, est plus facile à avaler.

REPRESENTATIONS POPULAIRES RELATIVES A LA GROSSESSE ET A L'AVORTEMENT PROVOQUE EN MILIEU RURAL IVOIRIEN : LE CAS DES BETE DE GUIBEROUA

Marcel Yoro Blé*

Selon L'OMS¹, chaque année, presque 67000 femmes meurent des suites et complications d'avortement. Les décès liés à l'avortement représentent selon la même source entre 10 et 50% de l'ensemble des décès maternels suivant les pays.

En effet, l'interruption volontaire de grossesse est un moyen encore largement utilisé par un public souvent non avertit des possibilités qu'offrent aujourd'hui les services de planification familiale. En milieu urbain comme rural en Côte d'Ivoire, l'ampleur du phénomène demeure inconnue car, surtout en milieu rural, le domaine est souvent tabou et nombre de personnes préfèrent taire un épisode de leur vie génésique qu'elles considèrent comme malheureux ou honteux.

En milieu rural Bété où j'ai mené cette étude pilote, la grossesse et la maternité ont surtout une signification culturelle et sociale, et celle-ci prend le pas la plupart du temps sur la signification biologique : ce n'est pas parce que l'on craint des risques particuliers d'ordre biologique que l'on essaye d'éviter les maternités, mais bien parce qu'elles comportent un ensemble de difficultés sociales : manque d'argent, peur des parents, non-reconnaissance de la grossesse, etc.

Les avortements provoqués sont un danger réel pour la femme même s'ils sont effectués par un personnel qualifié dans un centre approprié, et ce danger est encore plus accru quand ils sont pratiqués selon des méthodes traditionnelles dont les conséquences sont souvent imprévisibles et dramatiques : hémorragie, intoxications, infections, mort, etc.

En effet, comme pour l'avortement autorisé (avortement thérapeutique pour cause de santé), la mortalité et la morbidité dépendent de la compétence de l'opérateur, des circonstances dans lesquelles l'intervention est réalisée, de la durée de la grossesse et de l'état de santé de la femme. Il est probable que les conditions d'exécution ne seraient pas satisfaisantes surtout en milieu rural compte tenu du caractère clandestin et tabou de cette opération.

Les données qui vont suivre montrent bien que, malgré ce caractère clandestin et tabou de l'avortement provoqué en particulier, en milieu rural Bété, il demeure une réalité incontestable. Du point de vue méthodologique, mon approche se caractérise par des entretiens semi-directifs menés auprès de 35 personnes dont le choix s'est fondé sur les critères suivants :

- 15 femmes de 18-35 ans ayant connu au moins un avortement provoqué
- 8 vieilles femmes (dont une accoucheuse traditionnelle) ne procréant plus, pour leurs expériences
- 6 jeunes hommes mariés (18-30 ans) et 6 adultes de plus de 40 ans, pour leurs opinions sur

* Doctorant (EHESS-Marseille).

¹ Le dossier mère-enfant. Guide pour une maternité sans risque. OMS, Genève, 1996.

le sujet.

Les entretiens ont tourné autour de deux principaux centres d'intérêt :

- La grossesse

Qu'est-ce qu'une grossesse ? Comment la contracte-t-on ? Quelles en sont les différentes étapes d'évolution ? Les différents signes ? Quelles sont les conduites liées à la grossesse ? Quels liens existent-ils entre grossesse et rapports sexuels ?

- L'avortement provoqué

Qu'est-ce qu'un avortement provoqué ? Quelle est l'attitude générale des Bété face à l'avortement provoqué ? Quelles sont les méthodes abortives connues et/ou pratiquées ? Comment les décisions d'avortement sont-elles prises ? Quelles sont les méthodes contraceptives connues et/ou pratiquées ?

Mes données sont le résultat d'une étude pilote menée pendant une quarantaine de jours à l'occasion de mon deuxième séjour dans le village de Bilahio (région de Guibéroua) pour des enquêtes complémentaires sur mon sujet de thèse. Ainsi, loin d'être exhaustives, j'espère qu'elles serviront de base à une étude plus approfondie et plus élargie sur ce sujet.

La grossesse

Définition

nekploko ple ou *gbade ple* (de *nekploko* = *gbade* = grossesse, et *ple* = passer), donc littéralement, passer grossesse. On dit aussi *nekploko guë* ou *gbade guë* : être enceinte. Mes enquêtés affirment à l'unanimité que *nyibhero zo ngõn* : c'est l'homme qui enceinte la femme. Et ce processus est actif, se traduisant par l'acte sexuel accompli par l'homme. Ainsi, la grossesse selon eux se contracte uniquement quand il y a eu des rapports sexuels entre un homme et une femme. La reproduction in vitro ne semble pas être connue par ceux-ci. La substance liquide responsable de la grossesse, que l'homme transmet à la femme s'appelle communément *vla* (sperme). Mais d'autres appellations caractérisent le sperme, et varient selon mes interlocuteurs : alors que les jeunes femmes l'appellent en général *sre nyu* (de *sre* = pénis et *nyu* = eau), eau du pénis; les vieilles femmes parlent quant à elles de *nyibhero nyu* : eau de l'homme; enfin les hommes adultes parlent en général de sang (*dru*). En effet, selon Georges (47 ans, 4 enfants), l'homme transmet son sang à la femme et que, c'est quand, pour une raison ou pour une autre, ce sang ne se transforme pas en un enfant que la femme le libère sous forme de règles (*cv*) : on dit *cv yeremô* : voir la lune (voir ses règles). "Voilà pourquoi il n'est pas recommandé de montrer la lune à une femme en âge de procréer, car si elle était en début de grossesse, elle fait un avortement spontané " (Maxime, 50 ans, 3 enfants).

En définitive donc, la grossesse peut se définir comme étant la transmission du sperme encore appelé l'eau du pénis, ou l'eau de l'homme, ou encore le sang de l'homme à une femme non stérile en période d'ovulation, à l'occasion de rapports sexuels, lequel liquide se transforme progressivement en un enfant dans l'utérus ou *yu gwole tuku* (de *yu* = enfant, *gwole* = accoucher, mettre au monde, et *tuku* = poche) de celle-ci. Et cette transformation progressive du liquide de l'homme se fait selon des étapes successives.

Les étapes de la grossesse

Nous observons 3 principales étapes au cours de la grossesse selon les propos de mes interlocuteurs adultes (hommes et femmes) :

- la première étape va du premier mois au troisième mois : c'est l'étape du *nekploko tikei* (petit ventre) ou *nekploko degbei* (jeune ventre);
- la deuxième étape va du troisième mois au huitième : *nekploko nyromann* (grossesse consistante) ou *nekploko segle* (grossesse assise), ou encore *nekploko djebhe* (grossesse mûre);
- enfin la troisième étape concerne du huitième au neuvième mois : *uluse nekploko* (grossesse en état d'accouchement).

Toutes ces étapes se caractérisent par un certain nombre de signes.

Les signes de la grossesse

Ils varient en fonction des étapes d'évolution de la grossesse.

Pour Philomène (18 ans, 2 enfants), " le tout premier signe de la grossesse c'est l'absence des règles : quand la femme a l'habitude de voir ses règles le 25 du mois par exemple, et que une semaine après le 25 elle ne les voit toujours pas, cela veut dire qu'elle est en début de grossesse ".

Rose (28 ans 3 enfants) de son côté affirme que " l'absence des règles ne signifie pas forcément qu'on est enceinte, car, moi, quand j'ai trop de soucis, mes règles se décalent même de deux semaines ".

" Moi ce sont mes seins qui grossissent quand je suis en début de grossesse " (Marceline, 24 ans 2 enfants).

Pour d'autres, " quand la femme a la paume chaude, le corps chaud au coucher, c'est qu'elle est en début de grossesse " (Julien, 18 ans, 1 enfant).

" C'est quand la femme crache beaucoup, dort beaucoup, et mange souvent le kaolin " (Roger, 28 ans, 2 enfants).

D'autres signes tels que le vertige, la nausée, sont évoqués par mes interlocuteurs comme signes annonciateurs de l'état de grossesse.

Ainsi, on distingue entre autres, les signes ressentis par la femme seule (absence de règles, grosseur des seins, etc.) et ceux, visibles (crachat, vertige, consommation de kaolin), ou non visibles à l'œil (paume chaude ou corps chaud) pour déceler en général l'état de grossesse de la femme. Selon la plupart de mes enquêtés, beaucoup de ces signes se manifestent au cours de toutes les étapes de la grossesse. Mais d'autres signes apparaissent à partir de la deuxième étape.

" A partir du troisième mois, l'enfant est déjà formé et devient exigeant surtout en matière alimentaire. C'est ainsi que quand je suis dans cette étape, j'aime manger les grillades, les aliments légers, etc. " (Marceline).

Le changement des habitudes alimentaires de la femme serait donc un signe annonciateur de l'évolution normale de la grossesse.

" Les membres inférieurs s'enflent souvent et dans ce cas la femme cesse de consommer du sel " (Maxime). Dans la troisième étape " la femme met fin à toutes activités physiques " (Yvonne, 50 ans, 6 enfants).

Au cours de toutes ces étapes, mes enquêtés adultes hommes affirment que l'homme doit continuer d'avoir des rapports sexuels avec sa femme " pour faciliter l'accouchement " (Georges). Maxime renchérit en disant ironiquement " *yuo yia kle* " (pour que la route ne se ferme pas). Ainsi dans l'entendement de certains de mes interlocuteurs, il faut continuer d'avoir des rapports sexuels avec la femme enceinte pour faciliter le passage de l'enfant le jour de l'accouchement. Mais quand on imagine la grosseur du pénis et celle de la tête du nouveau-né, on se demande si cela résout effectivement le problème des accouchements difficiles. Selon Maxime, c'est quand la femme accouche qu'on ne doit plus avoir de rapports sexuels avec elle jusqu'à ce que l'enfant cesse de téter. En effet, la femme qui vient d'accoucher s'appelle *gwa ngõn* (de *gwa* = attacher) c'est-à-dire femme attachée au sens où elle ne doit pas avoir de rapports sexuels.

Tout ce processus qui mène à l'accouchement peut être cependant volontairement interrompu par la femme de son propre chef ou avec le consentement et/ou la pression du mari et/ou les parents ou l'entourage. On parle alors d'avortement provoqué.

L'avortement provoqué

A la différence de l'avortement spontané *neploko nyimo* ou *gbade nyimo* (ventre ou grossesse gâtée), l'avortement provoqué *neploko mösɛ* ou *gbade mösɛ* (ventre ou grossesse enlever) est selon mes interlocuteurs dans leur ensemble, un acte délibéré d'interruption de grossesse. Mais on remarque que cet acte est considéré comme un acte d'avortement selon l'étape de la grossesse et selon les interlocuteurs.

Ainsi, pour Odile (29 ans, 3 enfants), " à un mois de grossesse, il ne s'agit pas d'un avortement à proprement parler, mais plutôt un déblocage des règles. A ce stade en effet, il s'agit encore d'une boule de sang et non d'un enfant " .

Cette thèse sera soutenue par la plupart de mes enquêtées femme de moins de 30 ans, ce qui traduit peut être une certaine habitude de leur part de recourir à l'avortement dans cette étape de la grossesse quand celle-ci n'est pas désirée. Et, semble-t-il, il est plus facile et moins risqué de faire un avortement d'un mois qu'un avortement de plus d'un mois, car :

" A partir de deux mois, l'enfant est déjà formé, et donc il devient un peu plus difficile de le faire passer " (Juliette, 25 ans 2 enfants).

Quelle est à présent l'attitude générale de mes enquêtés face à l'avortement provoqué ?

L'attitude face à l'avortement provoqué

Lorsque l'avortement n'est pas motivé par une menace pour la santé de la femme, l'interruption volontaire de la grossesse est l'objet d'un rejet systématique de la quasi-totalité de mes interlocuteurs (surtout les vieux et les vieilles). Cette attitude prend probablement ses racines dans les coutumes locales généralement hostiles à cette pratique. En effet,

Selon Pierre (46 ans, 5 enfants), " l'enfant est une chance (*djolo*) que Dieu donne à la femme" .. Donc avorter, c'est chasser son ombre de procréation (*yu gwole zuzuko* : ombre de procréation).

Une autre raison évoquée est le danger que représente l'opération en elle-même, non seulement sur la vie reproductive de la femme (elle peut rendre stérile), mais aussi et surtout son intégralité physique (elle peut en mourir). Au-delà de l'hostilité liée aux règles coutumières, il y a celle liée à la fonction d'accoucheuse traditionnelle. En effet :

Selon Jeannette (55 ans, 6 enfants, accoucheuse traditionnelle et guérisseuse), " je sais mettre un enfant (connais des médicaments contre la stérilité), mais je ne dois pas l'enlever (faire avorter) au risque de porter préjudice à ma fonction d'accoucheuse traditionnelle. En cette qualité, je donne la vie, donc je ne dois pas l'ôter ".

Malgré tout, mes interlocutrices (les hommes affirmant ignorer les méthodes abortives) connaissent et utilisent des méthodes abortives diverses.

La connaissance des méthodes abortives

Mes entretiens avec les femmes m'ont permis de savoir que toutes les femmes en âge de procréer connaissent des méthodes abortives pour les avoir pratiquées ou non. L'ensemble des méthodes peuvent se regrouper en deux grandes catégories : la méthode moderne et l'ensemble des méthodes traditionnelles.

Concernant la méthode moderne, elle se caractérise d'une part par l'absorption de médicaments pharmaceutiques en automédication : ont été citées, la surdose de pilule; comprimés; et d'autre part, les interventions du personnel médical : le curetage.

Les méthodes traditionnelles comprennent d'une part l'absorption d'infusions végétales par voie orale ou par lavement purgatif. Ont été citées : les feuilles de papaye, les feuilles de goyave; ou boire le vin bouilli; le coca cola (boisson sucrée) en quantité suffisante soit mélangé de comprimés ghanéens appelés "tupaye", soit sans mélange; ou encore absorption à une forte dose, de café moulu sans sucre, ou de vinaigre à forte dose également; d'autre part, une méthode très dangereuse, l'introduction de la glaire d'une tige médicinale dans le vagin pour perforer l'utérus, ou le lavement à l'aide de tisons de bouteilles. Cette dernière méthode s'est déjà soldée par la mort d'une jeune fille selon le témoignage de deux de mes interlocutrices.

Mais comment la décision d'avorter est-elle prise ?

La prise de décision

En général l'entourage joue un rôle très important dans la décision d'avortement, en la provoquant ou en renforçant une motivation faible et ambivalente, au besoin par la menace : c'est l'avortement ou la mise à la rue de la part des parents. C'est le cas de Julie (24 ans, 3 enfants) qui se retrouve mariée au village aujourd'hui après sa mise à la porte par ses parents à Abidjan :

" Mes études ne marchaient pas, et je venais d'échouer à l'entrée en sixième pour la troisième fois. Mes parents projetaient de m'inscrire dans une école de couture. Mais pendant les vacances qui ont suivi, j'ai fais la connaissance de Rémi (son mari actuel) avec qui j'ai eu des rapports sexuels. Il s'en est suivi une grossesse. A cette époque j'avais 15 ans, et mon mari ne faisait encore rien. C'est pourquoi mes parents m'ont mis dehors parce que je ne voulais pas avorter, et eux refusaient de me garder chez eux avec ma grossesse. C'est ainsi que je suis venu ici au village chez les parents de mon mari. Aujourd'hui il est en formation pour sortir aide enseignant, nous partirons donc dans son lieu d'affectation après sa formation ".

La pression peut aussi venir de la part du partenaire sexuel, l'avortement ou la

rupture : Marceline m'explique à ce propos que son mari l'avait menacé de rupture à l'occasion de sa deuxième grossesse :

" Parce qu'il ne voulait pas de jumeaux " ; " à notre époque on avortait quand on n'aimait pas son mari, car la femme ne supporte pas laisser ses enfants dans les mains de l'homme pour aller faire d'autres ailleurs " (Juliette, 54 ans, 7 enfants).

Il est donc clair que les contraintes de l'entourage mais aussi celles liées à des problèmes personnels pèsent lourd dans la décision d'avortement. Plusieurs autres causes ont été évoquées par mes interlocutrices.

Les causes de l'avortement provoqué

Elles sont diverses, mais j'évoque ici celles qui ont poussé certaines de mes interlocutrices à pratiquer un avortement : manque de moyens financiers, peur des parents, cause de scolarité, non-reconnaissance de la grossesse, n'a pas encore fait sa jeunesse, peur de la rupture, espacement des naissances, manque d'amour du conjoint.

A la question de savoir quelles précautions prenaient-elles pour éviter les grossesses non désirées, les plus jeunes ayant un niveau scolaire un peu élevé (du CM2 à la 5ème) évoquent les méthodes modernes telles que les pilules, le stérilet, etc. Celles qui n'ont pas été à l'école évoquent plus les médicaments traditionnels. Les vieilles femmes affirment connaître des médicaments traditionnels qu'il faut prendre tout de suite après les rapports en période d'ovulation. Le niveau d'instruction semble donc être un élément discriminant car la connaissance des méthodes varie avec les différents niveaux de scolarité atteints : lorsque le niveau de scolarité évolue, les femmes citent de moins en moins de méthodes abortives traditionnelles. Cela peut s'expliquer par une prise de conscience de l'efficacité des méthodes modernes, mais aussi et surtout du danger que fait courir les méthodes traditionnelles à celles qui les utilisent. En effet, à la question de savoir quelles méthodes présentaient plus de risques entre les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles, la quasi-totalité de mes interlocutrices ont choisi les méthodes modernes comme présentant moins de risques,

"Car les médicaments modernes sont dosés, et de toute façon à l'hôpital on peut regarder dans votre ventre pour savoir ce qui ne va pas. Mais avec les médicaments traditionnels, on boit ou on se purge mais on ne sait pas quels dégâts ils provoquent dans notre ventre " (Marceline).

Mais toutes affirment que l'avortement à l'hôpital coûte cher, car le prix est de 40.000 FCFA pour certains, et le double pour d'autres, surtout :

" Si la patiente ou son mari ne connaît pas le médecin " (Julie).

Voilà pourquoi, malgré la dangerosité des méthodes traditionnelles, elles sont souvent contraintes d'y recourir.

Concernant leurs sources d'approvisionnement en médicaments abortifs, certaines affirment acheter des médicaments avec des vendeuses ambulantes venant de Gagnoa, tandis que d'autres n'utilisent que les médicaments qu'elles connaissent elles-mêmes ou que leur montre leurs amies et connaissances.

A propos de la connaissance du cycle menstruel, les réponses sont variables et traduisent la méconnaissance des unes et la connaissance approximative des autres : ainsi pour Marceline, c'est à partir du 16ème jour après les règles qu'une femme peut tomber enceinte, le 7ème jour pour Rose, le 9ème pour Julie, et beaucoup de ne sait pas.

Face à ces résultats, que pouvons-nous conclure ?

Conclusion

L'avortement provoqué est encore illégal en Côte d'Ivoire et est encore sous-estimé dans les statistiques démographiques. Or c'est aujourd'hui une cause importante de mortalité maternelle, car cette situation d'illégalité engendre la clandestinité de l'opération dont les conséquences sont souvent dramatiques. Parmi toutes les méthodes abortives citées par nos interlocutrices, celle qui consiste à se purger à l'aide de tisons de bouteilles traduit toute la dangerosité du caractère illégal de cette opération. A mon avis, il serait préférable que l'avortement soit légalisé en Côte d'Ivoire, pour qu'il puisse se dérouler dans des conditions minimums de sécurité. En effet, une étude non publiée de L'OMS sur les soins relatifs à l'avortement, réalisée en 1972², a précisé comme suit les critères permettant de considérer que certaines femmes présentent un risque élevé de complication pendant ou après l'avortement :

- les femmes dont la grossesse a dépassé douze semaines;
- les femmes de moins de 16 ans;
- les femmes ayant des antécédents importants de manifestations pathologiques ou de complications;
- les femmes ayant subi antérieurement une intervention sur l'utérus;
- etc.

En principe, les interventions ne devraient pas être pratiquées dans ces cas en consultation externe. Malheureusement, et compte tenu du caractère illégal de l'opération en CI, Le personnel médical, obligé d'intervenir souvent en dehors de l'hôpital, ne tient pas toujours compte de ces restrictions. La situation est encore grave en milieu rural où les femmes s'administrent des médicaments dont elles ignorent en général les conséquences immédiates ou futures : hémorragies; perforation utérine, déchirure du col, avortements incomplet; hémorragie post abortum; infections; ou encore l'infécondité.

Pour limiter toutes ces conséquences, n'est-il pas utile de légaliser l'avortement ?

² In l'avortement provoqué: guide pratique des soins et services requis. OMS, Genève, 1990.

LA DANSE DE L'ACCOUCHEMENT A TIMBA REFLEXIONS AUTOUR D'UNE DANSE MIMANT L'ACCOUCHEMENT PRATIQUEE EN MILIEU PEUL (MOYENNE-GUINEE)

Sylvie Bouvier*

C'est au travers d'une danse d'amusement mimant l'acte que je me propose d'aborder le thème de l'accouchement. Accompagnée d'un chant, cette danse est pratiquée par des jeunes filles comme un jeu collectif ordinaire. Ce type de représentations ludiques de situations ou d'événements générant de la gêne ou de l'angoisse n'est pas exceptionnel, ni réservé aux enfants. Elles fonctionnent comme un espace socialement reconnu où est exprimé ce qui ne se dit pas directement en temps normal et où peut être montré ce qui est parfois caché. C'est dans ce sens que, outre cette "danse de l'accouchement", deux autres séquences d'imitation dansées ont été présentées lors de l'atelier. Celles-ci ont été filmées en 1995 en vidéo légère dans la région de Timba en Moyenne-Guinée.

Description des séquences vidéo présentées

La première séquence est une comédie grotesque caricaturant le comportement du "coureur de jupons". Elle est pratiquée par une femme descendante de captifs qui remonte son pagne et parcourt l'espace de danse en faisant mine d'exhiber son gros sexe. Ses pas sont rythmés par un refrain repris en chœur par l'assemblée : "*hayla mba, hayla mba...*" (promener le pantalon, le pantalon désignant le sexe masculin).

La seconde est un jeu mêlant le rire des grands aux pleurs des petits. Mimant le sorcier anthropophage, une jeune fille arpente le pourtour du cercle formé par l'assistance et fend la foule de temps à autre pour aller "capturer" des jeunes enfants. Effrayés, certains se mettent à pleurer et refusent d'intégrer le groupe que la danseuse constitue sur l'aire de jeu avec ses "proies"...

Dans la suivante enfin, des jeunes filles puis une mère de famille exécutent la "danse de l'accouchement", l'aînée proposant une démonstration magistrale. La danseuse glisse un ballot de chiffons faisant office de "bébé" sous ses vêtements. Elle est entourée par ses camarades qui frappent dans leurs mains et l'une d'entre elles bat le rythme sur une bassine en émail retournée. Leur chant évoque l'envahissement du corps par la douleur ("les épaules te font mal", "le dos te fait mal",...) et l'absence de "piqueurs" (des personnes faisant des injections) ou de docteurs capables de la soulager. En écho aux paroles, la danseuse palpe les parties de son corps correspondantes et s'agenouille progressivement en position d'accouchement. L'une des assistantes lui "masse" le dos et peu après la "parturiente" fait glisser le ballot de chiffon-enfant sur le sol. Puis elle se redresse en le brandissant triomphalement et exécute quelques pas de danse tandis que toutes reprennent en chœur "*ko gorko, ko gorko !* (C'est un garçon, c'est un garçon)".

* Doctorante (EHESS – Marseille)

Thèmes de réflexion

L'enculturation par imitation de la vie adulte

Les jeux d'imitation de la vie adulte sont un mode d'expression enfantine universel. En Afrique toutefois, ils peuvent revêtir un caractère plus ou moins formel. Très vivaces autrefois en milieu peul, les "associations d'âge" (*yirde*) illustrent cette forme de socialité enfantine "culturellement homologuée". Celles-ci consistaient à la mise en scène de rôles sociaux (comme ceux qui sont impliqués par le statut social et le sexe) par les enfants entre eux dans leur vie de tous les jours.

Dans la "danse de l'accouchement", la jeune danseuse joue le rôle de la parturiente, celui de la mère et/ou de la personne venue lui prêter assistance. La séquence représentée commence avec les douleurs de l'enfantement et se poursuit par l'accouchement proprement dit.

Ce qui caractérise ces mises en scène par les enfants est une "auto-éducation" par l'accession à un savoir à l'intérieur d'un groupe de pairs (entre enfants de même classe d'âge ou entre aînés et cadets). C'est une enculturation par le faire et l'imitation plutôt que par le dire et l'exégèse verbale produite par une autorité adulte.

Education et procréation

La vie génésique n'est pas un sujet de discussion en tant que tel entre les mères et leurs filles et de manière plus générale entre les adultes et les enfants. Globalement d'ailleurs, la recherche de l'information en soi par un enfant est inconvenante, à plus forte raison donc sur ce sujet. Les connaissances que possède une jeune fille concernant la procréation lui viennent entre autre des discussions qu'elle a pu avoir avec ses pairs, des conversations entre adultes qu'elle a pu entendre, éventuellement de sa présence fortuite lors d'un accouchement... Et certains éléments sont privilégiés au travers de l'ensemble des informations distribuées ici et là. Ainsi, dans les quelques récits féminins que j'ai recueillis, certaines femmes évoquent le fait qu'elles n'aient pas eu connaissance de l'existence du placenta avant leur premier accouchement.

Dans cette narration que constitue la "danse de l'accouchement", il s'agit moins de décrire avec précision le déroulement de l'événement lui-même que de dire et de montrer (par les gestes) la douleur de la parturition. D'autre part sa "chute" obligée est l'annonce du sexe masculin de l'enfant. Le discours social exprimé ici concerne la reconnaissance d'un destin génésique douloureux de femme et la préférence accordée à l'enfantement d'un garçon.

L'expression de la douleur de l'enfantement

La "danse de l'accouchement" est un genre de complainte vigoureuse et ludique sur l'enfantement. La grande part du propos gestuel et verbal est consacrée à l'expression de la douleur qui en constitue en fait l'argument central. La suite de phrases chantées ("les épaules te font mal",...) auxquelles font écho les gestes mimés organise sa progression au sein de l'espace corporel (épaules, dos, côtes, reins,...). A cela s'ajoute l'évocation du regret de ne pouvoir la soulager par l'intervention de "spécialistes" (les "piqueurs" ou le docteur). Enfin, chaque mouvement est scandé par les jeunes filles qui frappent dans leurs mains tout en reprenant en chœur : "*woy, woy, woy*", une interjection exprimant la douleur (en français on

dirait : "aïe, aïe, aïe !"). Ou encore, dans une autre version chantée recueillie, l'une des phrases rythmant le jeu exprime la compassion maternelle: "ma fille, je sais ce que tu endures". Cette monstration physique et verbale de la douleur de l'enfantement permet à la fois d'instruire et d'avertir la jeune fille. Et l'avertissement (qui va s'inscrire dans les mémoires juvéniles) est basé sur une prise en compte de la réalité de cette souffrance. Cette reconnaissance consensuelle et collective de la douleur n'amènerait-elle pas au fond à sa banalisation et n'aiderait-elle pas à son acceptation ?

La "danse de l'accouchement" est une représentation publique d'un temps privé et intime. Alors que dans la réalité la norme sociale veut que la douleur soit tue et jugulée, elle est ici au contraire exposée. Au travers de cet aspect ludique et joyeux, cette danse n'offrirait-elle pas tout au moins ponctuellement une possibilité de dédramatiser par anticipation l'événement à venir ? Et éventuellement, sans trop présumer de l'importance de son impact, ne permettrait-elle pas ainsi plus aisément le contrôle corporel requis le moment venu ?

MATERNITE ET PRATIQUES POST-PARTUM AU NIGER : LES SOINS DU CORPS DE L'ACCOUCHEE DANS LA VALLEE DU FLEUVE

Abdoua ElHadj Dagobi*

Résumé de la communication

Dans la plupart des sociétés ouest-africaines, la maternité est entourée de pratiques aussi nombreuses que variées. En prenant l'accouchement comme point de repère, on peut distinguer deux types de pratiques dans son déroulement : en premier lieu, celles qui sont antérieures à l'accouchement et orientées vers la gestion de la grossesse ; en second lieu, celles qui sont postérieures à cet événement, plutôt centrées sur les soins à l'accouchée et au nouveau-né. Ces dernières pratiques, que l'on peut appeler "post-partum", sont au centre de ce travail.

Chez les Songhay-zarma de la vallée du fleuve comme dans la plupart des sociétés nigériennes, les pratiques "post-partum" sont regroupées sous le vocable général de "quarantaine". D'une manière générale, cette dernière s'apparente à une période de "réclusion" pendant laquelle l'accouchée fait l'objet d'une attention soutenue et est exemptée de toute tâche pénible. Trois types de pratiques peuvent être mentionnés dans le déroulement de la quarantaine :

Les soins divers du corps

Ils interviennent après l'accouchement et rassemblent une gamme d'opérations comme le bandage du ventre afin de faciliter l'évacuation rapide du sang résiduel après la délivrance.

Les pratiques liées à l'alimentation

Elles comportent deux éléments : en premier lieu, une "alimentation chaude", essentiellement composée de bouillie chaude et de mets épicés, également considérés comme "chauds" ; en second lieu, la pratique de gavage (hangandi) auquel se livre l'accouchée afin d'acquérir le maximum de poids avant la fin de la quarantaine.

Le bain quotidien d'eau chaude

L'accouchée y est astreinte. Egalement associé à la fumigation, ce bain s'effectue parfois sous la surveillance d'une femme plus âgée. Comme on l'aura constaté, la sollicitation de la chaleur (dans le bain comme dans l'alimentation) demeure constante au cours de la quarantaine. Tout se passe comme si l'intensité des modifications physiologiques engendrées par le passage de l'état de grossesse à l'état d'accouchement ne pouvait se résorber sans un recours systématique et relativement prolongé à la chaleur.

* Doctorant (EHESS – Marseille).

Au-delà des représentations du corps, cette hypothèse souligne l'importance thérapeutique de la chaleur et renvoie à une logique de température du corps¹. D'une certaine manière, les pratiques de la quarantaine nous informent sur la gestion de la fécondité dans les traditions féminines de la vallée du fleuve, les significations de l'accouchement, la perception des risques qui lui sont associés ainsi que les dispositifs mis en place pour maîtriser ces risques dans cette région.

¹ ELHADJI DAGOBI (A.) La lutte contre les grandes endémies au Niger : populations et santé publique face aux épidémies dans la vallée du fleuve (à paraître).

GROSSESSE ET ALLAITEMENT EN MILIEU ANYI

Véronique Duchesne*

J'ai effectué une enquête sur les représentations et pratiques relatives à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum en milieu rural et péri-urbain ivoirien entre octobre et décembre 1999. L'enquête a duré 9 semaines : 7 semaines de terrain en milieu rural (2 semaines de pré-enquêtes avant l'Atelier puis 5 semaines d'enquêtes après) et 2 semaines à Abidjan (Atelier du programme puis séminaire international sur "La santé de la reproduction").

Il s'agit donc d'une enquête ethnographique auprès de locuteurs anyi de Kangandissou (4400 habitants), l'un des quartiers de Bongouanou (24000 habitants) et ancien village-capitale d'un royaume anyi morofouè (constitué de onze villages), situé à 2 kilomètres du centre ville. Bongouanou (à 200 kilomètres d'Abidjan) dispose d'un hôpital général avec un chirurgien, 2 médecins et 7 infirmiers. Une sage-femme travaille à la PMI, pour les vaccinations et la planification familiale. Les 2 autres sages-femmes travaillent à la maternité, en alternance, assistées de 3 femmes de salle. Les évacuations ont lieu vers le CHR de Dimbokro (à 60 kilomètres) ou celui d'Abengourou (100 kilomètres). Cette enquête fait suite à des enquêtes ethnographiques précédentes entreprises depuis 1992.

Mes matériaux reposent sur des observations et sur le recueil de discours. Des entretiens formels et répétés ont été menés avec six femmes¹ connues pour soigner les maladies associées à la fécondité (troubles des règles, fausse-couche, stérilité), ainsi qu'avec une ancienne matrone, toutes sont âgées de plus de 50 ans. Des entretiens formels et informels ont été effectués auprès d'une quinzaine de femmes (dont l'âge varie de 18 à 70 ans) à des étapes différentes de la vie génésique (désir de grossesse, début ou fin de grossesse, période d'allaitement, ménopause). Les observations et entretiens ont été réalisés au domicile et de façon répétée. Les entretiens ont été réalisés en anyi, transcrits puis traduits en français avec l'aide d'une locutrice anyi. Des entretiens informels ont été réalisés auprès du personnel de la maternité : les 3 sages-femmes et deux femmes de salle. Ils se sont déroulés en français.

Je présente ici les premiers résultats exposés lors de l'Atelier à Abidjan et qui concernent essentiellement la grossesse et l'allaitement.

Pratiques et conceptions populaires relatives à la grossesse

Dans tous les discours relatifs à la grossesse, le mot *boboduman* est mentionné. *Boboduman*, littéralement "ce qu'on ne peut pas nommer", est traduit par les femmes lettrées par "utérus"². Les femmes font le plus souvent référence au col de l'utérus. Toutes mentionnent l'ouverture de *boboduman* (*nuan*, "bouche"). Une ancienne matrone dessine spontanément sur le sol un cercle avec une petite ouverture. *Boboduman* ne désigne pas

* Laboratoire "Systèmes de pensée en Afrique Noire" (EPHE – CNRS, Paris).

¹ Anzera Akouman, Atta Yaa, Kohuwa, Aka Soh, Brou Ahou et Eba Amélie que je remercie tout particulièrement.

² Les mots français « trompes » et « col » sont également associés à *boboduman*.

seulement ce que la femme peut toucher du doigt³, situé à l'intérieur du ventre il est décrit comme grand, pouvant tomber, pouvant se cacher depuis le gros orteil jusqu'au milieu de la tête. Il est mentionné en relation avec les menstrues : "c'est quand tu as tes premières règles que tu sais que *boboduman* existe".

L'examen des pratiques de soin et des représentations associées à *boboduman* pour les locuteurs anyi va mettre en évidence une conception physiologique populaire (ou ordinaire pour les locuteurs anyi) de la fécondité différente de la conception biomédicale. Je n'oublie pas de mentionner les interactions entre interprétations populaires et discours biomédical. Lors des consultations du Planning familial la sage-femme montre un dessin représentant ce qu'elle traduit en anyi par *boboduman*, une jeune femme qui a assisté à la séance m'explique ensuite que "le *boboduman* est comme une personne, il a des oreilles et des bras".

Notons que l'utilisation du mot *boboduman* est étendue sur l'ensemble du territoire ivoirien et au-delà dans la sous-région (notamment au Burkina Faso, il désigne une complication de la maladie kookoo), je me limite ici aux locuteurs anyi.

Soins pour faciliter une grossesse

Dans leurs pratiques de soin lié à la grossesse, les femmes anyi utilisent principalement les lavements internes par voie anale (bê bo) à l'aide d'une poire de lavement en caoutchouc, et l'administration de breuvage par voie orale (bê non). Plus rarement est prescrit un suppositoire (kalungban) constitué de feuilles froissées ou des lavements externes (bê bia) avec de l'eau contenant des feuilles froissées.

Avant et pendant une grossesse deux types de remèdes sont mentionnés : le "médicament" de *boboduman* (*boboduman ayile*) et le "médicament" frais (*ayile frôlô*). Le "médicament" de *boboduman* est prescrit pour ouvrir ou élargir le *boboduman*. Si son ouverture est fermée, cela empêche "l'écoulement" du sperme (appelée "eau du pénis") à l'intérieur du *boboduman* et donc le processus de procréation. Une des prescriptions données est d'écraser les racines de *Motandra guineensis* avec du piment et d'utiliser cette préparation en lavements internes.

Le "médicament frais" (*ayile frôlô*) est prescrit pour rafraîchir le *boboduman*, cela est essentiel au processus de procréation : dans la conception anyi, le sang de la mère est "travaillé" par le sperme du père et se solidifie pour former le corps de l'enfant. La chaleur à l'intérieur de *boboduman* favorise au contraire la liquéfaction du sang et s'oppose à la conception de l'enfant. Une femme qui a déjà enfanté mais dont la dernière grossesse remonte à plus de cinq ans environ va devoir rafraîchir son ventre avec ce médicament afin de pouvoir tomber à nouveau enceinte. Dans ce système de représentation, la fraîcheur est associée à une bonne fécondité. D'ailleurs, "le *boboduman* n'est pas fatigué par le nombre de grossesse"⁴. Cette conception populaire s'oppose au discours tenu par la sage-femme lors des consultations de planification familiale qui stipule l'importance de l'espacement entre les naissances pour ne pas fatiguer la femme.

Les prescriptions diffèrent quelque peu selon les phytothérapeutes, mais il s'agit toujours de feuilles elles-mêmes qualifiées de "fraîches" (*frôlô*). En général, au début des soins, une préparation est effectuée au domicile de la thérapeute, il s'agit de boire dans le mortier : des feuilles de *Struchium sparganophora*, des feuilles de *abôyô*[non identifié], l'enveloppe de la racine de *Laportea aetuas*, et du kaolin, sont pilés dans un mortier sous lequel a été placée une pièce de cent francs (destinée à la personne qui pile le médicament).

³ "Quand tu te laves, tu touches, entre tes cuisses, c'est boboduman".

⁴ Une seule femme mentionne le chiffre onze comme une limite possible. Dans la société anyi matrilineaire, les enfants d'une même femme sont dénombrés précisément, le neuvième (quel que soit son genre) est nommé Ngoran ("neuf") et le dixième Brou ("dix"). Le onzième enfant porte le nom Edoukou et pourra porter le nom d'un membre du matrilignage de sa mère, ce qui n'est pas le cas des précédents enfants.

La femme qui désire tomber enceinte boit cette préparation alternativement à l'aide de sa main droite et de sa main gauche, en forme de calebasse, trois fois de chaque côté, puis trempe ses deux mains dans la préparation et les applique depuis la pointe de ses pieds jusqu'au milieu du sommet de sa tête en passant sur le devant de son corps puis en passant sur l'arrière du corps, elle termine en frictionnant son ventre. A partir de cette préparation, un remède (appelé *dufalê*), ayant la forme d'un cône d'argile mélangé à des éléments végétaux, est préparé. Un morceau est prélevé et mélangé à de l'eau dans une petite calebasse et bu à jeun chaque matin, sauf le jeudi. Le seul interdit concernant ce médicament est de manger du gombo le vendredi.

Le geste qu'effectue la femme parcourt son corps depuis le bout de ses orteils jusqu'au milieu de sa tête, ce qui reste cohérent avec le discours récurrent relatif au *boboduman* qui se cache ou se déplace : "Quelque fois *boboduman* se cache dans les reins ou dans les cuisses, cela fait mal ; ou bien il se cache dans le bas-ventre, quand tu touches, c'est très dur. Parfois, il se cache dans le genou jusqu'au gros orteil, si quelque chose touche ton pied, tu as très mal jusqu'au coeur. D'autres fois, il quitte le gros orteil et va s'asseoir au milieu de la tête [*i ti afian*, qui se situe au niveau de la fontanelle"]. *Boboduman* circule à l'intérieur du corps de la femme. Il est aussi question de l'enfant en gestation qui se déplace dans la cuisse ou jusqu'à l'orteil, ce qui renvoie à la même idée puisque "l'enfant est couché dans le *boboduman*".

Un autre remède est mentionné : piler des fleurs de *Costus afer* avec un morceau de fromager pourri et du kaolin, et boire la préparation. On peut également écraser la feuille de *Costus afer* avec un piment et utiliser la préparation en lavements internes.

Lorsque le *boboduman* se cache ou est mal placé, "son ouverture se tourne vers l'anus". Un faible écoulement lors des règles est le signe que le *boboduman* est mal placé ou "renversé" (*wa butu*). Une prescription consiste à introduire un suppositoire dans l'anus pour faire se retourner *boboduman* dans le bon sens.

Ces représentations populaires ont une incidence sur la perception des pratiques en gynécologie à l'hôpital. Plusieurs femmes affirment : "lorsque le docteur [gynécologue] examine une femme, il met sa main dans le *boboduman*, et il peut le déplacer" et "à l'hôpital, on peut laver le *boboduman*, pour faciliter une grossesse".

Soins durant la grossesse

Le verbe *bê wonzê* désigne le fait d'être enceinte, il est utilisé pour les humains ainsi que pour les animaux. Les signes de la grossesse souvent énoncés sont : la paresse et l'éclaircissement de la peau entre les yeux et sur les côtés du nez. Il y a encore une dizaine d'années, les femmes anyi en début de grossesse portaient des parures spécifiques⁵ qui montraient à tous leur état. La grossesse n'était donc pas cachée à la collectivité.

Il n'existe aucun interdit alimentaire (*cilie*) spécifique à la grossesse. La femme mariée, enceinte ou non, observe les interdits alimentaires de son mari qui sont aussi ceux de ses enfants. La préoccupation majeure durant la grossesse est d'éviter la fausse couche exprimée par le verbe *bê kpô ba*. L'avortement provoqué est désigné par le verbe *bê ye ba to* "enlever l'enfant". La crainte est exprimée en ces termes : "le sang fond et l'enfant tombe". La chaleur du ventre est responsable des fausses couches.

A cet effet, une prescription est donnée dès le début de la grossesse : écraser la peau de la racine du bois *ewutile* [reste à identifier] et des graines de *Xylopiya aethiopica* (poivrier

⁵ Etaient portés : autour du cou, un collier constitué de petites perles de couleur ocre (appelées *gbagba*) et de couleur blanche avec une dent de chien, et un collier en fil de coton de couleur bleu avec des petites graines marron, une graine noire (appelée *akokotu*), une perle bleue (appelée *frôlô ma*, "graine fraîche") et un morceau d'or (*sika kôkôrô*), au genou, un fil de fibres d'ananas avec une grosse perle ocre (*gbagba*), et à la cheville gauche des cauris enfilés sur des fils de coton blanc et bleu. Après l'accouchement, la perle *gbagba* était mise autour du cou de l'enfant.

de Guinée) et utiliser la préparation en lavements internes. Dans la conception populaire, l'enfant n'est pas viable au 2^e mois, "il n'est pas formé", au 4^e, 6^e et 8^e mois "c'est fondu" ; par contre au 3^e, 5^e et 7^e mois "c'est formé".

Un soin spécifique est observé par toutes les femmes à partir du huitième mois : des feuilles de *Struchium sparganophora* et deux graines *éfouin* [non identifié] ouvertes sont écrasées et utilisées en lavements internes. Ceci permet un accouchement facile et sans douleur. Un accouchement difficile et douloureux porte le nom de maladie *kajô*. Le remède utilisé est la décoction de feuilles d'*efema* [non identifié] bue à chaque repas.

Des complications durant l'accouchement seraient dues à la mobilité du *boboduman* : "Quand tu accouches, ton *boboduman* peut partir loin. Alors on va chercher un médicament pour mettre dessus. On verse le médicament dans la bouche et sur le milieu de la tête de la femme et l'enfant vient". La douleur pendant l'accouchement peut être associée au *boboduman* mal placé ou caché. Il est encore fait référence aux activités de "sorcellerie" à travers une corde invisible, *seke nyama*, qu'une "clairvoyante" doit couper.

Soins après une fausse-couche ou plusieurs décès d'enfants en bas âge

Un avortement spontané ou le décès successif de plusieurs enfants en bas âge sont attribués à la maladie appelée *nzomu*. Cette maladie est considérée comme contagieuse, elle est transmise par contact (on utilise le verbe *kan* "toucher") principalement avec les ustensiles de la douche (seau, serviette, éponge, poire de lavement).

La forme de soin diffère quelque peu selon les thérapeutes. La femme est seul objet des soins, son mari est rarement présent mais des remèdes sont emportés au domicile pour ce dernier. L'une des formes que prend ce rite thérapeutique (que j'ai pu observer et enregistrer à la vidéo) consiste en sept lavages externes du corps de la femme et se termine par la consommation d'un poulet grillé avec des "médicaments".

Représentations et pratiques relatives au lait maternel et à l'allaitement

Soins et alimentation relatifs à l'allaitement

Le lait maternel est désigné par l'expression "l'eau du sein"⁶. Le même terme est utilisé pour les animaux. Pour les bovidés et les caprins, un autre terme est encore utilisé : *nonon*. Il n'existe pas de terme spécifique pour désigner le cholostrum, qui est bu par l'enfant. Le lait est considéré comme l'alimentation du bébé. On dit qu'un des seins "c'est la nourriture" et l'autre "c'est l'eau". Effectivement une mère donne à téter l'un et l'autre sein. Sont utilisés comme substituts du lait maternel : l'igname cuite écrasée sans sel et très délayée avec de l'eau ou bien le vin du palmier raphia très sucré. Il existe aussi un médicament que l'on donne à boire à la personne qui va remplacer sa mère pour que l'enfant puisse téter.

Après s'être lavée, la nouvelle accouchée applique sur ses seins du beurre de karité mélangé à des feuilles de *Kalanchoe crenata*. Ceci permet à l'enfant de téter. Cela est pratiqué par les femmes anyi à la maternité. Les seins doivent être frais pour que l'enfant tète ; si elle s'est absentée au champ quelques heures, la femme les lave à l'eau fraîche avant de les donner à téter. Pour que "les seins soient bien remplis", la nouvelle accouchée boit du riz à l'eau sucrée (*baka*). Le soir elle mange de la viande, "le sang va venir", avoir du sang est associé à une bonne santé, en manquer est signe de maladie.

⁶ Différents fluides corporels sont désignés à partir du terme *nzuo*, "eau" ou d'une façon générique "liquide" : "l'eau du pénis" pour le sperme, "l'eau de la femme" pour les sécrétions vaginales, "l'eau de la bouche" pour la salive, "l'eau du nez" pour la morve.

Une maladie des seins appelée nje, "fourmis"

Les symptômes décrits sont : des seins gonflés et des trous dans les seins (d'où l'analogie avec les fourmis qui creusent les seins). Le lait change de couleur et le bébé peut mourir. La thérapeutique consiste à appliquer sur les seins durant trois jours : des feuilles de *Kalanchoe crenata* que l'on met sur le feu et des graines de *Xylopiya aethiopica* écrasées. Une pratique préventive existe, sur le mode analogique : lorsqu'une femme voit une colonne de fourmis, elle doit sauter par-dessus et s'épousseter les fesses, sinon "ça" (la maladie c'est-à-dire les fourmis) rentre dans ses seins, et cela même si elle n'est pas enceinte, sinon ses seins vont couler comme si elle venait d'accoucher.

La transmission mère/enfant et le lait

Il s'agit de poursuivre ma problématique concernant l'articulation entre transmission et fluides en examinant ce qui est transmis par le lait dans cette société par ailleurs matrilineaire. Quand une femme qui allaite est malade, elle ne transmet pas sa maladie au bébé : "c'est sa propre maladie", "c'est pour elle-même". L'enfant peut téter sa mère malade, il doit continuer de se nourrir. Rappelons que le lait est avant tout la nourriture de l'enfant.

La femme qui allaite suit les interdits alimentaires de son mari. Les interdits pourraient donc être transmis par le lait qui est la seule alimentation du bébé. Lorsqu'une femme qui allaite tombe enceinte, des soins sont apportés au bébé qui tète sinon celui-ci a la diarrhée, il maigrit et a la peau plissée. Le matin après la toilette, on applique le médicament *efian*, "saleté", sur la langue et sur tout le corps de l'enfant, ainsi celui-ci ne va pas maigrir. Il s'agit d'un remède sous la forme de *dufalê*, à base de fromager pourri, de feuilles de *Nymphae lotus*, de l'anus du chien sauvage, et de kaolin.

La causalité évoquée est le contact avec le corps chaud de la femme enceinte, ce qui est mauvais pour l'enfant. L'enfant qui est toujours avec sa "mère" enceinte (il s'agit de la mère classificatoire c'est-à-dire sa propre mère ou les soeurs de sa mère) peut contracter la maladie *asoma* : "le sang ne circule plus, c'est chaud". A titre préventif, il faut prendre lors du premier bain du nouveau-né le reste de son eau pour laver l'enfant plus âgé qui sinon aurait *asoma*.

Il n'est pas question du sperme qui "gâte" le lait (interprétation de F. Héritier sur la circulation des fluides corporels et leur incompatibilité). Par contre le contact d'un enfant avec sa "mère" enceinte provoque une maladie grave à l'enfant. C'est le contact de son corps avec le même sang que lui qui "travaille" et qui est "chaud" qui est ici en cause.

Le sevrage est désigné par l'expression "couper l'eau des seins" ou plus brièvement "couper les seins"⁷. Il y a une vingtaine d'années, le sevrage avait lieu lorsque l'enfant atteignait trois ans environ, de nos jours il est réduit à deux ans. Dans les conceptions physiologiques populaires, l'opposition chaleur/fraîcheur sert à penser la grossesse ainsi que l'allaitement.

La fraîcheur (frôlô) du ventre de la femme (et donc de son *boboduman*) est essentielle à la grossesse pour que le sang puisse se former et que l'enfant puisse rester. Frôlô renvoie à l'idée de fraîcheur, de calme et de paix. Une femme qui n'est pas tombée enceinte pendant plusieurs années a le ventre chaud, les soins consistent à le refroidir. Les seins doivent être frais pour que l'enfant tète. De plus, une femme enceinte est considérée comme chaude et sa chaleur est néfaste à "ses enfants", enfants du même matrilignage, du même sang.

⁷ De même on dit "couper les règles" pour désigner la ménopause.

APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE QUELQUES CONCEPTS ET CONCEPTIONS POPULAIRES RELATIFS A LA SANTE MATERNELLE. REPRESENTATIONS ET PRATIQUES DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM EN MILIEU TOUAREG

Marie-France Noël*

Cette étude sur le concept de santé maternelle est une première approche, conçue lors d'un travail anthropologique sur la perception du corps et de l'état de santé et de la maladie chez les Touaregs Kel Adrar, dans la région de Kidal, au Nord du Mali. Il vise à combler un manque, puisqu'en Afrique sub-saharienne souvent, les évaluations des problèmes de santé maternelle se basent uniquement sur des études quantitatives de morbidité, de mortalité, en oubliant dans les facteurs de risques, de relever le contenu du sens et les valeurs que la population "cible" accordent à son état de santé.

C'est pourquoi, il nous est apparu nécessaire de compléter cette notion de santé maternelle par une démarche qualitative portant sur les représentations et pratiques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en milieu touareg. En effet, et globalement, le "corps touareg" ne se réalise que dans un processus d'intégration communautaire dont le système éducatif normalise les moindres actes. Certaines périodes de la vie de la personne : la naissance, le passage de l'adolescence à l'âge adulte, la maternité, font intervenir des interdits sur certaines parties du corps comme sur le contrôle des sens.

Les premières enquêtes ont été menées auprès des campements Kel Adrar dans la 8ème région du Mali en 1993, lors de consultations médicales. Les questions n'ont pas été élaborées par une grille, le contenu s'élaborait en fonction des consultants, de la souffrance dite par la personne, dans l'objectif d'identifier un problème de santé et d'en faire le diagnostic.

Le recueil d'un savoir médical populaire lors des consultations en brousse avec l'aide d'un guide et interprète, s'est essentiellement basé sur la rencontre du moment, le contenu s'élaborant selon l'individu, son sexe, son âge et son statut social. La récolte des données était inscrite dans un cahier de bord après les consultations, il était difficile d'enregistrer pendant les consultations.

En 1996-97, l'enquête s'est poursuivie plus spécifiquement sur la médecine touarègue à Kidal, auprès des guérisseuses, de marabouts, et de matrones formées par des ONG étrangères. Une deuxième démarche, tente de montrer la relation entre patients et soignants et les dissonances entre les différentes formes de savoirs dans l'application d'un objectif de développement et de santé. Cette enquête a été menée à l'aide de questionnaires auprès de médecins, infirmières, sages-femmes d'ONG étrangères au Mali (AMI, MSF Belgique). Ces personnes (hommes et femmes) ont vécu dans l'Adrar, entre 1992 et maintenant, lors de séjours s'échelonnant de dix jours à deux ans et demi.

Cette démarche met en évidence l'observation et l'approche d'un soignant face à un milieu qui a un savoir et une pratique d'une médecine "autre". Les questions ont été posées selon

* Doctorante en ethnologie (USHS Université Marc Bloch Strasbourg).

des critères thématiques basés sur la démarche clinique : recherche de diagnostic, déroulement d'une consultation, thérapie, santé publique, etc... Soulignons enfin que ce travail n'est qu'une première ébauche de descriptions et de réflexions.

Une sémiologie de l'état de santé maternelle dans la société touarègue

Le corps de la femme dans la communauté

Chaque société a sa manière d'appréhender le corps humain. La société touarègue relie le corps à des correspondances liant l'individu au monde animal, végétal, minéral, et à l'ensemble de l'univers. L'individuation du corps ne se réalise que dans un processus d'intégration communautaire où seul le statut de la personne lié au groupe peut exister.

Le mode de vie de la femme s'imprègne de devoirs et de règles qui organisent chaque acte de son quotidien et dictent ses relations avec le monde extérieur selon sa position hiérarchique et la classe sociale à laquelle elle appartient. C'est un véritable conditionnement de l'être, par la maîtrise de ses perceptions organiques et sensorielles dont le système éducatif normalise les moindres actes. Certaines périodes de la vie de la personne (la naissance, le passage de l'adolescence à l'âge adulte, la position dans la hiérarchie) font intervenir des interdits sur certaines parties du corps, de même sur le contrôle des sens.

L'intégration sociale passe ainsi par l'application d'une maîtrise du corps et de l'éducation des parties sensorielles, c'est à dire savoir regarder, écouter, sentir, toucher, apprivoiser le goût, l'odorat, contrôler les émotions et les sensations. Pour l'homme et pour la femme, le devoir de contrôler le corps implique des conventions dont le non-respect provoque une pollution du champ social, entraînant pour la personne risque de déshonneur, perte de pudeur, et désocialise l'individu du groupe, un état de malaise apportant souffrance.

Malgré les changements sociaux de ces dernières années, les codes de bienséances (*takaraket*, *asshak*, *serho*), référant à des manières de se comporter face aux autres demeurent vivaces. Plus l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, plus l'obligation de s'y soumettre est forte. La femme doit faire preuve de *takaraket*, exprimée par un comportement de réserve, de retenue et de pudeur (*asshak*). On jugera de ce fait l'homme et la femme sur une manière de se comporter, qui s'appuie sur des codes précis de valeurs (*tayara*) qui ordonnent les règles de civilités au sein du groupe : l'homme ne pas parler de ses beaux parents ; le nom du conjoint est prohibé de nuit comme de jour, et chacun des deux époux utilise des procédés descriptifs pour parler de l'autre ou annoncer une naissance. Globalement, chez les Kel Adrar, la personne doit cacher son caractère, sa personnalité, son intériorité car l'honneur, l'estime vont à qui sait se maîtriser. La femme musulmane, pratiquante ou non, se réfère à l'islam. Le Coran précise les actes fondamentaux d'hygiène de vie ainsi que la manière de se comporter qui donne un sens, une éthique de vie.

En Adrar, le premier mariage est souvent imposé, décidé dès le plus jeune âge de la fille. Cependant en milieu urbain, à cause du phénomène de sédentarisation, les mœurs changent. Les familles prennent en compte les désirs et le choix des partenaires pour le mariage. La maternité hors mariage fait scandale, considéré comme *haram*, illicite : la femme est rejetée, l'enfant considéré comme "bâtard" (*anibo*). Il semble que la parenté par les hommes domine l'organisation politique et que les liens utérins régissent plutôt les rapports sociaux. Le sang transmet la parenté de l'homme (la parenté du dos) - *Tikànewad* (le sperme réside dans le dos) - explique la parenté du dos ; et le lait transmet celle de la femme (la parenté du ventre).

Contraception et avortement

L'utilisation de méthodes contraceptives fait l'objet de réticences, car elles sont souvent perçues comme une atteinte à l'Islam. Les réactions demeurent mitigées. Par exemple, des femmes disent ne pas utiliser des moyens contraceptifs :

"L'homme et la femme ne décident pas. C'est Dieu, c'est naturel, c'est pas bon d'empêcher une grossesse". "Kala kala (non, non), du fait de l'éducation islamique qui n'autorise pas la contraception" (Kidal, 1996)

Une autre raison invoquée est le faible taux de natalité. Cependant, la méthode contraceptive la plus connue et utilisée est *taghmiwén* : le fait de coïter en éjaculant entre les cuisses de la femme. Quant à l'utilisation de pilules contraceptives, il semblerait que son utilisation soit réservée aux femmes urbanisées :

La pilule est mal vue en brousse. Tu empêches les enfants que Dieu veut créer. C'est toi qui a le péché de ces enfants car ils meurent. (Kidal, 1996)

L'utilisation de plantes comme moyen contraceptif (on parle d'une petite coloquinte amère) correspond plus à l'usage d'avortement provoqué. Depuis les années de sécheresses, de rébellion, d'exil pour certains, les Touaregs sont confrontés à un phénomène de rupture d'ordre social et politique. Ainsi l'identité et le statut de la femme ne correspondent plus totalement au schéma traditionnel. Beaucoup de femmes se sont retrouvées seules. L'exil, la nécessité les ont amenées à des mariages désapprouvés par la communauté. On parle même de prostitution, d'enfants abandonnés et d'infanticides. En situation de détresse, certaines ont recours aux avortements, mais l'enquête est difficile. L'avortement (*eshaf*) est le mot direct, cependant on emploie de manière détournée d'autres expressions pour en parler, telles que "ventre gâté", *tasa tershe*. Les avortements provoqués sont faits dans la plus grande clandestinité par lavement (*tenàfelt*), par voie orale avec des plantes qui sont interdites pendant la grossesse : des femmes sont réputées pour connaître cela. Quand on le sait, on le dit de bouche à oreille, mais on n'a pas de preuve, la brousse est vaste.

L'avortement naturel est perçu comme étant une volonté de Dieu. L'avortement en cours de grossesse peut être attribué à la malveillance de la part d'autrui due à la parole mauvaise (*togershet*), au mauvais oeil (*tachort*), mais aussi à des envies (*tarha*) non satisfaites qui créent une maladie (*touzma*). Si certaines observations amènent la femme à détecter un problème physique, des pertes anormales de sang, la guérisseuse (*tanàsmagalt* ou *tenàssàfart*) a pour objectif premier de purger le corps de ce sang "sale" par des lavements.

Stérilité

Les marabouts sont sollicités - mais seuls certains marabouts sont "agrés" - pour les problèmes de stérilité. Le ventre vide est souvent supposé lié au mauvais sort, car l'enfant est un don de Dieu. Le marabout (*alàqqi*) va alors définir s'il y a possibilité de guérison par la géomancie (*idjechan*).

La tessemde, la fraîcheur, représente un des principaux signes de stérilité. La femme stérile n'est pas rejetée par la société, on pourra lui confier l'éducation d'autres enfants, mais l'absence du statut de mère affaiblit sa position. Le risque de divorce et l'arrivée d'une co-épouse devient réel.

Le silence de la grossesse

La grossesse doit être discrète, muette dans la parole, le corps aussi se dissimule. Prévenir les risques c'est faire silence du corps. Le système préventif s'appuie sur ces manières de "dire" et de dissimuler l'événement. La femme utilise des métaphores pour signifier son état. Familles et voisins emploient, eux aussi, un langage allusif (la *tangalt*) afin d'éviter tout risque de danger. Les actes préventifs sont donc axés sur la discrétion. La pudeur dans la parole (*asshak*) et le comportement (*sorho*) deviennent pour la femme en gestation une des priorités pour mener à bien la grossesse.

Chez les Kel Adrar, les logiques d'actions préventives se réfèrent aussi très souvent à l'Islam et à des éléments pré-islamiques. La grossesse est un don de Dieu. Pendant cette période, "la femme a deux âmes". La gestation la rend vulnérable au monde extérieur et à ses relations au groupe. Un autre facteur de risque est la relation du corps féminin avec le sang. La femme devient impure par l'écoulement du sang mais aussi par son comportement.

Pendant la période menstruelle, la pollution sanguine met la femme à l'écart de la communauté, de sa vie conjugale. Un rapport constant est établi entre les *Kel Essuf* (les esprits), le sang et la couleur noire. Certaines femmes s'enduisent le visage de noir, mélange de khol et de plantes, pour s'en protéger. Le sang des menstrues est sale, et constitue la "boisson des esprits". En brousse, la femme est timide, elle ne dit pas au mari qu'elle est "réglée", alors elle s'enduit le visage d'une poudre rouge. L'homme sait que le terrain est mouillé. La femme réglée ne touche pas au Coran, ne rentre pas à la mosquée, n'a pas de rapports sexuels.

On dira d'une femme qui a ses règles : *ashni n-iba n amud* (le sang de l'absence de prière) ou qu'elle ne fait pas la prière, *wâr tumad*. La femme en période menstruelle devient *haram* (impure, illicite). C'est aussi pourquoi, à la ménopause, la femme rejoint le monde des hommes : *Tajbist*, le fait d'attacher le pantalon, dit qu'elle peut désormais prier avec eux.

L'hygiène du corps par l'élimination de "résidus" corporels comme les poils élimine toute la souillure, mais l'impur n'est pas seulement lié aux excréments du corps : le mauvais comportement, la parole inconsidérée sont également dangereux.

Les mauvaises paroles, c'est *harâm*, c'est-à-dire ce n'est pas permis par l'Islam, puisque si tu dis quelque chose de mauvais tu attires la haine.

La notion de pur (*halal*) et d'impur rentre dans la ritualité du quotidien, et conduit la primipare à un sentiment de honte de sa gestation.

Logiques de prise en charge de la grossesse

La prise en charge de la santé maternelle n'est pas uniquement le fait de la femme enceinte. L'ensemble des membres de sa famille et de son environnement contribue à mettre en place, d'une manière subtile et indirecte, tout un système préventif pour essayer de limiter tous risques liés à un mauvais comportement, à des paroles néfastes provoquant haine et envie qui pourraient nuire à la future mère et à l'enfant.

Pour ce faire, tout tend à maîtriser les manifestations corporelles, il s'agit de combler les désirs, d'hygiène de vie et d'alimentation, de se munir de protections coraniques et de conjurer le mauvais sort. L'entourage annonce l'état de grossesse en employant des métaphores. Les termes sont choisis en fonction des relations d'alliances. Plusieurs termes montrent cette manière de procéder :

tadkar : elle est enceinte, mot direct qui sera moins employé
La inniyàt : elle est enceinte, ne pas utiliser le mot par respect
Takal essin édinèt : elle est deux personnes
Tàssot : mot utilisé pour les animaux
Nshak tàt : on la soupçonne d'être enceinte
abârkot : gros ventre
tala abârkot : elle a le gros ventre

L'aspect physique est donc important, on observe les manifestations corporelles, et la femme fait l'objet de beaucoup d'attention. Par exemple, quand quelqu'un égorge un mouton dans la cour, il n'est pas forcément au courant. On lui chuchote : "elle est deux personnes", pour l'informer qu'une femme est enceinte et qu'il faut lui donner un bon morceau.

De même, on fait attention à ses envies (*tarha*), car elles sont à l'origine des complications de l'accouchement. Les envies (*tarha*) peuvent revêtir deux formes : la nostalgie d'un parent, et surtout d'un fils, ou le désir d'un objet matériel. Les désirs perçus et inassouvis peuvent provoquer des maladies, telle que *amaghas* (privation de nourriture, de tabac) :

Tu vois, si une femme enceinte désire quelque chose, qu'elle ne peut l'avoir, elle a mal (crampes) et même si elle va au dispensaire, elle ne guérit pas. Si tu lui achètes ce qu'elle veut, elle guérit.

Malgré toutes les attentions dont elle est l'objet, ses obligations de réserve de la femme enceinte sont impératives. Elle ne doit pas susciter la convoitise, elle doit réprimer sa joie ou tout sentiment pouvant créer l'envie, le désir. La femme doit prendre des précautions à certaines heures, les diables rodent, elle ne doit pas trop se fatiguer, la peur, les émotions donnent des maladies.

En guise de protection, contre les attaques des "âmes maléfiques", le marabout lui écrit des sourates mises dans des amulettes, *tivot*, qu'elle portera sur elle. Les normes de "bon comportement" imposent aussi de faire silence sur des manifestations de douleurs, surtout lorsqu'elles se manifestent dans des parties intimes. Seule une souffrance intolérable dirigera la femme vers une consultation. L'expression *Ewét n-uhl* (frappe ton cœur) a un rapport avec l'anxiété, les palpitations, les nausées.

Par des métaphores, la femme nomme les signes non-visibles ressentis de son état de mal. Pour la douleur, on peut ainsi différencier plusieurs termes : *tezorte*, la souffrance lancinante ; *tekma*, la douleur perçue comme vive et inflammatoire. *Tekma n-uhl* peut être perçue comme absence d'appétit, nausées, répugnances. Le terme n'a pas de signifié précis hors contexte. La souffrance doit être cachée, tu es jugé selon ton comportement, montrer la douleur, c'est comme si tu te mets nu devant tout le monde

Tempérament d'être : le chaud et le froid

La notion de santé est déterminée par un équilibre harmonieux dans la relation de l'individu à l'écosystème et dans ses relations sociales, et dans cet équilibre des principes *detekusse* (chaud) et *tessemde* (froid) sont importants. Chaque personne a un tempérament spécifique. Mais la femme est particulièrement prédisposée aux maladies froides. Certaines femmes pendant la période menstruelle évitent de se laver et d'avoir un contact avec l'eau froide. Tous les gestes quotidiens font l'objet d'une surveillance dans ce domaine.

Les maladies froides se présentent sous formes de problèmes gynécologiques ou sont présentées comme tels parce que l'on craint qu'ils ne soient liés à la stérilité. Le risque, c'est

tessumde, "la froide", qui est la maladie la plus redoutée. La grossesse est perçue comme un état de chaud, mais cette formulation est surtout faite par les guérisseuses. Cette logique d'articulation semble être à la fois la résultante d'un savoir propre à l'individu, mais elle s'inscrit aussi dans une socialisation du vécu de la personne, qui laquelle donne forme et sens aux modèles explicatifs des faits d'incidences de santé.

"Chrono-logiques" de savoirs

L'accouchement : *tiwit* (mot direct, d'action d'accoucher)-*amzur-aru*. Pour éviter toute honte, toute gêne, la future accouchée retourne au campement de sa famille, loin de ses beaux-parents. Le déroulement de l'accouchement est considéré comme le moment plus dangereux car il est perçu comme l'instant où la femme se trouve au bord de sa tombe.

L'écoulement du sang (*ashni*) qui sort du corps de la femme offre la possibilité du franchissement du seuil de la tente par le monde de l'invisible, les diables, les *Kel essuf*, le sang est en effet leur boisson favorite et ils peuvent enlever les nouveau-nés. Il y a une relation très forte entre la femme et la tente. L'entrée redoutée des esprits sous la tente symbolise le rapt de l'enfant. L'emploi de fumigations dans la tente les chasse du lieu. Certaines résines (*adäras*) ont la propriété de les éloigner. Certaines plantes peuvent avoir la réputation "d'épurer le sang" et de protéger des esprits : *agarr* (*Maerua crassifolia*fork).

Le travail se fait dans une tente à l'écart du monde des hommes. Pendant tout le déroulement, les femmes du campement "gardent" l'environnement de la parturiente. Lorsqu'il s'agit d'une "fille-mère", la famille se montre extrêmement discrète et l'accouchement se déroule en cercle restreint. Tout le monde fait semblant d'ignorer son état. Les informations concernant la position de la femme dans la tente, de l'orientation de son corps pendant l'accouchement sont très divergentes, certaines réponses sont précises mais contradictoires :

L'accouchement se déroule au sud de la tente. L'accouchée (tamarawt, génitrice, accouchée) est placée tête au nord et pieds au sud, de préférence allongée sur le côté droit. En fait, cette position fait référence à la manière dont on enterre les morts dans le rite musulman. A priori cette position est recommandée à tous les malades allongés et susceptibles de décéder à tout moment.

Si la femme doit accoucher dans la position couchée, la tête doit être dans la direction Ouest (*s-aràram*) et après l'accouchement, elle doit être à l'Est jusqu'à sa sortie, (*s-làqqablät*). L'enfant prend la même position que sa mère.

La position de l'accouchée est très variable d'une femme à l'autre et d'une gestation à l'autre. Dans la majorité des cas, et surtout chez les primipares, les femmes accouchent allongées sur le côté droit. D'autres, restent accroupies et sont soutenues par une femme placée derrière elles qui passe ses bras sous leurs aisselles. Parfois elles accouchent à l'aide d'une corde suspendue aux montants de la tente, ce qui aide la femme lors de ses poussées. La femme est accroupie ou couchée sur le côté jamais sur le dos, comme dans le dispensaire. Certaines femmes refusent et préfèrent accouchées accroupies pendues à une corde.

La notion du temps ne se réfère pas à l'éclatement de la poche des eaux, seule la durée de la souffrance à l'expulsion fait intervenir la perception de danger. Le début du travail est perçu par l'arrivée des douleurs, mais là encore, la souffrance doit être maîtrisée et discrète. *Tezort*, la souffrance exprimée par des cris, et *azar*, les signes d'agitations, sont indécents :

La douleur doit rester cachée parce qu'elle révèle de la faiblesse, de l'impatience. Si tu montres ta douleur, c'est mal vu et tu rends mécontents les autres. La retenue doit être forte car elle symbolise l'art de se comporter, son courage, sa dignité.

Un travail trop long, une expulsion de placenta tardive, ne seront considérés comme problématiques qu'après de nombreuses heures. Pour l'accouchement, c'est, par exemple, une femme qui a des contractions durant 2 à 3 jours sans accoucher ; pour le placenta, on pourra attendre 24 à 48 heures avant de penser qu'il peut y avoir complication.

La conscience du danger devient alors collective, et on fait alors appel au marabout. Celui-ci écrit des versets du Coran, ou des Hadiths attribués au Prophète, spécifiques à cet état de difficultés pour soulager la douleur : on appelle le marabout qui écrit des versets sur les parois internes d'une tasse à l'aide d'une encre. Il verse ensuite de l'eau dans la tasse, ce qui a pour effet de diluer l'écriture, et on fait boire le tout à la femme. On appelle le marabout lorsque ça va mal. Pendant le déroulement, les femmes récitent des versets coraniques : il existe également des talismans qu'on suspend au cou de la mère pour faciliter l'accouchement si le travail traîne en longueur. La femme qui s'occupe de maintenir le voile de la femme pour qu'elle ne dévoile pas ses jambes au moment de l'accouchement dit à voix basse au moment des efforts expulsifs : "Que Dieu fasse qu'elle accouche dans de bonnes conditions".

Si une femme instruite dans le Coran est présente, elle récite les sourates qu'elle connaît. Pour la douleur, la sourate la plus employée est Yâ' sîn, la sourate 36 du Coran. Elle jouit d'un prestige particulier dans la croyance islamique, qui la considère comme le "cœur du Coran". Elle est récitée traditionnellement sur un agonisant ou un mort.

Pendant le déroulement du travail, pour aider la femme, les savoirs faire divergent selon le vécu des femmes présentes. Le savoir populaire garde en mémoire les éléments nécessaires à la santé (température, climat, besoins alimentaires et spécifiques de la famille) hommes et femmes sont vigilants dans la diététique et ses conséquences : chaque sensation corporelle est une autre expérience enrichissant le savoir familial. Mais en dehors de ces pratiques courantes, pour aider la femme, les savoirs faire divergent selon le vécu des femmes présentes.

Pas de massages à proprement parler. Parfois une femme se contentera d'appliquer la paume de ses mains sur les reins de la parturiente si celle-ci se plaint particulièrement de cette partie. Lalla dit qu'on enduit la femme des pieds jusque sous les seins d'un enduit fait à base de cendre de fibres qu'on trouve dans les caisses de thé (sorte de paille pour emballage) mélangée à du beurre ou de la pommade du commerce. Elle précise que l'application commence par l'ombilic en traçant une croix.

Il n'y a pas de manipulations. La femme selon son choix positionnel (le plus souvent couchée sur le côté) accouche à même le sol sur le sable. A aucun moment il n'y a toucher. La femme ne dévoile pas son corps (comme la parole, maîtrise des cris), Le voile cache ses parties génitales et la réception du nouveau né se fait sous les pagnes. La pudeur règle les moindres gestes. Cacher ces parties, c'est aussi éviter le risque de convoitise des esprits car l'écoulement du sang les attire. La femme choisie pour faire office de "sage-femme" doit être une femme compétente du campement, mais il n'y a pas de matrone attirée et la femme choisit :

Celle qui a le plus d'expérience dans le domaine de l'accouchement parmi les femmes présentes lors de l'accouchement. Il n'y a pas de gestes particuliers. Elle introduit seulement les mains sous le voile et à tâtons, recueille l'enfant en se contentant de maintenir sa tête hors du sable. Mais aucune manœuvre pour accompagner le dégagement ou protéger le périnée des déchirure (on ne doit pas voir, on ne doit même pas toucher).

Après à l'expulsion, le cordon ombilical est coupé par la même femme. Puis "tu sais on masse ainsi, les contractions ne se refroidissent pas", ce qui donne un bébé chaud, mais la mère devenue froide devra suivre une diététique chaude afin de recouvrer sa vitalité.

Cordon ombilical

Après à l'expulsion, le cordon ombilical est coupé par la même femme qui a pris le nouveau né. Le cordon ombilical (*témétt* : c'est aussi le terme pour lien de parenté, lien du sang) est coupé avec précautions en fonction des connaissances de la femme :

On coupe le cordon avec un couteau de cuisine. La femme coupe le cordon avec n'importe quoi de ce qu'elle trouve. Ça me fait peur quand je vois ça. Le cordon est coupé par la femme qui reçoit le bébé dans ses mains avec un couteau spécial (style canif), la lame c'est nouveau.

L'expulsion du placenta : azägor en-tméden ou errettuk

Si l'expulsion se fait attendre :

Quant au placenta, si tout va bien on attend. En cas de problème de décollement, on creusait un trou sous la femme et on attache à l'extrémité du cordon un poids (petit paquet de sable ou une pierre pour que, sous l'effet de la pesanteur, le placenta se décolle). On essaie parfois également soit de provoquer un effort de vomissement en mettant dans la bouche de la femme la lame d'une hache, ou bien on essaie de la faire éternuer en introduisant dans ses narines du tabac ou du piment. On attache le placenta à une hache pour que ça ne se retourne pas, et on tente de faire éternuer la femme, en lui donnant du tabac à priser, on lui chatouille le nez pour qu'elle éternue : Khlass, c'est comme ça.

Le placenta est enterré par la même femme qui a pris en charge la femme. Elle le met dans un trou, le cordon est enroulé dessus. *Timidiwen n aliad* " les amies de l'enfant ", le placenta est aussi nommé *timéden*, *témet* étant le lien de parenté.

Le placenta sera enterré par la vieille femme, le lieu choisi se trouve hors de la tente. Le rituel de l'opération doit être strict, sinon un "malheur pourrait arriver". Il doit être enterré face contre terre, à une profondeur d'un avant bras, afin d'éviter son déterrement par un animal. Aucune cérémonie n'accompagne cette opération.

Le placenta fait l'objet de beaucoup d'attention. La femme qui a pratiqué la délivrance s'en occupe personnellement, car toute manipulation désinvolte peut apporter malheur et surtout la stérilité pour l'accouchée. Quant à la pratique de l'expulsion, malgré certains faits relatés comme de le tirer d'une manière brutale, ce n'est pas une généralité. Les complications connues peuvent être :

Antum entmedén : rétention placentaire, non-délivrance.

Täghart en tmedén : rétention totale du placenta.

La rétention placentaire semble être souvent le propos des discussions. L'attente peut être de deux trois jours pour l'expulsion, l'urgence médicale se définit mal en brousse. Faute de possibilités de déplacement rapide.

On ne s'inquiète absolument pas de la quantité de sang perdu puisqu'il s'écoule dans le sable. Ce serait plutôt le contraire : on s'inquiète d'une femme qui ne saigne pas beaucoup et qui serait à l'origine d'une maladie appelée "*Eubouyis*".

Emi (inü – la bouche), c'est tout de suite après l'accouchement, tu as de la fièvre, douleurs dans l'estomac, mal partout, la peau est jaune. C'est parce que la femme a été mal entretenue qu'elle a manqué de bonne chose

Emadad "celui qui mord", tu as mal dans le bas du ventre et tu vomis c'est tout de suite après l'accouchement, on te donne de l'eau d'un arbre (?) et partout du sable chaud sur le corps.

abiwis plaies : déchirures périnéales et fistules

khadijatou : phlébite du post partum

tamasmüt : c'est des douleurs pelviennes avec hémorragie abondante

tessemdé ou *tanusmut* : maladie post-partum (la fraîcheur), très redoutée peu de fièvre, hémorragie et asthénie, pâleur des téguments

Il y a beaucoup de mauvaises présentations, c'est pas bon. L'hôpital est loin. Ça fait mal. Quand il y a hémorragie, les femmes meurent. C'est une question de chance. Il y en a qui saignent jusqu'à en mourir, ça arrive beaucoup en brousse.

Le saignement de l'accouchement est perçu comme naturel, il faut que tout le sang soit lui aussi rejeté. Un saignement (hémorragie post-partum), des vomissements, un excès de sang seront le signe d'une maladie chaude, mais l'écoulement normal lors d'un accouchement ne présente aucune caractéristique spécifique. Après l'accouchement, les femmes sont considérées comme faibles et fraîches, et donc vulnérables aux maladies froides. Un régime spécial de nourritures chaudes, leur est recommandé afin qu'elles recouvrent des forces et combattent le froid. L'annonce de l'accouchement se fait par métaphores :

La femme a retrouvé sa tête : *tegraw eghaf-nnet*
Elle a retrouvé son âme : *tegraw iman-nnet*
Tawwàd akall : elle a atteint le sol
ou encore : Le canari s'est cassé.

Soins au nouveau né et à la mère

aliad s'iked iwa l'enfant qui vient de naître. "Nous avons un étranger" signifiant la naissance.

Comme pendant le déroulement de la grossesse, règles et obligations, et d'interdits restent les mêmes : discrétion et retenue de la mère vis-à-vis de son enfant, règles d'hygiène et début d'allaitement varient selon les groupes, les régions et leurs contextes sociaux. La toilette du nouveau né n'est pas toujours faite à la naissance. Selon les entretiens, les pratiques divergent, ainsi :

L'enfant n'est pas lavé. S'il a un peu trop de vernix (qu'on attribue à la consommation de lait caillé chez la femme enceinte), on peut "l'étriller avec une poignée de sable".

L'enfant est déposé à côté de sa mère sans contact corporel. Il n'est pas rare de voir les mères se désintéresser apparemment de leur enfant et même de refuser de le toucher.

L'enfant est mis dans un pagne, et lavé dans la tente. Il est également très malvenu de s'extasier sur le bébé. C'est faire la mauvaise bouche et pourrait attirer le mauvais sort sur l'enfant (*togershet*).

Le détachement de la mère face à son enfant fait partie d'un code de bienséance. On ne doit jamais montrer en public l'affection qu'on lui porte pour ne pas attirer sur lui regards ou admiration. C'est la résultante des compliments, véritable force de la parole, qui entraîne le risque de concupiscence. Les mauvaises entreprises et tous les malheurs sont produits par la bouche.

L'allaitement : *tadàt* (mot direct)

assodad (action d'allaiter) *alyad iha ifafan* (l'enfant est au sein).

L'enfant n'est pas mis au sein tout de suite, mais 48 heures après, le colostrum étant perçu comme mauvais pour l'enfant. On lui donnera à boire de l'eau sucrée, ou dans laquelle on a mis à tremper quelques dattes. Si la mère n'a pas de lait ou est décédée, l'enfant sera nourri avec cette décoction de dattes et de lait de chèvre.

Il peut arriver qu'une maman meure, on laisse le nourrisson, on cherche une femme mère ; si cette dernière n'est pas de la famille pour allaiter l'enfant, tous les enfants de la nourrice tétée par cet enfant deviennent ou sont d'office des frères de ce dernier. Cela est très important en milieu touareg.

éwet angh : la première tétée du nouveau-né : Ce rituel d'apport de datte et de lait au nouveau-né peut se référer à l'Islam qui aurait intégré certaines pratiques des Hébreux et des Arabes anciens (rite du frottement du palais avec du miel, ou des dattes) : A Médine, le Prophète aurait mis dans la bouche des nouveau-nés un peu de salive, puis de la datte mâchée. Cet acte symbolise la transmission de la *baraka* par les hommes saints. Cette pratique peut être aussi perçue comme éliminant les impuretés, les dattes fraîches ayant un caractère chaud et humide, cité dans la médecine prophétique. Elles ont pour fonction après un jeûne de revigorer l'estomac froid. Le lait de femme *axx n-tamàt*, le lait maternel *axx n-tàmarawt*, créent le lien de parenté par ascendance directe ou indirecte, par la ou les nourricières de l'enfant :

La déclaration civile n'intéresse que les citoyens surtout ceux qui ont à faire avec l'administration. Les nomades viennent rarement déclarer les naissances.

Après la naissance commence une période de réclusion obligatoire de quarante jours de la mère et de son enfant.

La période des quarante jours (amzor)

Si la période n'est pas respectée, on dit : "Que le diable nous a léché, que le vent est rentré" La réclusion fait l'objet de beaucoup de soins portés à l'accouchée, car elle doit reprendre ses forces. Considérée comme impure par l'écoulement de son sang, l'isolement social contribue à la mettre en sécurité loin de toute malveillance, de la protéger du monde des esprits jusqu'à la nomination de l'enfant. Quant au nouveau-né les mêmes règles de réclusion lui sont imposées. Pour éviter son enlèvement (ou l'échange) par les *Kel essuf*, il ne sera jamais laissé seul.

La mère et l'enfant ne doivent pas sortir de la tente pendant 40 jours. Si la mère sort pour faire ses besoins en dehors de la tente, elle se munit d'un couteau et en laisse toujours un près de son enfant. Ces couteaux sont censés les protéger des diables. La mère s'enduit également tout le visage d'antimoine durant 7 jours, toujours pour éloigner les diables.

Elle ne fait que manger, boire et s'occuper du bébé, la première semaine, elle ne se lave pas. Elle ne se tresse pas jusqu'au jour du baptême. D'autres préventions s'articulent autour de règles telles que protection de la nourriture, ou des précautions gestuelles :

La mère ne touchera pas directement les objets du foyer familial pour éviter que son enfant soit un touche-à-tout plus tard.

La femme étant fragile, toute la nourriture sera protégée de la chaleur comme de la convoitise, même l'utilisation du feu pour cuire les aliments est interdit aux autres personnes. On la dissimule à l'abri de regards et des envies (*touzma*). Si on utilise le feu destiné à la cuisson des aliments, cela pourrait donner mal aux yeux à l'enfant. Le bouillon de viande, avec la viande, le lait lui sont réservés.

Durant la quarantaine, la femme est considérée au bord de la tombe. C'est une façon de dire que les décès sont importants. Certaines complications sont citées fréquemment : Il y a également *Eubouyis* qui est

une sorte de poche de pus ou de sang qui se constituerait dans l'abdomen de la femme et pourrait y rester des années. Causes : passage traumatique de la tête de l'enfant. Maladie froide. Ne me demande pas à quoi ça correspond dans notre médecine.

Emeded : c'est une coagulation du sang dans l'abdomen causant une forte constipation. Il peut être soigné à l'aide de noyaux de dattes grillées. Un autre traitement du lait caillé avec du tanin pillé.

La nomination de l'enfant se fait 7 jours après la naissance : Individualisation de l'identité collective, le choix du nom selon les familles se pratique différemment. Ce sont d'ordinaire les femmes qui le choisissent, mais dans les familles plus influencées par l'Islam, le choix sera fait par les hommes. Très vite le nom est entouré d'un surnom, *tidainaten* (fait de cajoler). Le jour du baptême, on rase la tête de l'enfant, la mère tresse ses cheveux, change de voile, l'isolement strict est rompu.

Divergences entre interprétations populaires et logiques de santé maternelle

Il est difficile de vouloir décrire l'altérité comme des faits objectifs mais essayer d'y voir plutôt "*Un rapport dynamique de deux identités différentes qui se donnent mutuellement un sens*". (Abdallah-Preteille, 1985 : 31).

Exemples de pratiques de consultation dans les campements

Par l'examen clinique, les soignants recherchent des signes symptômes d'identification de pathologie, regard sur un substrat culturel inconnu. Mais qu'en est-il de l'expressivité de ce corps souffrant, et de l'origine et des termes du mal perçu par les soignants ? Au moment de la consultation, médecins et infirmiers expriment leurs difficultés :

Les limites de l'interrogatoire : barrière linguistique. Vécu de la maladie, différent de ce que nous connaissons. Traduction particulière des symptômes qu'ils voient. Méconnaissance totale de l'interprète (masculin) lors d'un accouchement d'un vocabulaire minimal (contractions). Sinon globalement, sentiment que l'interprète était fidèle pour traduire la réponse (peut-être plus que pour les questions).

Barrage de la langue. Expression du mal en maladie en des termes parfois très déroutants pour nous, avec souvent un rapport au chaud et froid. En fait la traduction en mots-à-mots, et non en langage médical (puisque les interprètes n'avaient aucune connaissance médicale).

L'énoncé verbal et concept culturel peuvent différer. D'où la nécessité de mettre en évidence le contenu notionnel. Pour un terme unique en Touareg correspondent plusieurs termes français, par ex : *ägu* signifie "faire" ou "mettre" ou "constituer" ou "introduire" ou "être" (notion de temps). Un terme peut avoir des sèmes multiples, comme pour la bouche se référant à "orifice", extrémités variées, avec des analogies de forme et de situation. Il peut être l'illustration humoristique par métaphore d'une affection, "la fraîcheur" désignant la blennorragie. Pour le diagnostic précis, les difficultés de la traduction entraînent un problème de communication qui "cache" le parler du malade :

Amagharas dans la région du Gourma couvre les maladies bénignes dites de changement de régime, certains furoncles et boutons, et parfois des formes graves de la syphilis endémique et de la lèpre

"Amagharas, c'est n'importe quelle dermatose mais cela peut être aussi des palpitations, des céphalées, des douleurs osseuses" dans la région de Tinzaouten

Il n'existe donc pas toujours de correspondances entre les termes médicaux et ceux utilisés localement pour désigner la maladie, telle que *togershet* (maladie causée par une malencontreuse parole). Problème de traduction surtout dans l'interrogatoire concernant les

maladies gynécologiques. L'interprète ne traduit pas tout. Il évite les questions délicates et sa subjectivité intervient, bien entendu.

Autres déterminants qui interfèrent dans le dialogue, la différenciation du sexe, le statut social, religieux et l'appartenance à différents groupes politiques :

La traduction dépend de chaque interprète ; notre premier interprète sélectionnait les groupes à examiner et, dans ces groupes, sélectionnait les réponses qui lui paraissaient plus importantes. Les interférences étaient de type politique (appartenance au mouvement armé) et personnelles (manque de patience après un certain temps). Tout en prônant l'égalité des classes sur le plan médical, il est clair qu'on respecte le statut social, en faisant mine d'être le plus respectueux quand on a affaire avec un marabout ou un chef de camp. Les femmes sont bien plus difficile à examiner, de même que les vieillards. Pendant les consultations, l'approche est plus facile des plus jeunes au plus âgés, approche plus difficile à mesure que le statut social s'élève.

La perception des réalités et la connaissance des usages ne peuvent être comprises dans des missions limitées dans le temps ou sans la possibilité d'un vouloir d'échange de savoir et de rencontre avec l'Autre.

Les femmes consultaient rarement seules donc plutôt une approche de groupe. Si l'homme acceptait plus facilement un discours direct mais difficile de lui faire enlever son turban. Difficultés de faire parler les jeunes femmes et souvent impossible de les examiner. Les femmes plus âgées posent peu de problèmes.

Les hommes parlent volontiers, mais certains répugnent à se laisser examiner, quels que soient l'âge et le statut. Quant aux enfants, ils se comportent comme tous les enfants du monde, d'abord craintifs, puis curieux.

Le toucher, l'auscultation sont des points sensibles lors de l'examen du patient. Certains gestes sont même proscrits, interdits. La nomination ou le questionnement peuvent provoquer source de gêne ou d'amusement :

Les femmes n'aiment généralement pas qu'on les questionne sur une grossesse éventuelle. A part cela, si on prend soin d'éviter de poser des questions délicates en présence de tierces personnes, surtout de sexes opposées, les patients se confient facilement. Le plus difficile à faire préciser : leucorrhées, prurit vaginal, règles anormales... On peut rarement pratiquer un toucher vaginal, jamais un toucher rectal.

Le corps est "parlant", sa symbolique se retrouve dans l'expression verbale axée sur certaines parties ou organes du corps. De ce fait, les expressions, les mouvements constituent un mode important de relation avec autrui, surtout lors d'une situation de maladie :

Que ce soient les gestes, les signes, la parole, toutes expressions sont discrètes comme s'il ne fallait rien dire... L'auscultation est plus ou moins mal perçue, en particulier l'examen physique (palpation...). La palpation est de manière générale indécente et les questions sur le transit, chez nous les gens arrivent bien à en parler ! J'ai remarqué que la personne malade ou ses proches s'exprimaient plus facilement avec des images. Exemple : expliquer les "palpitations" avec l'image du couvercle de la théière qui se soulève car le thé est brûlant et la vapeur est là.

Dans les réponses, certains praticiens n'ont eu aucun problème quant à la possibilité d'ausculter les malades, mais tous relèvent la difficulté d'ausculter les femmes surtout si on suppose un problème gynécologique. Médecins ou infirmiers des deux sexes rencontrent cette difficulté surtout s'il y a possibilité de grossesse :

Les questions sont bien perçues par l'ensemble des patients et l'auscultation ne pose en général pas de problèmes (sauf pour les actes touchant à l'intimité) ; parfois pour les femmes il y a réticences (souvent due à une timidité) rapidement vaincues par le soutien et l'encouragement des autres femmes. Seules les questions concernant la pathologie gynécologique chez la femme semblent embarrasser. Je n'ai pratiqué ni

toucher vaginal, ni toucher rectal afin de ne pas perturber un rapport de confiance entre des patients n'ayant pas eu de contact avec un médecin depuis longtemps. Ces actes me semblent difficiles à réaliser du moins dans l'état actuel des choses : la compréhension de ces actes risque d'être dévoyés du fait de l'absence de conception de pathologie d'organe par les touaregs.

Le déroulement des consultations en brousse est pratiqué par des équipes médicales itinérantes qui installent "leur campement" à proximité des campements des nomades, ou dans des zones situées à des points géographiques de transhumance tels certains puits. Certaines équipes ont pratiqué la consultation médicale sur des nattes avec impossibilité d'isolement, l'approche par le toucher doit faire montre de beaucoup de calme, de patience et de respect. La pudeur peut être atteinte par le fait de vouloir pratiquer un geste. De même, enlever le turban, montrer une partie du corps est problématique :

La bouche est totalement tabou chez les Touareg, il faut vraiment expliquer pourquoi l'acte d'examen est important. Demander à une personne qui consulte de se déshabiller complètement pour l'ausculter serait indécent. Le toucher vaginal ou rectal est possible si la personne et son entourage sont ensemble convaincus de faire avancer le diagnostic.

La représentation de la douleur ne correspond pas ni ne pouvant être convertie à un "signe-symptôme" dominant d'appel ressort comme une constante de l'élaboration d'un diagnostic dans le discours médical. L'élément douleur, point clef de l'expressivité du mal, a été très peu nommé dans la prise en compte de l'état de mal. Quand il est formulé, l'expressivité et la formulation de la souffrance semblent soulever plusieurs difficultés sur la façon de le détecter et de le situer.

Parfois, on a l'impression que leur résistance à la douleur est beaucoup plus importante et parfois un rien ne les incomode. Ne pas pouvoir se baser sur le raisonnement de la médecine courante : anamnèse, signes symptômes, examen, diagnostic, traitement. Il faut absolument avoir des données épidémiologiques, climatiques, alimentaires, raisonner par élimination pour trouver le "symptôme-clé". La plupart des pathologies sont décrites toutes à partir de quelques signes communs.

En recherchant les signes cliniques, les praticiens du savoir biomédical sont en quête d'une efficacité médicale :

Trop souvent, j'ai perçu la maladie comme une fatalité à laquelle on ne peut pas grand'chose. Il est très surprenant de voir que les malades graves ne nous étaient présentés qu'en fin de consultation et parfois après notre demande. Peu de croyance en nos connaissances, bien que nous soyons perçus comme ceux qui ont le savoir. J'ai ressenti très fortement ce boulet du destin, de la destinée de chacun et de la fatalité dans laquelle on se laisse glisser, et que l'on accepte dans bien des cas avec sérénité... Très difficile de répondre car il existe une grande contradiction à mon avis entre maladie et "pouvoir de guérison". C'est un avis très personnel !

Les maladies infectieuses sont en minorité. Le plus souvent les symptômes forment un tableau inconnu de nos livres de pathologies. L'anatomie n'est pas respectée. L'examen clinique est le plus souvent très superficiel et en brousse il n'y a aucune possibilité d'examen complémentaires.

Cette démarche rend compte de soigner la maladie d'un "malade-individu" en l'extrayant à la fois de son contexte social et de son appartenance à une communauté culturelle, dont tous les éléments pris en compte rendraient "sens à l'état de maladie" de l'individu.

On décrit plutôt les parties du corps, mais les symptômes le sont d'une façon vague, le moment où le mal est perçu est très vague, mais il y a une histoire. Il n'y a pas de description précise de symptômes ou de parties du corps mais à 80% une histoire de la maladie, ou le moment où "le mal" est apparu.

Malgré ces difficultés ressenties par les équipes soignantes, la démarche de certains médecins peut montrer une volonté d'appréhender le sujet dans une démarche anthropologique. Ainsi à la question sur la perception et représentations des maladies :

Elles sont différentes du fait qu'elles naissent d'un terreau culturel différent (mais cela peut être également en Europe, selon les catégories sociales, professionnelles, les appartenances religieuses...), le contexte environnemental (vie en zone désertique), le mode de vie nomade...

C'est ainsi souligner l'intérêt d'une collaboration et les raisons de notre travail.

REPRESENTATION DE LA GROSSESSE EN MILIEU SONGHAY DE GAO

Younoussa Touré*

La société songhay de Gao présente des caractéristiques particulières par rapport aux sociétés traditionnelles maliennes et africaines notamment en ce qui concerne l'éducation de la petite fille. En effet dans la plupart des sociétés maliennes l'éducation de la fille est marquée par un ensemble de cérémonies initiatiques qui sont des rites de passage d'une classe à une autre. Les rituels de l'excision sont les plus connus de ces rites d'initiation. Par elles, on marque le passage de la jeune fille à la classe des femmes désormais autorisées à se marier et à procréer. Dans ces sociétés, l'importance des cérémonies d'initiation précède des événements comme la grossesse et l'accouchement. La fille excisée est une femme, et la femme doit procréer.

Dans la société songhay de Gao, les choses sont perçues autrement. Puisqu'il n'y a pas de cérémonies "païennes" qui focalisent l'attention, c'est dans l'évolution naturelle de la jeune fille qu'on trouve des éléments qui font l'événement. Aussi, à chaque stade de l'évolution de la fille est attaché un ensemble de représentations qui traduisent parfois l'importance de l'événement, quelque fois sa gravité et toujours les appréhensions des uns et des autres.

Dans la pré-enquête que nous avons menée auprès d'une dizaine de vieilles femmes, nous avons cherché à savoir les termes et expressions qui désignent la jeune fille aux différents moments de son évolution, avant de nous focaliser sur ceux qui désignent spécifiquement la grossesse. Dans tous les cas nous avons essayé de cerner les connotations ou plus exactement les représentations qui s'attachent à ces termes et expressions. Ensuite nous nous sommes intéressés aux signes et au suivi de la grossesse en milieu songhay. Comment reconnaît-on dans la jeune fille une future mère c'est-à-dire une femme fertile ? Quels sont les signes annonciateurs d'une grossesse chez la femme ? Comment et par qui est suivie cette grossesse ? Et enfin, quels sont les signes annonciateurs de l'accouchement et quelles sont les méthodes utilisées pour réaliser cet accouchement ?

La désignation de la fille aux différents stades de son évolution

Le Songhay de Gao distinguent plusieurs stades dans l'évolution de la fille. Ces stades débutent par celui du "zanka" pour s'achever par celui de "weyzena" en passant par celui de "weysogo" et de "weyhay".

Zanka¹ ou l'enfant

C'est un terme neutre pour désigner l'enfant en général sans distinction de genre. Pour spécifier le sexe, il faut ajouter la postposition "wey" qui est la marque du féminin. On dira alors *Zankaway* pour la petite fille ou *Zankaru* pour le petit garçon. Mais en bas âge, cette précision n'a aucune importance et elle est, du reste, rarement utilisée. Dans tous les cas, on dit *Zanka*. Autant dans la désignation que dans les soins qu'on apporte à

* ISH (Bamako).

¹ On emploie aussi les termes de Ize buna, de Baada ou de Kotia pour désigner l'enfant au bas âge

l'enfant, on dissimule la différence de sexe. Filles et garçons sont entourés des mêmes soins et des mêmes protections. Filles et garçons sont habillés de la même façon. L'un et l'autre portent uniquement un boubou ample, "*gandura*" pour le garçon et "*shaya*" pour la fille. Aucun d'eux ne porte de pantalon de pagne ou de culotte. Dans les sociétés à initiation cette étape dure jusqu'à l'excision de la fille et la circoncision du garçon. Dans le milieu songhay, c'est l'apparition des premières menstrues chez la petite fille qui la distinguera du garçon circoncis. Déjà à l'approche de ces menstrues, la surveillance de la fille commence. Cette surveillance est destinée à lui éviter un bain froid² pendant les règles.

Waysogo ou hondiyyo (la fille nubile)

Le stade de *Waysoga* est le deuxième stade dans l'évolution de la petite fille. Avec ses premières règles, la fille reçoit un pagne qui est un pagne de protection. On lui fait comprendre, sans jamais le lui dire ouvertement qu'elle n'est plus une petite fille et qu'elle doit faire attention que les règles ne la surprennent quelque part. Il n'y a pas dans cette société de séances formelles d'éducation. Tout se fait par suggestion, par "osmose". Il arrive que la mère fasse des recommandations plus ou moins fermes. Mais, il n'y a pas de leçons de féminité. Cependant la jeune fille est scrutée avec attention et discrétion. On tente de découvrir en elle des signes annonciateurs.

D'abord, on observe l'état des seins. Sont-ils pointus ou étalés. La fille qui a des seins pointus suscite l'espoir chez sa mère. Elle sera sans doute une mère elle aussi. Par contre lorsque les seins d'une fille au lieu de pointer s'étalent sur la poitrine, la mère est inquiète. Mais elle est seulement inquiète, car pour le songhay, la femme tant que la femme n'est pas ménopausée, elle est toujours susceptible de faire un enfant.

Ensuite on observe la durée des règles. La fille dont les règles ne vont pas au-delà de trois jours n'est pas considérée comme une fille très féconde. On en a presque la certitude si les règles ne viennent pas en abondance.

Enfin, un autre signe est recherché dans la qualité de la peau et dans l'état des veines au niveau des cuisses. Lorsque la jeune fille présente une peau assez sèche, on l'assimile à un homme. Elle risque alors de pas enfanter ou de ne pas faire assez d'enfants. Par contre une peau lisse et brillante qui par son éclat laisse apparaître le sang circulant dans les veines des cuisses est le signe que la fille sera certainement une mère si elle arrive au mariage, si elle devient "*weyhiji*". Auparavant, le stade du *Waysogo* précède celui de *Weyhiji*. La "*waysoga*" peut s'amuser avec ses copines, elle fait le ménage pour sa mère ou sa grande sœur. Elle jouit d'une liberté contrôlée. Cette liberté s'arrête avec le mariage.

Weyhiji ou la femme mariée

La classe des *weyhijey* est entièrement réservée aux femmes mariées. Ce n'est pas une question d'âge. Une femme peut s'y trouver alors que sa grande sœur est encore "*Waysoga*". C'est un statut que confère uniquement le mariage. Cependant le mariage pour important qu'il soit n'est pas une fin en soi. Le stade de *Weyhiji* est une étape qu'on souhaite dépasser le plus rapidement possible. Ainsi un mois après le mariage, on commence à observer la mariée. On cherche à travers ses faits et gestes les signes annonciateurs d'une grossesse. Cette observation se fait particulièrement à deux niveaux.

D'abord au niveau de la mère de la mariée ou de sa représentante. A ce niveau on cherche des informations sur le régime alimentaire de la mariée. Cette alimentation est-elle riche et abondante ? Sinon, la mère ou sa représentante enverra chaque fois un plat

² On a constaté que la jeune fille surprise par les premières règles se réfugie dans le fleuve pensant pouvoir laver le sang. Ce bain froid est parait à l'origine de plusieurs maladies comme les règles douloureuses et est susceptible de retarder l'engrossement.

supplémentaire. Cette inquiétude et cette précaution traduisent l'idée que la femme qui ne mange pas bien ne peut pas "prendre une grossesse"³.

Le second niveau d'observation se situe au niveau de la belle-mère. La femme qui lave ses "pagnes hygiéniques" chaque mois n'est certainement pas une femme en grossesse. C'est ce que tente de découvrir la belle-mère. Celle-ci s'inquiète chaque fois qu'elle voit sa belle-fille accomplir ce geste. Il faut dire que les belles filles s'en rendent compte et certaines lavent leurs pagnes à l'insu de tous.

Mais, il y a aussi d'autres gestes qui apparaissent comme des signes annonciateurs d'une grossesse comme le fait de prier continuellement tout un mois durant. Cette observation est aussi faite par la belle-mère et/ou la belle-famille en général. Pour détourner l'attention de ces observateurs, la mariée fait ses prières à l'intérieur de la maison. Ainsi pour induire les autres en erreur, elle se retire à l'intérieur au moment de la prière.

Il y a entre la femme nouvellement mariée et ses observateurs une sorte de jeu de cache-cache. La première tente par tous les moyens de dissimuler son état réel, en grossesse ou non. Les seconds cherchent toujours des signes de cette grossesse. Lorsqu'ils ne parviennent pas à travers l'observation des faits et gestes, ils recherchent ces signes sur le corps de la fille, comme la pâleur du visage. Un visage pâle, avec des tâches franchement rouges par endroits, permet de douter de l'état de la femme. C'est aussi le cas d'un visage qui brille comme aux premiers jours du mariage. En sonhaï on dit " *Shika g'aga ou I ga shika'aga* " (On a des doutes sur son état). Au bout de trois mois ce doute n'est plus permis. Alors, elle monte d'un échelon dans la classe des femmes mariées, elles deviennent " *Wey alhamidou koyni* ".

Les expressions qui désignent la grossesse

Il y a plusieurs termes et expressions qui désignent la grossesse en milieu songhay. Chacun de ses termes révèle une signification particulière et traduit les soins et les protections dont la femme en grossesse bénéficie, particulièrement la primipare. Les expressions les plus courantes " *A ga te boro hinka* " (Elle fait deux personnes) ou " *A gate gunde* " (Elle fait un ventre). Il y a des expressions plus ironiques qui sont employées par les camarades et les cousins comme " *Dunguri gna* " (la mère du haricot) pour signifier le ventre qui s'enfle comme lorsque quelqu'un mange suffisamment de haricot. Il y a aussi l'expression " *Tawey gna* " (la mère des jumaux) qui est aussi une autre manière de mettre en exergue la grosseur du ventre. Mais l'expression la plus suggestive est certainement " *Alhamidu koyni* " (Celle qui loue Dieu). Elle traduit la fragilité de la femme et la nécessité de suivre étroitement l'évolution de son état.

Suivi de la grossesse

En fait, il est plus convenable de parler de suivi, que de soins. En milieu songhay, la fragilité de la femme en grossesse, conduit à la surveiller plus qu'à lui administrer des produits qui pourraient être nocifs au fœtus (*almaleka*). En effet le système de suivi de la grossesse porte d'abord sur la préservation de l'enfant à naître et ensuite de façon subsidiaire sur la mère elle-même.

³ Il y a des cas où la mère peut se plaindre ouvertement lorsqu'elle reçoit des plaintes de sa fille. En ce moment, c'est à la marraine de l'homme pendant le mariage qu'elle s'adresse.

Pour l'enfant

La femme en grossesse ne doit pas trop serrer son pagne pour ne pas étouffer son enfant. La femme en grossesse ne doit jamais parler de son état. Même son mari doit, qui lui demande, elle doit répondre qu'elle ne sait pas. Elle doit dissimuler sa grossesse et pour cela porter des habits amples pour éviter les mauvais sorts. Aussi, ne doit-elle pas vomir publiquement. Lorsqu'elle est assez malade, elle retourne près de sa mère où elle est censée être plus en sécurité. Ce sentiment de sécurité tient du fait le souci majeur de la grand-mère est de voir son petit enfant. Elle ne fera donc rien pour contrarier sa venue au monde. La femme en grossesse pour changer de côté au cours de son sommeil doit se réveiller, s'asseoir avant de se coucher sur l'autre côté. Cette précaution vise à éviter que le cordon ombilical ne s'enroule sur le coup du fœtus et l'étouffe.

Sur le plan alimentaire

La femme mariée ne doit pas absorber n'importe quel breuvage. Son alimentation doit être saine et modérée. La femme qui mange trop risque de faire un enfant très gros. Pour cette raison elle doit éviter de prendre trop de lait et de crème de mil. La femme en grossesse ne doit pas tirer la viande des côtelettes pour la manger sinon, elle risque un décollement difficile du placenta pendant la délivrance. Pour ne pas donner naissance à un voleur, la femme en grossesse ne doit pas passer par-dessus un mur. La femme en grossesse ne doit pas manger du piment sinon elle enfantera un enfant nerveux. La femme en grossesse doit éviter les querelles autant avec son mari qu'avec les autres pour ne pas donner naissance à un enfant méchant et impitoyable. Enfin, elle ne doit pas mâcher des graines de mil sinon son enfant sera un pleurnichard.

Pour la mère

Pour sa santé la femme en grossesse doit éviter les travaux pénibles. Lorsqu'elle rejoint le domicile paternel, sa belle-mère insiste particulièrement sur cette recommandation. Elle doit normalement arrêter tous rapports sexuels au bout du cinquième mois de la grossesse. Il faut noter que ces rapports sont particulièrement recommandés auparavant, car on pense que cela permet de mûrir l'enfant : " *Kaninandi* " dans certains milieux, elle reçoit de la poudre d'une herbe appelée " *Kodugugura hamni* " pour éviter les infections ou bien du " *Malanjele* " salé avec du sel gemme pour lutter contre " *Alhama ou masacara* " qu'on traduit généralement par le paludisme. Pour éviter les nausées, on lui interdit la consommation de " *fakuhoye* ". On peut aussi lui faire porter des talismans qui doivent la protéger, elle aussi bien que son futur enfant et ce jusqu'à son accouchement. Voyons à présent quels sont les signes et les méthodes de cet accouchement.

Les signes de l'accouchement

Il y a des signes qui sont perceptibles par tous et d'autres qui ne sont reconnus que par des femmes initiées. C'est le cas par exemple d'une odeur que dégage la femme à terme. Dès que certaines vieilles femmes sentent cette odeur, elles commencent les préparatifs pour l'accouchement.

Parmi les signes perceptibles par tous, il y a le volume du bas ventre qui augmente. On dit que " *Almaleka bere* " : l'enfant s'est retourné pour amorcer la sortie. Ce changement de position assure les personnes qui surveillent la grossesse. Mais si au bout du neuvième mois, le ventre reste toujours gonflé au niveau du thorax, on présage d'un accouchement difficile.

Les périodes de travail qu'on appelle "*weytamgam*" (la guerre des femmes) sont généralement suivies par une vieille femme. Celle-ci la fait asseoir les pieds tendus et les mains s'appuyant sur le sol. Cette position peut durer tout le long du travail. Mais lorsque ce temps dure, on fait coucher la parturiente sur le côté ou sur les genoux, les mains toujours appuyées sur le sol. Si les choses se compliquent, l'accoucheuse met un chiffon dans l'anus de la parturiente pour éviter une déchirure de l'utérus. Pour l'aider à évacuer, l'accoucheuse lui introduit le doigt dans la gorge comme pour la faire vomir. Après l'accouchement, le placenta est enterré par une vieille femme de façon à ce que la corde soit placée en haut pour "appeler" un autre enfant.

Le stade de "*Weyhay*" ou "*Weygna*" (femme mère d'enfants)

C'est le dernier stade de l'évolution de la femme avant qu'elle n'entre dans la catégorie des "*weyzeno*" (les vieilles femmes). Ce stade est le plus important dans la vie de la femme. D'abord parce que le *weyhay* est une mère, et cette position consacre sa féminité. Elle s'en glorifie. Les enfants qu'elle a portés sont nés. Elle devient mère de toute une génération d'enfant dans le village. Ensuite parce que pour avoir enfanté, elle est devenue belle-mère autant des filles que des garçons du village. Mais l'accent est mis sur son statut de *weygna* (mère de femmes) pour dire qu'elle a donné naissance à des femmes pour les jeunes gens du village.

L'importance de ce statut fait que la femme qui accouche fait l'objet de plus d'attention que celle qui est en grossesse. Et si pendant la grossesse on tente tout pour préserver l'enfant, après l'accouchement c'est la mère qu'on protège.

Le suivi du post-partum (*Weyharji*).

En effet, il communément admis que lorsque la femme accouche, "il y a quarante tombes qui s'ouvrent prêtes à la recevoir". Ces quarante tombes correspondent aux quarante jours qui suivent l'accouchement. Chaque jour qui passe voit se refermer une tombe. On ne peut être sûr que la femme est sauvée qu'au bout du quarantième jour. D'où les multiples soins qui entourent la *weyharji*. Juste après la délivrance, on la fait asseoir sur du sable chaud. Cette pratique est destinée pour faciliter l'écoulement du sang et éviter la pénétration de l'air. A cette fin elle ne doit boire que de l'eau chaude, une soupe de viande bien pimentée et du riz avec du beurre de vache. Elle commence à consommer de la bouillie de mil à partir de 7^{ème} jour ou un peu avant si elle n'a pas suffisamment de lait dans les seins.

Pendant toute la quarantaine, la "*Weharji*" ne doit pas sortir de la chambre sinon que pour de besoins naturels. Et lorsqu'elle doit sortir, elle doit se couvrir entièrement et porter sur elle un coutelas pour effrayer les génies qui voudraient l'attaquer. Enfin, si elle sent des démangeaisons ou des douleurs au niveau des organes génitaux, on lui administre un produit préparé avec de la cendre obtenue par combustion du cuir qui attache les lits traditionnels ou à défaut d'un sabot d'ânes, mélangé avec du beurre de vache.

La "*weyharji*" n'est pas autorisée à reprendre les rapports sexuels avant la fin des quarante jours. Autrement, elle risquerait une la maladie du vent causée par la pénétration d'air. Cette maladie pourrait empêcher une femme de contracter une nouvelle grossesse. Et si elle est mal soignée la femme risquerait une stérilité secondaire. Cette interdiction est aussi valable pour l'homme. L'homme qui entretiendrait des rapports avec une femme qui n'a pas bouclé ses quarante jours serait aussi atteint de "*Hew*" la maladie du vent qui se manifestera par un gonflement des parties génitales. Un homme atteint de cette maladie peut aussi devenir un homme stérile.

Conclusions

Ainsi qu'il apparaît, le suivi de la grossesse en milieu songhay est un long processus. Il commence, en fait, depuis l'âge de la puberté chez la jeune fille et se termine avec la fin du quarantième jour qui suit la naissance de l'enfant. Ce suivi se traduit par un ensemble de pratiques à adopter ou à éviter, d'abord pour permettre à l'enfant de naître dans de bonnes conditions et ensuite à la mère de survivre après son accouchement qui est considéré comme une véritable délivrance. Toutefois, il semble que ces interdits et recommandations, bien que présents dans la mémoire collective, ne soient pas suivis actuellement. La suite de notre enquête tentera de savoir exactement ce qu'il en est auprès des jeunes. Comment celles-ci vivent-elles leur grossesse ? Quelles sont les personnes qui sont autorisées à suivre ces grossesses ? Et quels sont les rapports qu'elles entretiennent avec ces personnes ?

La réponse à ces questions permettra de comparer le suivi de la grossesse sur des générations différentes dans un même milieu. Il s'agira alors pour nous de savoir si les "bonnes et vieilles recettes de grand-mère " sont abandonnées au profit de celles de la sage-femme d'une part et d'autre part de déterminer le statut de la matrone, de la sage-femme et du gynécologue par rapport à celui des vieilles femmes.

L'enquête se déroulera dans la ville de Gao et dans le village voisin de Tacharanne où les accouchements sont pratiqués par une matrone. Elle approfondira les données ethno-linguistiques de la pré-enquête et s'étendra sur les interactions entre les femmes en grossesse et leur milieu de vie et celles des parturientes avec les matrones et les sages-femmes. Comment la femme appréhende son état et comment le vit-elle ? Quels sont les rapports qui ressortissent uniquement de l'état de grossesse ? Quelle est l'attitude de uns et des autres à son égard ? Quelle est son attitude vis-à-vis des uns et des autres y compris l'époux, la belle-famille et la famille d'origine et les camarades d'âges, voire de promotion et les collègues de service ?

FECONDITE, CONTRACEPTION ET ACCOUCHEMENT : QUELQUES MATERIAUX EN ZONE LINGUISTIQUE *MOORE*

Maurice Yaogo*

Contexte de recueil des informations

L'enquête a été réalisée dans la province du Bazega (centre-sud du Burkina) dans l'aire linguistique *moore*. Les informations, à compléter, ont été recueillies dans deux situations différentes : premièrement, dans le contexte des activités de deux centres de santé (une vingtaine de femmes ont été sollicitées pendant les séances de consultation prénatale et infantine), deuxièmement dans le contexte ordinaire de rencontres avec les gens au village à l'occasion de causeries informelles avec une prise de notes (une trentaine de femmes et d'hommes, individuellement ou en groupes pour les femmes et individuellement pour les hommes) ou d'entretiens enregistrés (une dizaine).

Des informations préliminaires porteront sur le *rogom*, terme utilisé pour désigner à la fois l'aptitude biologique à la reproduction et son résultat (définition empirique de Yaogo) ; sont présentés ensuite quelques matériaux sur la grossesse, l'accouchement et l'avortement.

Les discours sur la fertilité des femmes avant et maintenant

Les propos de R, de N et de Z donnent l'exemple de réactions courantes sur cette question. R parle du cas de son père pour dire la difficulté qu'il y avait autour de la reproduction :

Mon père avait 4 femmes mais elles n'ont eu que quatre enfants.

N et Z donnent des explications similaires. La première dit à ce sujet :

Il y a des femmes qui avaient deux enfants et le *rogom* s'arrêtait.

Z explique :

Avant il n'y avait pas autant de *rogom* ; on pouvait faire 4 ans sans accoucher ; le *rogom* ce n'est pas la force, on peut se marier tôt et ne pas avoir autant d'enfants qu'une autre mariée plus tard...

L'absence de *rogom* est évoquée pour des femmes qui ont peu d'enfants à cause de nombreux décès comme l'indique F concernant l'une de ses co-épouses :

Elle n'a pas arrêté elle-même ; elle enfantait et les grossesses se gâtaient jusqu'à trois fois ; lorsqu'elle a eu son deuxième enfant elle n'a même plus eu une grossesse.

* Doctorant (EHESS – Marseille).

L'explication couramment donnée est que "le *rogom* est un don de Dieu" et il faut accepter ce qui est considéré comme la destinée de chacun.

Les règles

14 ans est l'âge le plus souvent évoqué pour la survenue des premières menstrues comme 17 ans est l'âge habituel de mariage reconnu. F. parle ainsi de la venue de ses premières règles à 15 ans, deux ans avant son mariage :

La première fois que j'ai vu cela, j'ai demandé ce que c'était... on m'a dit que cela n'était pas mauvais, que ce sera une bonne chose ; qu'il faudra que je prenne soin de moi et que je n'approche pas les hommes...

Le rôle des règles dans le mécanisme de la fécondation est évoqué à travers des propos qui font cas à la fois des périodes propices à la survenue d'une grossesse en fonction de l'apparition des règles et de l'arrêt des règles comme le signe annonciateur de la grossesse. L'impact des messages d'information revient dans l'explication donnée du cycle menstruel : l'étape de l'ovulation (entre le 12^e et le 14^e jour après les règles, selon une indication) est décrite ainsi :

Il y a un nid qui se fait et s'il ne reçoit pas d'oeuf il est détruit.

Pour les unes, la période avant "le nid" est féconde contrairement à celle d'après ; pour d'autres il n'y a pas de période sans risque comme l'exprime F :

Si ce n'est pas actuellement avec les médicaments, tu ne peux pas faire un rapport et ne pas être enceinte après un mois, je ne sais pas si ça dépend des gens.

Il n'y a pas une connaissance unifiée et stable concernant la survie concernant la perception des périodes à risque.

J'ai appris que sue 7 ou 8 jours après les règles il n'y a pas de grossesse mais après le dixième jour(A).

Certaines disent qu'après 15 jours il n'y a plus de risque de grossesse (J).

Toutes les femmes interrogées considèrent que :

Ce n'est pas bien d'avoir des rapports sexuels pendant les règles.

Pour la plupart à cause de la saleté. L'une d'entre elles considère cela comme un interdit. Le jugement de valeur est fréquent :

On ne doit pas faire de relations sexuelles pendant les règles, ce n'est pas bien, ni pour l'homme ni pour la femme ; ce n'est pas bien, c'est sale (J et M).

Le temps d'arrêt des règles est l'un des signes de reconnaissance de la grossesse ; cela peut aller jusqu'à deux ans selon les indications de A :

Tant qu'il n'y a pas de relations sexuelles après la grossesse, les règles ne viennent pas.

Z décrit une situation particulière qu'elle dit avoir vécu :

J'ai déjà accouché deux fois de suite sans voir mes règles ; pour certaines femmes c'est ainsi. (...) Après le décès de mon premier enfant, j'ai eu une grossesse après trois mois sans que les règles apparaissent.

K relate une situation similaire :

J'ai déjà fait deux ans sans voir les règles, j'ai élevé l'enfant jusqu'à ce qu'il descende avant de voir les règles ; cette fois j'ai eu la grossesse sans voir les règles...

Une autre explication fait intervenir le cycle de la lune, comme l'indique K.

Si les règles viennent au moment du ki-raoogo (du lever de la lune jusqu'au 7e jour, selon les indications), il n'y a pas de grossesse... Pendant le ki-poosgo la grossesse est fréquente...

En évoquant ce cycle lunaire, le vieux G précise :

Qu'un accouplement qui a lieu le 7e ou le 8e jour après l'apparition de la lune est favorable à une grossesse mais pas le 9e jour.

Contraception

Les réactions recueillies sont celles d'une part de femmes venues en consultation prénatale ou en consultation infantine, d'autre part de femmes rencontrées à domicile. Il y a également les informations données par des jeunes hommes sur leur propre expérience en matière de contraception.

Les méthodes contraceptives sont connues de la plupart des femmes qui affirment qu'elles en ont déjà entendu parler (le plus souvent au centre de santé ou par les connaissances proches). Par contre, celles qui y ont déjà recours sont en nombre restreint, pour un certain nombre de raisons évoquées.

Z qui a 25 ans et qui en est à sa première grossesse dit à ce sujet :

J'en ai déjà entendu parler mais je n'ai jamais vu faire ; il n'est pas encore temps pour moi car il me faudra attendre d'avoir deux ou trois enfants...

Avec une première grossesse, I qui a 19 ans dit à ce sujet :

Pour le moment, je ne vois pas l'utilité de la contraception, il faudra au moins deux enfants ; si j'ai trois enfants cela peut suffire mais cela dépend de mon mari.

L'espacement des naissances (4, 5 ou 6 ans souhaités) est considéré comme :

Quelque chose de bien qui aide sauf si on ne comprend pas assez.

Le rôle du mari est évoqué également par F qui a une deuxième grossesse à 22 ans (quatre ans entre le premier et le deuxième enfant) :

Cela dépend de la volonté du mari ; lorsque j'aurai trois enfants, je pourrai commencer à le faire...

Le nombre préalable des enfants ou l'âge convenable pour adopter une méthode contraceptive sont souvent évoqués, comme en témoignent les propos des unes et des autres.

A 24 ans, E qui porte sa deuxième grossesse (le premier enfant a 3 ans) raconte :

J'avais entendu parler des *tiim* aux consultations ; je pense que je vais en prendre mais pas pour le moment, il faudra que j'aie au moins trois enfants...

S, 27 ans, confie qu'elle a entendu parler des *tiim* par des femmes qui en utilisaient.

Il y en a trois qui habitent à côté de chez nous ; autrement, on ne peut pas savoir pour d'autres car c'est quelque chose qu'on cache ; si le mari n'accepte pas, certaines femmes prennent en

cache ; ce sont souvent les vieux qui refusent, les jeunes ne sont pas pareils... Si je parle de contraception avec le mari, il ne va pas accepter si je suis seule car il va penser que c'est du mensonge ; par contre si nous sommes trois cela est possible.

Elle relate le cas d'une femme dont l'expérience n'avait pas été positive :

Il y a avait une femme qui voulait arrêter le rogom, et elle est allée faire la piqûre ; lorsqu'elle est revenue, elle avait les règles tous les jours et les gens ont dit que son sang ne convient pas...

R qui a 9 enfants dont un est décédé aborde le problème en ces termes :

J'ai du mal pour l'entretien des enfants à cause du nombre ; si j'avais la force je ferai quelque chose pour me reposer... J'ai entendu parler des médicaments mais je n'ai pas les moyens... La pilule (ti-biisi ou comprimés) ne convient pas à tout le monde ; l'injection c'est mieux"

Ce besoin de "repos" est également exprimé par L, que ce soit pour l'adoption d'une méthode de contraception ou l'espacement des naissances :

J'aimerais commencer la contraception après cet enfant lorsqu'il aura deux ans pour pouvoir me reposer (...) Je pense que mon mari devrait accepter car c'est pour son aide aussi... ; comme je suis la seule femme au foyer j'aimerais 4 à 5 ans entre deux accouchements pour pouvoir me reposer...

P qui a eu 3 enfants dont les deux premiers décédés et qui a accouché pour la première fois il y a 6 ans, raconte au sujet de la première co-épouse :

Elle a pris le tiim et se repose (le dernier enfant a près de 4 ans) ; le mari a accepté qu'elle prenne le tiim parce que si on fait beaucoup d'enfants on ne peut pas les nourrir...

Pour elle-même, elle suggère :

Lorsque j'aurai deux autres enfants, je souhaiterai arrêter ; je préfère prendre la piqûre parce que la pilule c'est difficile si on n'a pas la mémoire.

Elle fait remarquer que le coût n'est pas un problème pour elle. K qui a 5 enfants donne son avis sur la question :

J'ai entendu parler des tiim mais je n'en ai pas encore pris, car après la naissance de mon premier enfant et le décès du second, il a fallu 7 ans avant que la grossesse suivante...

Elle pense pouvoir prendre un traitement lorsqu'elle le jugera opportun ; pour le moment comme elle n'avait pas eu le rogom, elle voudra pouvoir continuer.

A 30 ans, B a 5 enfants dont un est décédé ; elle a 2 co-épouses (la première a 9 enfants et a arrêté à cause de l'âge sans prendre le *tiim*, la deuxième a 6 enfants) ; son point de vue est le suivant :

Je pense avoir assez d'enfants ; je vais parler à mon mari pour le tiim... je n'ai pas besoin de l'avis de mes co-épouses car chacune a ses souhaits ; si mon mari refuse, je peux aller voir la matrone... Je préfère commencer lorsque l'enfant aura plus de deux ans.

Elle préfère l'injection à la pilule (*ti-venêm*) à cause de l'oubli que peut entraîner la prise quotidienne de ce médicament ; pour le coût elle pense que :

500 F c'est possible tous les trois mois, mais c'est difficile si c'était chaque mois...

Relations sexuelles pendant la grossesse

Les perceptions sont contrastées, à l'exemple de A et de Z qui ont deux réactions différentes. Pour la première :

On ne doit pas avoir de relations sexuelles pendant la grossesse.

A l'inverse, la seconde affirme :

On peut avoir des relations sexuelles pendant la grossesse mais il faut arrêter à l'approche de l'accouchement.

J et M donnent un avis similaire (désaveu de cette pratique) à celui de A :

Ce n'est pas bien, ce n'est pas comme quand on n'a pas de grossesse, on n'en a jamais fait cela.

Relations sexuelles pendant l'allaitement

Comme le dit M :

C'est sale avec l'enfant, l'enfant a la diarrhée et tarde avant de laisser le sein ; les cheveux sont gluants.

Dans ce cas, il est reconnu que cela a un effet négatif sur la qualité du lait, comme le dit A :

Le lait n'est plus bien pour le bébé, cela peut lui donner plusieurs maladies.

Ou, comme l'indique R :

S'il devait marcher vite, cela ne se fait plus. On dit communément que "le lait est gâté" et il est conseillé d'"enlever l'enfant du sein" dès que possible.

L'accouchement

Les femmes d'un certain âge ont connu l'accouchement à domicile par les femmes âgées (qu'on dirait aujourd'hui "non assisté" à cause de l'absence d'un agent de santé habilité). A, une ancienne accoucheuse qui a été l'une des premières à recevoir une formation par le personnel médical raconte un épisode malheureux d'accouchement par une ancienne :

Elle a fait accoucher la femme mais c'était un mort-né (...) ; on est venu nous appeler à la maternité et lorsque nous sommes arrivés la femme était accroupie et la chose pendait ainsi ! N'est-ce pas de la souffrance ? C'était mieux si elle était couchée. Mais comme elle était accroupie elle a commencé à trembler et la chose pendait ainsi ; on m'a dit de couper (le cordon ombilical) et j'ai refusé : voici la maternité, ce n'est pas loin ! On a insisté pour que je coupe mais j'ai refusé car je ne pouvais pas le faire sans avoir fait l'accouchement ; lorsque nous sommes arrivés, la femme qui avait l'accouchement avait fait les tiim qu'elle avait posé ici et là ; lorsqu'elle avait vu cela, comme on lui avait fait peur elle avait laissé tomber et m'avait dit de faire les accouchements...

H décrit l'événement de la sorte :

Selon la tradition, comme c'est à la maison ils coupaient des feuilles et déposaient ; lorsque l'enfant sort on le récupère pour déposer sur les feuilles, puis on "coupe le nombril" (c'est-à-dire le cordon ombilical), il n'y avait pas de pansement pour le nombril ; ... comme on avait déjà étiré ton bassin et fait toutes sortes de choses, tu es complètement fatigué ; à la maternité, c'est différent, ça ne fait pas souffrir...

Cette femme qui a fait l'expérience des deux types de situation (accouchement à la maison et au centre de santé) en donne l'appréciation suivante :

L'accouchement à la maison et à la maternité ce n'est pas pareil (...), c'est mieux à la maternité (...), cela ne te fait pas souffrir, après avoir accouché, tu n'as mal nulle part, on ne te fait pas souffrir en te pressant beaucoup, ton corps est bien...

D'autres propos décrivent la même réalité :

A la maternité, si ce n'est pas quand l'enfant va pousser et le "loctor" le prend, on ne te fait rien.

Le discours est différent au sujet de l'accouchement à domicile :

Là c'est le travail des vieilles... dans la tradition on dira de te soutenir le bassin, on te fait souffrir avant que l'enfant vienne alors qu'à la maternité tu finis d'accoucher et tu rentres, tu n'as mal nulle part, tu es à l'aise.

L'avortement

L'avortement naturel est exprimé par l'expression *a puga sãama mē* ("son ventre est gâté", selon la traduction littérale) ou *a faba mē* (elle a fait une fausse-couche).

S relate ainsi son premier accouchement qui a avorté :

J'étais sorti la nuit pour uriner et l'enfant est tombé en ce moment ; j'ai appelé les vieilles femmes qui sont venues m'aider... Le ventre était petit en ce moment, l'enfant est mort parce qu'il n'était pas arrivé...

Une maladie nommée *pug-wudugu* est évoquée pour expliquer certains avortements. Le fait que les enfants n'arrivent pas à maturité est ainsi décrit par S :

Il y a du wudugu () qui fait que l'enfant ne peut pas rester dans le ventre.

Il est précisé qu'on peut savoir lorsque cela arrive mais qu'on ne peut pas avoir d'enfants tant qu'on n'a pas eu le remède.

Partie II

Interactions soignants/soignés dans les centres de santé

LES CONSULTATIONS PRE-NATALES A CONAKRY LES INTERACTIONS SOIGNANTES-SOIGNEES

Yveline Diallo*

A Conakry la majorité des femmes enceintes suivent la consultation prénatale dans les centres de soins de santé primaires, mais un quart seulement y accouchent. Pourquoi n'accouchent-elles pas dans ces structures ? Avant d'évoquer les interactions soignantes-soignées lors de la consultation prénatale (CPN) je brosserai le contexte dans lequel se déroulent ces interactions :

- L'infrastructure sanitaire de Conakry.
- La conception de la CPN dans le programme des soins de santé primaires mis en place à Conakry depuis dix ans.
- La fréquentation de la CPN à travers les études et documents.
- Les pratiques du personnel des CPN telles que je les ai observées.
- Enfin, j'aborderai les interactions soignantes-soignées.

Les structures de santé de Conakry

La population de Conakry s'élève à environ 1 200 000 habitants (1 094 000 habitants au recensement de 1996). Les centres de santé publics de niveau primaire sont au nombre de dix-huit. Chaque quartier relève d'un centre de santé. Les centres de santé confessionnels intégrés au programme des SSP sont au nombre de sept. Trois centres médicaux communaux (C.M.C.) assurent les soins de niveau primaire et de niveau secondaire. Il existe deux hôpitaux CHU. Les cabinets et cliniques privés ayant reçu une autorisation officielle du ministère de la santé et les cabinets clandestins ont proliféré ces dernières années.

Toutes ces structures assurent le suivi des femmes enceintes mais ce sont les centres de santé intégrés au programme des soins de santé primaires, publics et confessionnels, qui drainent la plupart des femmes pour la CPN. La part des centres confessionnels est d'un tiers des consultations. J'ai observé la CPN dans un CMC, dans un centre de santé public et dans deux centres de santé confessionnels.

La conception de la CPN dans le programme des soins de santé primaires

Dans la conception des soins de santé primaire (SSP), la santé de la femme enceinte est suivie dans au moins trois visites avant l'accouchement dont une au 9^e mois de la grossesse et au moins une visite après l'accouchement. Cette activité vise le dépistage des grossesses à risque, le traitement des affections courantes liées à la grossesse, la vaccination antitétanique et les traitements préventifs de l'anémie et du paludisme. Le carnet de santé donné à la femme et la fiche prénatale qui reste au CS comportent les mêmes rubriques et incluent l'accouchement et les visites post-natales ainsi que la surveillance de l'enfant jusqu'à deux ans.

- En principe, les femmes enceintes habitant les quartiers desservis par un centre de santé et qui manquent le rendez-vous prévu sont recherchées par le personnel soignant.

* IRD (Marseille).

- Les traitements préventifs distribués couvrent toute la durée de la grossesse et sont même poursuivis après l'accouchement en cas d'anémie. Les médicaments sont la chloroquine et le FAF (fer, acide folique).
- Le paiement de l'activité par un forfait unique couvre tous les soins donnés (vaccination, médicaments), toutes les consultations et le carnet de santé.

La consultation de la CPN vue à travers les études et documents

Taux d'utilisation

D'après les statistiques sanitaires de Conakry du 1^o semestre 1998, les centres de santé, publics et confessionnels, draineraient la plupart des femmes pour la consultation CPN, puisqu'il y a eu 10 487 premières CPN et qu'une évaluation donnait 10 000 naissances attendues.

Dans quelle structure sanitaire se fait la CPN ?

D'après une enquête réalisée en 1997-98 auprès de 200 femmes dans deux quartiers de Conakry par le Dr Elisabeth Didier, la majorité des CPN (77%) s'effectue dans un centre de santé d'Etat, 12 % à l'hôpital, 4 % dans un centre de santé privé, 2 % dans un cabinet médical, 2 % dans un cabinet de soins, 3 % dans une clinique privée.

95% des femmes interrogées avaient suivi au moins une CPN, 83% en avait suivi au moins 4 et le nombre moyen de CPN par femme était de 7,5. Ce qui est beaucoup plus élevé que les chiffres officiels. D'après les chiffres officiels, c'est-à-dire, d'après l'annuaire des statistiques sanitaires 1997, le nombre de CPN par grossesse à Conakry serait de 2,04.

Ce nombre élevé de CPN, indiqué par l'enquête du Dr Didier, semble faire partie de tout un système de sur-tarifification technique que l'on observe aussi dans la prescription d'examen de laboratoire obligatoires non justifiés médicalement. Certaines sages-femmes feraient revenir la femme enceinte toutes les semaines ou tous les 15 jours à partir du moment où elle commence sa CPN. Peu de femmes ont besoin d'autant de CPN. Les CPN superflues ne sont pas enregistrées mais on fait payer à chaque fois la consultante contrairement à la règle énoncée de paiement d'un forfait.

Qui choisit le lieu de la CPN ?

D'après l'enquête du Dr Didier, 55% des femmes avaient choisi elles-mêmes le lieu de la CPN ; pour 33% d'entre elles, leur mari avait choisi ; pour 12%, le choix avait été effectué par une autre personne (non précisée).

Les raisons du choix de la structure d'après les déclarations des femmes que j'ai rencontrées sont les suivantes :

- le fait de connaître une soignante dans la structure de santé facilite l'accès aux soins et aussi parfois le règlement des visites, car celles-ci sont gratuites pour les membres de la famille de la soignante ;
- la proximité du centre de santé de l'habitat ce qui permet d'éviter le coût supplémentaire du transport ;
- la recommandation d'autres femmes ;
- l'expérience d'une précédente grossesse.

Les femmes se déplacent d'une structure sanitaire à une autre en fonction de ces différents critères de choix et ne tiennent pas compte du centre de santé primaire dont elles relèvent en rapport avec leur lieu de résidence.

Quel est le coût de la CPN ?

Toujours d'après l'enquête citée, le prix moyen d'une CPN est de 3300 FG (15 FF) - 2900F dans les CS d'Etat, 3800 FG à l'hôpital, 6100 FG dans les CS privé - ce qui posait réellement des problèmes pour 19% des femmes interrogées.

D'après mes observations souvent les femmes qui viennent consulter n'ont pas assez d'argent pour tout payer : le carnet rose, la consultation, la vaccination, les examens de laboratoire, les médicaments. Ce qui les oblige à revenir ou à ne pas faire les examens et ne pas acheter les médicaments.

Quelle perception ont les femmes de la CPN ?

D'après l'enquête du Dr Didier la majorité des femmes à Conakry sont conscientes de la nécessité de suivre des CPN et sont prêtes à le faire quand elles en ont les moyens et même, s'il le faut, en s'endettant, huit sur dix des femmes de l'enquête se déclarent satisfaites des CPN.

La nécessité de suivre l'évolution de la grossesse et de préparer l'accouchement semble bien établie. L'utilité de la vaccination est reconnue. Les femmes parlent de la nécessité de contrôler le « niveau du sel » voulant dire plutôt le taux d'albumine car la pratique persiste de supprimer l'apport en sel en cas d'albumine dans les urines. Le fait d'apprendre que la grossesse se passe bien est primordial pour les futures mères, elles apprécient la compétence du personnel et le fait de passer chacune à leur tour sans distinction de personnes.

Les pratiques du personnel des CPN

Dans les centres de santé publics j'ai observé :

- Les CPN sont exclusivement des lieux de femmes, les rares hommes qui accompagnent attendent en dehors de la salle de la CPN. Les femmes viennent généralement seules.
- Les horaires de travail ne sont pas respectés par le personnel. Les horaires sont théoriquement de 8h à 14h en fait de 9h à 12 h30. J'ai observé que l'on refusait des femmes qui se présentaient vers 12 h30 en leur disant de revenir le lendemain matin.
- Il existe une surcharge de personnel, le personnel se relaye et s'absente beaucoup. Au personnel titulaire s'ajoute du personnel bénévole qui sont des stagiaires de longue durée.
- La sur-tarification est généralisée : visites plus fréquentes que nécessaires, visites payantes, examens de laboratoire inutiles ou trop fréquents, sur-tarification des examens de laboratoire par rapport au prix officiel, médicaments FAF et nivaquine que l'on fait payer, une référence à une consultation curative payante dont la nécessité n'est pas ressentie par la consultante. Sur l'argent prélevé aux consultantes les soignantes organisent des tontines¹.
- Une privatisation de la clientèle consultée en dehors de la structure mais aussi dans la structure. Il arrive aussi qu'une femme soit suivie au domicile d'une soignante qui l'envoie au CS où elle travaille pour la vaccination ou pour les examens de laboratoire.
- Des cas d'incompétence ou de négligence du personnel : Une femme enceinte consulte en urgence, elle a le palu, la doctoresse de la CPN prescrit les produits pour faire une perfusion. Le mari va acheter les médicaments à la pharmacie du CMC. A l'examen du

¹ a) Soit la tontine traditionnelle (j'ai surpris une altercation dans un centre de santé entre deux soignantes au sujet d'une tontine qui portait sur 900 000 F) ;

b) Soit une sorte de chaîne, qui s'appelle « le diamant bleu » chaque femme contactée doit placer deux bons de 2000 F chacun, sur les 2 000 F, 1000 F sont pour elle et 1000 F pour la société, les deux autres personnes font de même et ainsi de suite. La première personne gagne un million de francs si 1000 bons ont été placés, ce qui nécessite de contrôler toute la chaîne. Les chefs de service sont en bonne position pour placer les bons et exercer ce contrôle.

flacon le médecin déclare que ce n'est pas du quinimax que le mari a acheté selon ce qui avait été prescrit mais de la vitamine C, je regarde le flacon et je lis sur le flacon l'inscription chloroquine phos. Une femme demande au même médecin ce que sa fille qui a accouché il y a un mois doit prendre contre le palu car elle ne supporte pas le quinimax. Le médecin lui dit de prendre le fangipar, la femme lui fait remarquer que le fangipar est déconseillé aux femmes qui allaitent. Des grossesses gémellaires ne sont pas diagnostiquées lors des CPN. Des grossesses à risque n'ont pas été signalées.

Les relations soignantes-soignées

Pour la femme enceinte qui consulte au centre de santé il existe plusieurs interactions avec le personnel du centre qui s'enchaînent et qui se déroulent dans des lieux différents. Ces interactions sont influencées par la disposition des lieux et par l'organisation technique du travail. Je vais décrire ces interactions telles que je les ai observées à la CPN du CMC, puis je les commenterai.

- La description des différentes interactions à partir du cas d'une femme enceinte fictive que nous appellerons Mariama qui vient au CMC pour sa première CPN.
- 1° Au CMC un portier se tient debout ou assis devant la petite porte du portail, il donne un numéro à Mariama sur un morceau de carton, il la dirige vers le petit bâtiment annexe à gauche. C'est la 1° interaction. Un conflit est possible si le patient refuse de se rendre à la caisse et veut aller directement à la consultation (ce que j'ai observé).
- 2° Ce n'est pas le cas de Mariama qui se rend dans l'annexe où se trouve le caissier, c'est à lui qu'elle paye 1000 F pour la consultation et 200 F pour le petit carnet de consultation (2° interaction). Pour la consultation un reçu est délivré qui est valable pour un mois. Le petit carré de carton sert juste à matérialiser le parcours de la femme du portail d'entrée à la caisse, pour s'assurer que la consultante passera bien par la caisse.
- 3° Mariama se dirige ensuite vers le bâtiment principal et arrive dans un hall d'accueil bruyant où a lieu la réception et le tri pour les différents types de consultations : vaccination, CPN, consultation curative enfant, consultation curative adulte. Elle doit identifier la sage-femme en blouse rose chargée de l'accueil de la CPN qui est assise derrière une petite table en bois, elle pourra s'asseoir en face d'elle sur un tabouret si la place est libre. Le fait de s'asseoir ou non derrière une table, de mettre un obstacle matériel ou non entre le soignant et le soigné influence la rencontre. La table affirme l'autorité du soignant et facilite l'écriture. Si la sage-femme est occupée, Mariama attendra son tour. Lorsque le siège est vide, elle ira s'asseoir en face de la sage-femme, elle payera 1000 F le carnet rose de suivi de grossesse à la sage-femme. La sage-femme prendra les renseignements d'identité, nom, âge, profession de la future mère, nom, âge, profession de son mari, quartier d'habitat, elle notera l'histoire génésique de la femme : les gestations antérieures, le nombre d'accouchements, le nombre d'enfants nés vivants, d'enfants mort-nés, le nombre d'avortements et le nombre d'enfants vivants, la situation des deux derniers enfants nés vivants, la prise de vaccin antitétanique avant cette grossesse. La sage-femme inscrit ces renseignements sur le carnet, elle pèse Mariama (si la balance n'est pas en panne comme je l'ai observé), elle mesure sa taille. (3° interaction) Puis Mariama attend de nouveau dans le hall qu'une place soit libre sur le banc de la salle de CPN où s'alignent les autres femmes enceintes.
- 4° , 5° interactions : Mariama entre dans la salle de CPN seule, son mari, s'il l'accompagne (j'ai vu peu de maris qui accompagnaient leur femme) attend dans le hall. La salle de la CPN est petite. Un grand bureau regroupe quatre soignantes (trois qui travaillent et une qui se repose). La place principale, derrière le bureau, est celle de la docteresse-chef qui effectue le pointage des consultations et prescrit des ordonnances à acheter en dehors du CMC si les soignantes le jugent nécessaire. Une infirmière assise sur le côté du bureau à droite du médecin, et qui tourne le dos aux femmes venues en consultation, prend le carnet rose des mains de Mariama et inscrit les renseignements la

concernant dans un grand registre, elle passe le carnet rose à une sage-femme, assise en face d'elle, qui appelle Mariama pour lui prendre la tension et se contente de lui dire « assieds-toi » sans la saluer. Mariama s'assoit sur un petit tabouret. (moment de la 4^o interaction). La sage-femme prend la tension et l'inscrit dans le carnet rose qu'elle passe à une seconde sage-femme debout devant le paravent, Mariama est alors invitée à s'allonger sur la table. (5^o interaction). Cette seconde sage-femme mesure avec un mètre de couturière la hauteur de l'utérus, écoute le cœur du fœtus avec un stéthoscope obstétrical. S'il s'agit d'une primipare ou s'il y a eu précédemment un accident de grossesse la soignante mesure le bassin avec une sorte de grand compas qui s'appelle un pelvimètre. Tous ces renseignements sont notés dans le carnet rose. Le carnet rose est donc le support des interactions et le lien des interactions entre elles dans l'espace mais aussi dans le temps, la date du prochain rendez-vous y est notée et Mariama apportera son carnet rose à la prochaine CPN et lors de l'accouchement si elle ne l'oublie pas comme cela est fréquent.

- 6^o Mariama est envoyée dans la salle contiguë où a lieu la vaccination antitétanique (ce sera la 6^o interaction).
- La 7^o interaction a lieu au point de vente des médicaments pour l'achat de la nivaquine et du FAF. Mariama devra revenir apporter les selles, les urines et faire le bilan sanguin au laboratoire.

Commentaires

- La répartition de l'espace, l'organisation du travail des soignantes nécessitent pour la femme enceinte une maîtrise du temps (venir au rendez-vous fixé, attendre son tour, se présenter au bon moment), un contrôle des objets à conserver (carton à l'entrée, carnet de soins, carnet rose, reçu), à présenter à la demande, ainsi qu'une maîtrise de l'espace (savoir où aller). Cette maîtrise du temps et de l'espace n'est pas évidente pour la femme, surtout si elle vient pour la première fois et ne sait pas lire et parler le français.
- La connaissance d'un membre du personnel, même stagiaire, facilite le circuit de la femme. Son parent peut l'accompagner au service. Quelque fois la CPN est court-circuitée et la femme enceinte est consultée directement par un médecin de la maternité soit dans la structure, soit au domicile du malade, soit à son propre domicile. Le soignant en consultation privée s'appuie sur la structure publique. Il existe une imbrication du public et du privé.
- Le poids de l'écriture : Les évaluations nationales des structures sanitaires sont faites essentiellement à partir des statistiques. L'écriture semble primordiale par rapport à l'accueil ou à la consultation. Le bic est le principal instrument. Lorsque les sages-femmes arrivent au service, avant même d'enfiler leur blouse, elles commencent à chercher un bic dans leur sac. D'après ce que j'ai observé à la CMC, la principale tâche du médecin-chef du service est de faire le pointage des patientes pour l'établissement des statistiques. Ce poids de l'écriture donne un aspect routinier, administratif, à la CPN. Peu de place est laissée à l'écoute de la femme, à l'expression de sa plainte.
- L'accueil : Il n'y a pas d'accueil à proprement dit des femmes dans la salle de CPN. Ce qui se traduit déjà par l'organisation de l'espace, puisque quatre soignantes se regroupent autour d'une table, elles ne font pas face aux femmes qui viennent consulter, la première soignante qui prend le carnet pour enregistrer les renseignements dans le registre leur tourne le dos. Au CMC, le service semble plus organisé pour le confort des soignantes que pour celui des consultantes. La conversation tourne autour des préoccupations du personnel : parent malade, feuilleton brésilien à la télé, tontines, nourriture... On a presque l'impression que les femmes qui viennent à la CPN sont de trop. Elles attendent, en silence, serrées sur un banc. L'organisation du travail se fait par tâche. C'est par un geste que la soignante indique à la femme où se rendre pour aller au laboratoire ou à la pharmacie. Par contre, dans le centre de santé primaire public où j'ai mené quelques observations, il n'y avait pas d'affluence et la sage-femme se déplaçait pour indiquer à la femme où se trouvait la consultation curative.
- La langue de communication : Il peut y avoir un problème de communication, une soignante ne parlant pas la langue de la femme qui vient consulter mais, vu le nombre du

personnel, elle peut demander à sa collègue la traduction à condition qu'elle soit disponible pour écouter la plainte de la femme et éventuellement lui prodiguer des conseils.

Les gestes brusques de la sage-femme pour disposer la femme sur la table d'examen de la manière qui lui convient pour procéder aux mesures et auscultation. Une femme en grossesse avancée qui avait abordé très aimablement les soignantes au moment de la consultation sursaute à deux reprises quand la sage-femme appuie avec le stéthoscope obstétrical. La sage-femme déclare que la femme refuse l'auscultation et qu'il faut l'envoyer au doppler, en gestion privée, à la maternité, à l'étage au-dessus. J'interroge la femme enceinte, elle me dit que la sage-femme lui a fait mal. La docteresse présente déclare que du moment que la femme perçoit les mouvements du fœtus, il faut réessayer l'examen par quelqu'un d'autre pour éviter de lui faire payer l'examen du doppler. L'autre sage-femme, qui se reposait, procède à l'examen qui se passe normalement.

- L'intimité de la consultation : Au CMC, la salle est exiguë, il y a pléthore de personnel malgré l'absentéisme, un paravent permet l'examen de la femme enceinte avec une relative discrétion bien que les cas soient commentés collectivement à haute voix devant les autres femmes qui attendent serrées sur un banc. Il arrive aussi que la soignante baisse un peu la voix pour commenter le cas de la femme devant ses collègues et les autres femmes. La femme consultée doit réajuster ses habits devant tout le monde.

La catégorisation des malades par les soignantes : Les femmes qui ne font pas les analyses prescrites et n'achètent pas les médicaments sont considérées comme négligentes sans tenir compte des difficultés économiques et sociales qu'elles rencontrent (manque d'argent, absence prolongée du mari). Sont jugées « bien » les femmes au contraire qui font toutes les analyses.

Moquerie, rires : La sage-femme et le docteur se moquent d'une femme qui dit ne pas savoir à quel mois de grossesse, elle se trouve. « Elles sont comme cela, elles ne connaissent même pas » dit la docteresse à mon intention. L'infirmière se moque d'Hassanatou, 15 ans, au 7^e mois d'une première grossesse qui croit que les mouvements de son ventre sont dus aux sorciers. L'infirmière rit et reprend : « C'est les sorciers hein ? » Hassanatou baisse la tête, sourit les lèvres fermées et détourne la tête de l'infirmière.

Manque d'information des consultées : La tension n'est pas communiquée à la patiente, même si elle est trop faible, elle est seulement notée dans le carnet. Selon les sages-femmes qui consultent, selon l'affluence des malades des conseils sont donnés. Une sage-femme recommande de manger des mets sucrés à une femme qui se plaint de vertiges le matin, à une primipare elle conseille de ne pas porter des vêtements serrés, à une autre femme, dont l'enfant est en position transverse, de faire les prières avec genuflexions pour que l'enfant se place la tête en bas et d'aller accoucher au CHU si, malgré les genuflexions, l'enfant reste dans la même position.

- Les conflits : J'ai observé plus de conflits dans les centres confessionnels que dans les structures publiques. Je crois que cela est à mettre en rapport avec une certaine démotivation du personnel dans le secteur public, un désintérêt pour les patientes. Le seul conflit déclaré auquel j'ai assisté entre une soignante et une femme suivie en CPN dans une structure publique, il s'agissait du CMC, était lié au paiement, une femme enceinte venait pour une analyse médicale et ne disposait que du prix des analyses soit 9000 F et elle refusait de passer au bureau des entrées pour ne pas avoir encore 1000 F supplémentaire à payer pour une consultation. La femme s'était déjà présentée le samedi matin, la sage-femme de garde lui avait dit de revenir le lundi. Le lundi elle s'est affrontée au surveillant général. Ce dernier a prévenu le personnel de la CPN que si cette femme vient à la CPN de l'envoyer au bureau des entrées. Le médecin et la sage-femme de la CPN ont crié sur la femme quand elle s'est présentée au service, lui ont dit de se rendre au bureau des entrées qu'on lui fera un reçu et qu'on la programmera pour les examens de

laboratoire. Dans les centres confessionnels les conflits observés portaient sur les retards de consultation, et sur le fait de jeûner pour une femme enceinte. Hassanatou a 15 ans elle est enceinte depuis 7 mois et se présente pour la première fois à la CPN avec sa belle-mère, c'est à la belle-mère que l'infirmière reproche la venue tardive au CS. Une jeune femme enceinte de six mois pratique le jeûne du Ramadan, elle se plaint de vomissements avec du sang, de toux avec douleurs à la poitrine, de vertige. Elle termine en disant que lorsqu'elle mange du riz elle vomit, qu'elle est à jeun et qu'elle ne sait pas si c'est à cause de cela. Les deux infirmières (qui sont chrétiennes) font une pression très forte sur la malade, l'une l'insulte et la traite d'escroc, l'autre cherche à lui faire peur et passe au cours de la discussion de la supposition (tu jeûnes et si tu meurs dans cet état) à l'affirmation (quand tu jeûnes, tu vas mourir et le fœtus aussi va mourir car il n'aura pas de nourriture).

Conclusions

Dans l'esprit du programme des SSP la femme devrait accoucher dans la structure où elle a suivi la CPN. Dans les soins de santé primaires publics, ce sont les mêmes sages-femmes qui assurent la CPN et les accouchements, or seulement le quart des femmes qui suivent la CPN dans les centres de soins de santé primaires y accouchent.

Pourquoi ?

- Un certain nombre d'accouchements ont lieu à domicile (rapidité du travail, accouchement la nuit qui se conjugue avec la difficulté de trouver un taxi, l'insécurité de certains quartiers, quartiers excentrés, la préférence de certaines femmes)-Dans l'enquête du Dr Didier 21 % des femmes avaient accouché à domicile.
- Mauvaise réputation de certains centres d'état, sur-tarifcation abusive (accoucher d'un garçon coûte plus cher que d'accoucher d'une fille, 15 000 F par ex pour une fille, 20 000 F pour un garçon ce qui quintuple au moins les prix officiels), mauvais comportement de certaines soignantes : insultes aux parturientes, certaines matrones ou sages-femmes appuient avec leur genou ou monte sur le ventre de la femme pour accélérer l'expulsion.
- Les centres confessionnels qui assurent la CPN n'ont pas de maternité.
- Les femmes qui ont les moyens vont dans les cliniques privées.

Pour les autres, certaines préfèrent se rendre dans les CHU. Elles ont plus confiance. J'ai assisté à un accouchement dans un CS où au cours de l'accouchement, l'expulsion tardant un peu à se produire, la parturiente a demandé à être transférée au CHU de Donka, ce que les sages-femmes n'ont pas pris en compte.

La tendance actuelle est d'accoucher au domicile des soignantes des structures publiques (qui n'y exercent pas forcément comme sages-femmes) ou au domicile des sages-femmes retraitées. Ces soignantes privées, souvent clandestines, suivent la femme pendant sa grossesse en s'appuyant sur une structure de santé publique (vaccination, examens de labo) où elles travaillent, ou ont travaillé, ou bien là où elles ont une relation. (Il existe tout un réseau de relations entre le public, le privé, le confessionnel, les agents du Ministère de la Santé).

Ce succès des sages-femmes privées s'explique :

- La femme enceinte et sa famille ont confiance en une soignante qu'elles considèrent qualifiée car elle travaille ou a travaillé dans une structure publique et qui peut conseiller la femme, la recommander lorsqu'elle doit faire les examens complémentaires.
- Cet élément de sécurité se combine à une relation personnelle de voisinage.
- Le coût de la CPN et de l'accouchement sont plus élevés que les prix officiels des centres de santé publics mais ils sont plus bas que les prix officieux pratiqués.

- Ces prix sont négociables, le paiement de l'accouchement peut être échelonné, différé jusqu' au baptême. Toutes ces négociations se retrouvent dans la relation malade – guérisseur dans le cadre de relations de voisinage.

SANTE MATERNELLE ET RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH. L'EXEMPLE DE KISUMU (OUEST DU KENYA)

Marc-Eric Gruénais* et Carolyne W. Njue**

Dans les structures de soins, la prise de conscience du risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes en Afrique devrait être particulièrement aiguë pour plusieurs raisons. S'il est peu probable que l'utilisation des antirétroviraux se généralise à court terme pour le traitement de toute personne infectée, en revanche, il semble réaliste d'envisager à brève échéance un recours important à l'AZT pour prévenir les risques de transmission du virus de la mère à l'enfant. Par ailleurs, les femmes enceintes sont depuis toujours un groupe privilégié des dispositifs de surveillance sentinelle des programmes nationaux de lutte contre le sida, et constituent donc une population bien connue pour la mise en place de mesures particulières. Précisons également que, d'une manière générale, les consultations destinées à la mère et à l'enfant représentent souvent la principale charge de travail des structures de soins périphériques en Afrique, les mères formant donc la population la mieux suivie par les structures de soins, et que c'est également à l'occasion de telles consultations que les MST (qui, on le sait, accentue les risques d'infection par le VIH) devraient théoriquement être découvertes. Toutes ces raisons font que les femmes enceintes devraient être considérées comme une cible privilégiée des actions de prévention de l'infection par le VIH.

De plus, prendre en compte le risque d'infection par le VIH dans le cadre de consultations prénatales s'avère évidemment d'autant plus important que l'on se trouve dans une zone à forte prévalence. C'est dans cette perspective notamment que nous nous sommes intéressés à la gestion du risque de l'infection par le VIH dans différentes structures de la municipalité de Kisumu, à l'ouest du Kenya¹. La question initiale était de savoir si l'importance de la prévalence pouvait amener les personnels de santé, et le système de santé local en général, à considérer le sida comme un risque, et à tenter de diffuser une information particulière pour prévenir l'infection auprès de des femmes enceintes. Nous avons interrogé des infirmières travaillant dans le cadre de services de santé maternelle et infantile (*Mother and Child Health Clinics*) de structures de soins situées à différents niveaux de la pyramide sanitaire (centres de santé, hôpital de district, hôpital provincial), ainsi que des responsables du système de santé provincial (*Provincial et District Medical Officer*, responsables de programmes régionaux de lutte contre les MST/VIH). Les informations dont il est fait état par la suite proviennent d'entretiens et d'observations réalisées au mois d'août 1999 ; il s'agit de la toute première exploitation de données encore préliminaires d'une étude en cours sur la négociation des risques en matière d'accouchement dans la région de Kisumu.

La ville de Kisumu et son contexte sanitaire

Kisumu, avec 260.000 habitants², constitue la troisième ville du Kenya (après Nairobi et Mombassa). La ville est située à l'extrême ouest du pays, au bord du lac Victoria. Parmi les

* IRD/SHADYC

** (EHESS – Marseille)

¹ Le travail que nous présentons a été réalisé dans le cadre du projet « La négociation des risques. Le cas de la santé sexuelle et reproductive. Approche comparative dans trois systèmes de santé (France, Kenya, Niger) » sous la direction de J.L. Fabiani, M.E. Gruénais, J.P. Olivier de Sardan (Shadyc – Marseille), et soutenu par le programme « Santé et société » du CNRS.

² Projection 1999 établie à partir du recensement de 1989, *Kisumu district development plan 1997-2001*, Nairobi, Office of the Vice-President and Ministry of Planning and National Development.

activités les plus rémunératrices et les plus importantes de la ville figurent celles qui tournent autour de la pêche (pêche elle-même, conditionnement et transport du poisson pour l'approvisionnement des grandes villes, voire pour l'exportation)³. Mais cette ville est surtout un carrefour : extrémité occidentale de la voie ferrée qui traverse le Kenya depuis Mombassa, elle est aussi le lieu de convergence des routes venant d'Ouganda et de Tanzanie en direction de Nairobi et Mombassa. Aussi, elle constitue souvent une halte obligée des transporteurs sillonnant l'Afrique orientale, et, d'aucuns attribuent l'importance de la prévalence du VIH dans cette ville entre autres à cette caractéristique.

Une récente enquête (1997) réalisée dans la municipalité de Kisumu révèle que plus de 27 % des femmes enceintes à Kisumu sont séropositives ; à l'âge de 15 ans, plus de 6 % des filles seraient déjà infectées, et le taux d'infection s'élève à plus de 70 % chez les prostituées⁴. Kisumu est ainsi la ville la plus touchée par l'épidémie de sida au Kenya, et constitue aussi un des lieux de la plus forte prévalence en Afrique. Cette situation alarmante est bien connue au Kenya ; nombre d'agences de coopération et d'ONG ont développé des programmes de formation et de sensibilisation de la population et des personnels de santé pour lutter contre les MST et le sida dans la région, et Kisumu fait l'objet de très nombreuses enquêtes et projets de mise en place de dispositifs de conseil et de prise en charge des personnes atteintes⁵. Précisons également que la ville de Kisumu est desservie par un nombre conséquent de structures de soins publiques et privées, qui se situent aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (centres de santé privés et publics, hôpitaux de district et provincial publics, hôpitaux privés)⁶. Toutes les structures de soins sont approvisionnées en préservatifs mis gracieusement à la disposition des "client(e)s", des séances de planning familial sont régulièrement dispensées par des services qui mettent gratuitement à disposition toutes les méthodes de contraception, et, même si une politique de recouvrement des coûts (*cost sharing*) est officiellement affichée, la modicité des tarifs pratiquée par les structures de soins publiques⁷, voire parfois la gratuité, sont la règle⁸ ; aussi l'élément financier n'est sans doute pas en soi un élément limitant l'accessibilité des structures aux femmes enceintes résidant en ville.

Dès lors, on pouvait penser que tant au niveau du système de santé local, que dans la pratique des personnels des différentes structures de soins, le risque d'infection par le VIH serait une préoccupation présente à l'esprit de tout un chacun, et qu'étant donné la couverture sanitaire de la ville, tant par les structures de soins que par les différents projets, l'information relative à la prévention du sida serait largement relayée. En fait si l'ampleur du problème est connue⁹, le sida n'apparaît guère géré comme un risque sanitaire comme le montrent l'observation des relations entre le personnels et les patientes, le fonctionnement du système d'information, et la disjonction complète des secteurs curatifs et préventifs.

³ Le district de Kisumu dans son ensemble, et non seulement la ville de Kisumu, regrouperait 930.000 en 1999, 43 % de la population active travaille dans l'agriculture, 10 % serait employé dans le secteur de la pêche, 20 %, dans le secteur informel ; 16,5 %, dans la fonction publique ou employée dans le secteur privé, 10 % dans le commerce, selon des données de 1994 (*Kisumu district development plan 1997-2001*, op. cit.).

⁴ "Différences dans la propagation du VIH dans quatre villes d'Afrique subsaharienne". Résumé de l'étude multi-sites, Lusaka, le 14 septembre 1999 (disponible sur le site <http://www.unaids.org/>).

⁵ Fait significatif de la densité d'activités dans ce domaine, certaines organisations, telle la très officielle et très puissante Maendeleo ya Wanawake Organization, spécialisée dans le "*women empowerment*" et dans la formation dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant et du planning familial, n'ont pas jugé nécessaire d'inclure Kisumu dans le cadre de leur programme dans l'ouest du pays, tant cette ville est couverte par des projets d'ONG et d'agences de coopération.

⁶ La ville de Kisumu regroupe 26 des 73 structures de soins que compte le district.

⁷ Par exemple, à l'hôpital de district, l'enregistrement pour une consultation prénatale coûte l'équivalent de 4 FF, les consultations ultérieures, 1 FF, et les médicaments disponibles dans la structure sont mis à disposition des malades pour 1 FF par "item" entrant dans un traitement.

⁸ Les structures publiques disposent d'une dotation budgétaire du Ministère de la santé et n'ont pas d'autonomie financière.

⁹ A Kisumu, comme partout ailleurs en Afrique, les enquêtes KABP révèlent que 99 % de la population a connaissance du sida et des préservatifs.

Les relations entre les personnels de santé et les patientes

Dans les structures de soins de Kisumu, pas davantage que dans nombre d'autres structures de soins publiques en Afrique sub-saharienne, le personnel de santé ne parlent aux patientes. Les consultations prénatales auxquelles nous avons assisté nous ont permis d'observer que c'est bien davantage par des signes, que par la parole que le personnel de santé communique avec les patientes. Lorsque la patiente entend la voix de l'infirmier ou de l'infirmière, c'est pour se voir préciser la date de la prochaine consultation, ou parfois, pour écouter des reproches : à propos d'une tenue considérée par trop négligée, pour avoir oublié le carnet de consultation, etc. De plus, l'intimité de la consultation est pour le moins réduite, les personnels entrent et sortent de la salle de consultation pendant que les femmes enceintes, à moitié dévêtues, subissent les palpations d'un infirmier. Nombre de femmes interrogées se plaignent de la dureté, voire de la cruauté, des personnels de santé dans les structures de soins¹⁰. Les personnels de santé (infirmières, médecins), interrogés sur l'absence de communication avec les patientes, invoquent la plupart du temps l'importance de leur charge de travail. Or, si effectivement, certains jours de la semaine semblent particulièrement chargés, d'autres en revanche le sont beaucoup moins, les infirmières n'ayant parfois plus de "clientes" après 10 heures du matin. Le manque de temps n'est donc pas toujours un bon argument.

Les conséquences de la dureté des relations entre patientes et personnels de santé peut parfois avoir des conséquences graves en matière de gestion des risques. A Kisumu, les premières relations sexuelles sont très précoces¹¹, et il n'est pas rare de rencontrer dans les consultations prénatales des jeunes primipares de 16 ans et moins¹². L'une d'entre elles, sortant de sa consultation prénatale, puis interrogée par nos soins, nous déclara qu'elle souffrait d'une MST depuis plus de quatre mois mais n'osait pas en informer les infirmières. Rappelons que les MST augmentent l'exposition au risque d'infection par le VIH ; or, dans la zone de Kisumu plus de 40 % des porteurs de MST sont séropositifs.

Mais, d'une manière générale, les personnels de santé rencontrés à Kisumu, s'ils sont conscients du risque de l'infection par le VIH¹³, notamment pour eux-mêmes, intègrent peu le risque dans leurs interactions avec les patientes. A la question : "avez-vous déjà été confrontés à des femmes enceintes séropositives ou atteintes du sida ?", les réponses ont toujours été négatives. Certes, les consultations prénatales ne sont pas des lieux destinés au conseil ou au suivi des personnes atteintes, mais elles ont théoriquement pour fonction aussi l'identification de grossesses à risque : par exemple, une recherche de syphilis est faite pour toutes les femmes enceintes et, en cas de résultat positif, les femmes infectées sont censées être adressées à l'unité de conseil de la structure et qui dispose aussi de certains traitements. Cependant, les responsables de ces services de conseil affirment recevoir très peu de femmes venant des consultations prénatales¹⁴.

D'une manière générale, à l'intérieur d'une même structure, ou entre structures situées à des niveaux différents de la pyramide sanitaire, la référence fonctionne peu ou pas. Ainsi,

¹⁰ Ainsi la douleur préoccupe peu les personnels de santé, et il n'est pas rare d'entendre des femmes hurler dans les salles d'accouchement, laissées à elle-même, alors que le personnel de santé – médecins y compris - devisent de tout et de rien à l'extérieur.

¹¹ Parfois dès 12 ans pour les filles (C. Njue, J. Chege, *Insight into youth sexual networking. Case study of Kisumu Municipality*, Nairobi, 1999).

¹² A Kisumu, les premières grossesses sont considérées comme « grossesses à risque », ce que l'on comprend aisément eu égard à la jeunesse souvent constatée des primipares. Elles sont censés être référées au plus haut niveau de la pyramide sanitaire de la région, à savoir l'hôpital provincial, qui est aussi la structure bénéficiant du plateau technique le plus important.

¹³ Par exemple, l'utilisation des gants lors des accouchements semble généralisée.

¹⁴ Dans une des structures visitées, la salle pour la consultation prénatale était située en face de la salle de conseil pour les MST, mais ne n'est pas pour autant que l'unité de conseil accueillait des femmes adressées par la CPN.

les personnels d'un service de consultation de district pour cas à "haut risque" ¹⁵, qui affirmaient ne jamais avoir eu affaire à des femmes enceintes séropositives, précisaient qu'ils ne réfèrent jamais à l'échelon supérieur parce que l'hôpital de district disposait d'un plateau technique aussi développé que l'hôpital provincial, tout en soulignant que seul l'hôpital provincial avait la possibilité de réaliser des sérologies VIH ¹⁶. On peut dès lors en conclure qu'au niveau de l'hôpital de district, qui est malgré tout une référence pour les centres de santé, les cas de sida ne sont pas " officiellement " diagnostiqués et qu'il n'est donc pas dans l'ordre des choses d'envisager des dispositions particulières à ce niveau en matière d'infection par le VIH pour les femmes enceintes. En fait, l'hypothèse du sida dans les gestes cliniques effectués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire "normale" ¹⁷ semble totalement évacuée ; comme le confirmait un des responsables provinciaux de la lutte contre le sida, aucune disposition particulière n'est réellement envisagée pour les femmes enceintes infectées par le VIH, car, si jamais l'on découvrait qu'une femme était séropositive, "*so, what !*", s'exclamait-il dans un aveu d'impuissance.

On pourrait admettre cependant que le système de santé local soit effectivement totalement impuissant pour envisager une quelconque prise en charge des personnes atteintes ; on pourrait aussi admettre que la mise en place d'un dispositif particulier au sein des hôpitaux puisse être inutile dans la mesure où les personnes infectées par le VIH arrivant dans les hôpitaux sont déjà très malades et qu'il s'agit alors tout au plus d'envisager pour ces personnes des mesures d'accompagnement vers la mort comme pour n'importe quel malade victime d'une pathologie létale. Cependant, on pourrait tout de même envisager que les personnels de santé adoptent des gestes minimaux en faveur de la prévention.

Au Kenya, tout ce qui relève de la santé maternelle et infantile et du planning familial est gratuit. Plus précisément, les structures de soins, et en particuliers les consultations de PMI/PF, sont régulièrement dotées de stock de préservatifs qui ne sont pas à vendre. Or, nous avons pu constater dans des structures de soins situées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des cartons intacts de préservatifs trônant au-dessus d'une armoire ; et lors de consultations de planning familial auxquelles nous avons pu assister, les infirmières n'évoquaient qu'une seule fois en début de séance l'utilisation du préservatif avant de s'étendre longuement sur les implants, la pilule, etc. ; à aucun moment le fait qu'il faille aussi " se protéger " en dépit de l'utilisation des méthodes contraceptives n'émane du discours des personnels de santé. La non distribution des préservatifs dans les structures de soins est confirmée par les personnels de santé, par les responsables régionaux de la santé publique, mais aussi par les chiffres : les statistiques des hôpitaux et centres de santé de la région de Kisumu confirment que la plupart des structures de soins n'ont jamais besoin de renouveler leur stock de préservatifs puisqu'ils ne sont jamais distribués.

Interrogés sur les raisons pour lesquelles les stocks de préservatifs restent intacts, les personnels de santé répondent bien évidemment que leurs patientes ne veulent pas les utiliser et refusent de les prendre, et invoquent en particulier le poids de la religion qui interdirait aux patient(e)s d'y avoir recours. Il s'agit là, bien évidemment, de rationalisations *à priori*, les personnels de santé ne faisant jamais le geste de donner aux consultants un préservatif. En fait, comme nous l'avons déjà signalé, les personnels de santé ne dialoguent guère avec les consultantes, et pas davantage au Kenya qu'en France au début des campagnes de prévention contre le sida, ceux-ci sont disposés à évoquer des questions touchant à la sexualité avec leurs clientes.

¹⁵ Les services de santé de la mère et de l'enfant des hôpitaux de district et des hôpitaux provinciaux ont une relation privilégiée avec des *High risk clinics* de ces mêmes hôpitaux, qui proposent des consultations externes pour tous les problèmes gynécologiques et pour les grossesses à risque.

¹⁶ Précisons que quelques femmes enceintes hospitalisées dans ce même hôpital et que nous avons pu rencontrer, relatant leur histoire personnelle et les raisons de leur hospitalisation (mari décédé et plusieurs enfants morts en bas âge, diarrhée et amaigrissement continue, etc.) tenaient des propos qui pouvaient alerter sur la nature du risque. Par ailleurs, les mêmes infirmières qui affirment, au cours d'un entretien formel, ne jamais avoir été confrontées à des cas de femmes infectées par le VIH, au détour d'une visite, vous informeront que telle femme est atteinte du sida.

¹⁷ C'est-à-dire non compris les services soutenus par une agence de coopération pour délivrer des prestations spécifiques.

Pourtant, si l'on prend l'exemple de l'hôpital de district ou de l'hôpital provincial de Kisumu, l'organisation physique de l'espace et l'organigramme peut sembler satisfaisant, avec, par exemple, une salle pour le conseil, non spécifiquement destinée au sida, située en face de la consultation prénatale, et une autre salle de planning familial située non loin de là. Tous les services liés à la santé sexuelle et reproductive semblent ainsi "intégrés". Peut-on alors attribuer l'absence de dialogue et d'empathie à l'égard des patientes, la non prise en compte du risque d'infection par le VIH – ce qui a évidemment une incidence sur la référence – à la "double culture" des personnels de santé soulignée par Tony Klouda : "Très peu de personnes sont capables (tant qu'ils ont leur tenue de travail sur eux) d'appliquer leurs croyances au contexte du travail des autres, ou au contexte de la vie réelle des gens. Les gens préfèrent vivre dans deux cultures : la culture du travail et des programmes, et la culture d'un être humain dans une situation particulière. Ces deux cultures semblent incapables de s'influencer mutuellement, et elles mènent donc leurs existences en parallèle" ¹⁸. Cette "double culture" est repérable par la restitution sans faille (voire la récitation) d'informations sur les pratiques permettant de limiter les risques, d'une part, et le fait que ces informations ne sont pas mise en pratique dans la vie personnelle de ces soignants. Mais cette notion de "double culture" obscurcit sans doute le débat, car encore faut-il que la cause d'une telle disjonction au moment du "colloque singulier". L'explication de la limitation au minimum des interactions entre les personnels de santé et les patientes, qui pourrait donc être une des expressions de cette double culture, n'est-elle pas aussi à rechercher dans la nécessité ressentie par les personnels de santé d'affirmer un statut et une identité résolument distincts et supérieurs à ceux des patientes, comme le soulignent Jewkes et al. ¹⁹ ?

Le sida à l'hôpital et dans le système de santé local

L'infection par le VIH n'est pas envisagée comme un risque par le personnel de santé, mais qu'en est-il pour le système de soins lui-même ? On peut aborder une telle question à partir de l'enregistrement et de la notification des cas de sida dans les structures de soins. Qu'il s'agisse de l'hôpital de district, de l'hôpital provincial ou du comité régional du lutte contre le sida, il est aisé d'obtenir des informations sur les cas de sida dans les structures de soins, du moins pour les malades hospitalisés ²⁰. Il est loin d'être sûr que tous les cas de sida relevés sur les formulaires que nous avons pu consulter, notamment ceux des structures situées au niveau périphérique ou au niveau du district, ont été diagnostiqués à la suite d'une sérologie ; parfois, c'est donc uniquement à partir des signes cliniques que les cas de sida sont identifiés ²¹. Quoi qu'il en soit, des cas de sida sont bel et bien relevés par le système d'information sanitaire, aussi imparfait soit-il, et sont donc repérés dans les structures de soins, même si, dans la pratique, ils ne bénéficient pas d'un traitement spécifique.

Cependant, alors que, rappelons-le, nous sommes dans une des régions africaines où la prévalence de l'infection par le VIH est la plus élevée, le sida n'apparaît pas parmi les causes de mortalité dans les statistiques officiels des hôpitaux. La première explication de cette absence, de nature médicale, qui nous a été donnée est la suivante : on ne meurt pas du sida

¹⁸ Tony Klouda, « Planning familial et programmes MST : une alliance contre nature ? », *Le Journal du sida*, 86-87, juin-juillet 1996, p. 85.

¹⁹ R. Jewkes, A. Naeemah, et al. « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services », *Social science and medicine*, 47 (11) : 1781-1795.

²⁰ Par exemple, l'hôpital de district, qui n'est pas censé avoir une activité particulière dans le domaine du sida (il ne bénéficie d'aucun soutien spécifique en la matière, contrairement à l'hôpital provincial et au comité local de lutte contre le sida) a des archives que nous avons pu consulter, et dans lesquelles on peut aisément se faire une idée de l'activité de la structure.

²¹ Une telle procédure n'est pas nécessairement critiquable. Rappelons qu'au début de la prise en compte de l'épidémie en Afrique, pour éviter les surcoûts financiers et organisationnels liés à la mise en place de tests, et afin de ne pas retarder les dispositions à prendre pour faire face à l'épidémie, il a été proposé une définition clinique du sida, connue sous le nom de « définition de Bangui ». Par ailleurs, nombre de cliniciens travaillant dans des structures de soins en Afrique reconnaissent que les tests VIH qu'ils demandent pour un malade, parce qu'ils soupçonnent un sida, se révèlent positifs dans la très grande majorité des cas, confirmant ainsi la validité du diagnostic clinique.

mais des conséquences de l'infection, il n'y a donc pas de raison de retenir le sida comme cause de décès, et ne sont alors déclarées que les infections pulmonaires, les problèmes intestinaux, etc. Il y a également d'autres explications, moins médicales.

Le Kenya dispose encore d'un système d'assurance sociale, les soins médicaux étant couverts par les employeurs pour les salariés du public comme du privé. Mais les assurances refusent de rembourser les soins liés à une infection par le VIH. Aussi, afin que les salariés puissent continuer de bénéficier d'une couverture sociale, ou encore pour que les frais d'hospitalisation voire d'enterrement d'une personne atteinte soient pris en charge par les assurances, l'hôpital évite d'utiliser la catégorie " sida " comme cause de décès. Il faut par ailleurs également compter avec la crainte de la stigmatisation et de l'opprobre dont la famille du défunt peut être victime. Cette crainte de la stigmatisation semble aussi prendre une coloration politique dans la mesure où la région de Kisumu est déjà très connue au Kenya pour l'ampleur de l'épidémie, d'une part, et qu'un des principaux leaders de l'opposition est originaire de cette région ; aussi, afin de ne pas alimenter encore davantage la mauvaise réputation politico-épidémiologique de la région les responsables des structures de soins sont peu enclins à notifier les cas de sida.

De l'identification des cas à la notification, il y a donc une marge, et les possibilités de prise en compte effective du problème à l'échelle régionale apparaissent très réduite. Ainsi, par exemple, en dehors de la surveillance sentinelle, le comité de district de lutte contre le sida ²², qui dispose de l'appui d'une agence de coopération du Nord, est censé recueillir les notifications de cas de quelques structures de soins, dont des structures privées. Or, les structures concernées par cette "veille" ne communiquent pas leurs données, et le comité de district n'a pas les moyens logistiques ²³ pour aller chercher ces résultats. Le comité de district de lutte contre le sida n'a en charge en fait qu'un nombre limité de programmes et son réseau d'information ne repose que sur quelques structures. Il n'a guère accès aux notifications de routine de l'ensemble des structures de soins de la région ; bien plus, l'administration provinciale ²⁴ de la santé n'est pas destinataire des informations relatives au VIH, et l'ensemble des structures de soins de la province sont censées notifier leur cas de sida directement au programme national à Nairobi. Dès lors, tout se passe comme si, le système de soins local dans son ensemble n'avait pas à traiter du sida avec les administrations locales de la santé (des districts et de la province).

Que le système d'information et de recueil des données épidémiologiques soit peu fiable, et que la verticalité et la centralisation des programmes soient telles que des problèmes de santé publique semblent échapper totalement aux administrations locales de la santé ne saurait surprendre les observateurs familiers des situations africaines. Mais c'est aussi de la disjonction entre le curatif et le préventif que souffre la non prise en compte du sida au niveau local.

Comme nous l'avons déjà signalé, il existe un comité de district de lutte contre le sida et les MST. Ce comité bénéficie du soutien d'une agence de coopération du Nord et se trouve logé dans un bâtiment flambant neuf qui lui a été attribué, et qui abrite entre autres les bureaux des techniciens expatriés. Ce bâtiment jouxte les bâtiments de l'hôpital de district ; la vétusté de ces derniers contraste singulièrement avec celui du comité. L'hôpital de district n'a pas à notifier ses cas de sida au comité de district qui s'occupe principalement des structures périphériques (centres de santé) du district, et qui est tout entier tourné vers la formation et la

²² DASCOP, *District AIDS and STDs Control Program*.

²³ Très prosaïquement, le comité dispose de véhicules, fournis par différentes coopérations, mais n'a pas de budget pour acheter du carburant ; pour les agences de coopération, le carburant entre dans le budget de fonctionnement normal du comité et doit être payé sur fonds publics, elles refusent donc de prendre en charge cette dépense. Aussi, le technicien responsable de la cellule d'information du district ne peut pas se déplacer pour aller collecter les données des centres éloignés de la ville.

²⁴ Administrativement, le pays est divisé en provinces, districts et divisions ; les niveaux de la province et du district disposent d'une représentation de l'administration de la santé, c'est ainsi qu'il y a un *medical provincial officer* et des *medical district officers*.

prévention au niveau " communautaire " ; aussi la formation des personnels de l'hôpital de district dans le domaine du VIH/sida n'est pas du ressort du comité de district.

L'ensemble du district sanitaire est placé sous la responsabilité d'un médecin chef de district. Hiérarchiquement, dans l'organigramme, toutes les structures sanitaires et tous les services du district sont placés sous sa supervision, donc y compris l'hôpital de district et le comité de lutte contre le sida du district. Cependant, de fait, le médecin chef de district ne se préoccupe guère du sida dans la mesure où il existe un comité sida fort bien doté ; le médecin chef de district est censé avoir des activités de santé publique dont les activités curatives menées à l'hôpital sont en dehors de sa sphère de compétence, d'autant plus que plus jeune et moins gradé que le médecin chef de l'hôpital de district, il n'a aucune autorité sur lui. Précisons enfin que le médecin chef de l'hôpital de district n'assiste jamais aux réunions concernant les activités sida du district. Aussi, au sein du district de santé, on trouve trois structures juxtaposées (l'hôpital de district, le service de santé du district, le comité de lutte contre le sida du district) qui ne communiquent guère entre elles ; les activités de lutte contre le sida, entendues notamment dans leur dimension préventive et de surveillance épidémiologique, sont considérées comme étant du seul ressort du comité de lutte contre le sida et qui de fait n'a d'activité que dans quelques structures périphériques du district, elles font alors figure de segment marginal dans le système de santé local, en dépit de l'importance des soutiens dont le comité peut bénéficier.

Les activités concernant le sida sont d'autant plus limitées que le comité de district, qui rappelons-le est aussi en charge des MST, consacre l'essentiel de son activité précisément à la lutte contre les MST (non compris le sida), et que dans les quelques structures périphériques où le comité a des activités, celles-ci sont aussi disjointes du reste des activités du centre de santé, que celle du comité peut l'être des activités de l'hôpital de district.

En conclusion, nous dirons simplement que nous sommes à Kisumu dans une situation presque caricaturale de risque connu mais non géré. Chacun sait que c'est là une des régions les plus touchées du Kenya, chacun a connaissance du sida, les personnels comme la population. Cependant, tant dans les gestes techniques des personnels de santé, que dans le système de santé local dans son ensemble, le sida n'est pas géré comme un risque. C'est ainsi que l'on peut rencontrer dans des maternités des femmes hospitalisées pour anémie, veuves, dont tous les enfants sont morts en bas âge, qui seront étiquetées comme " grossesse à risque " et qui continueront sans doute à avoir des enfants, jusqu'au jour où elles mourront en couche, parce qu'elles n'auront jamais été conseillées. En fait le sida est connu pour être un grave problème de santé dans la région, mais n'est pas un risque.

ETRE PATIENT

ETUDE DES INTERACTIONS ENTRE AGENTS DE LA SANTE ET USAGERS¹ DANS UN SERVICE D'URGENCES

Eric Hahonou*

Cette étude monographique, en cours, est réalisée dans le cadre d'un mémoire de DEA à l'EHESS Marseille. Elle est basée sur une insertion longue (septembre 1999 à février 2000) du chercheur au sein du service d'urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital National de Niamey qui a permis la collecte de nombreux matériaux à travers l'observation participante et des entretiens auprès des différents acteurs. Le statut de stagiaire en blouse blanche a facilité l'intégration aux équipes soignantes en place et a autorisé le suivi intégral des interactions dans toutes leurs phases, y compris en situation de soins intensifs. Par ailleurs, la taille importante de l'Hôpital National de Niamey a permis de procéder à d'utiles changements de perspectives notamment en laissant la blouse au vestiaire pour enrôler le statut de simple accompagnant (au sein d'autres services que celui des urgences). Suivant les orientations d'E. Freidson (in *La profession médicale*, 1984), l'étude accorde une large part au cadre et aux conditions de travail du personnel de santé, au détriment de la formation académique. En outre, l'étude adopte une lecture interactionniste dans la lignée de la sociologie d'Erving Goffman (in *Les rites d'interaction*, 1964), couplée à un positionnement émique qui privilégiera le point de vue des multiples acteurs. La finalité de cette monographie est de saisir ce qui s'échange à travers les relations éphémères entre ces deux catégories d'acteurs, à travers leurs discours, dialogues, attitudes et comportements, et de tenter d'en expliquer les ressorts.

Si les études sociologiques et anthropologiques sur le milieu hospitalier se sont multipliées ces dix dernières années (Coenen-Huther, 1991; Acker, 1992; Lery, 1992; Orfali, 1993; Véga, 1995... pour n'en citer que quelques-unes), les études plus spécifiques relatives aux services d'urgences sont par contre moins nombreuses (Peneff, 1992). Les urgences présentent pourtant des particularités remarquables. Il s'y déroule souvent le même type de relations entre usagers et agents de la Santé que dans les autres services ou centres de santé (Y. Jaffré, *Les services de santé "pour de vrai"...* 1999; A. Souley, *Santé urbaine à Niamey : Indicateurs de la qualité et de l'équité dans l'accès aux soins*, mars 2000) et à ce titre l'examen de son fonctionnement éclaire assez bien ce qui caractérise et explique ces relations. Par ailleurs, le service des urgences est la scène de l'action par excellence où la vie et la mort se côtoient continuellement; lieu des émotions les plus vives, théâtre où s'expriment pêle-mêle les extrêmes tensions qui traversent une société (conflits de classes, conflits ethniques, luttes d'influences, etc.). Ses dimensions complexes et transversales recourent de nombreux objets de recherche pour l'anthropologie et la sociologie: étude des phénomènes de corruption, rôle de l'intermédiation dans les sociétés africaines, changement social, ...

"Etre patient"² aux urgences ou plus généralement au sein de l'Hôpital nigérien acquiert différentes significations selon les locuteurs et les situations. Du point de vue des

*Doctorant (EHESS – Marseille).

¹Pour des raisons de commodité, j'utiliserai ici les termes généraux d'*agents de santé* pour désigner les médecins, étudiants en médecine, infirmier(e)s, élèves infirmier(e)s, filles de salle, manoeuvres c'est-à-dire l'ensemble du *personnel* employé par l'hôpital et identifiés par le port de la blouse de travail. Le terme *usagers* des services de santé recouvre quant à lui les patients (malades et blessés) et leurs accompagnants (parents, amis ou connaissances).

agents de la santé "être patient" correspond à une attente relative à l'attitude, au rôle que doit jouer l'individu face à la situation de maladie ou d'accident survenue. Le "bon" malade a une affection classique, facile à traiter et qui ne demande pas de trop nombreux efforts, il doit se comporter courageusement en endurant la douleur, il doit être soumis et discipliné en se pliant sans délai et sans commentaires aux prescriptions et ordres du soignant. Il doit donc se conformer strictement au rôle de patient face à un agent du corps médical qui est détenteur d'une autorité incontestable et d'un pouvoir quasi-absolu. C'est dans un tel rapport de force que l'usager devra également se projeter pour tenir sa place. Cela implique des attitudes d'humilité et de déférence vis-à-vis de l'autorité. En ce sens, la conception du rôle de "patient" est une conception partagée dans la plupart des cas. Lorsque ce n'est pas le cas, des conflits peuvent survenir. La condition d'une attitude en rupture avec ce rôle est l'appartenance directe ou indirecte à un réseau de personnes (parents, amis ou connaissances) influentes, ayant des prises (c'est-à-dire une forme de pouvoir) au sein de l'administration sanitaire. Autrement dit, à défaut de relations privilégiées, personnalisées, il faut accepter son rôle de patient. Cette attitude de résignation du commun des usagers résulte d'une prise de conscience de sa vulnérabilité, de son impuissance relative face à une situation particulière où il ne maîtrise guère de paramètres (difficultés d'orientation dans le labyrinthe de l'hôpital, difficultés d'évaluation de la gravité de la situation, difficultés de communication avec les agents de la santé³, "carte blanche" donnée aux représentants de "la profession médicale"). On retrouve aussi ce sens de l'expression "être patient" lorsqu'il s'agit d'annoncer le décès d'un malade à ses accompagnants ("kala suru" dit-on pour atténuer une réalité cruelle, un peu comme on dirait dans d'autres contextes culturels "du courage!"). Enfin, "être patient" c'est attendre son tour avec patience. La dimension temporelle de l'expression prend tout son sens lorsqu'on regarde avec recul le contraste flagrant entre des situations d'urgences (fractures avec hémorragie, pertes de conscience, crise d'asthme, neuro-palus...) et la réponse que le service lui apporte (il faut d'abord payer la consultation, les éventuels examens complémentaires, les produits de l'ordonnance qu'il faut généralement aller chercher à l'extérieur de l'hôpital). Cette réponse diffère bien sûr lorsqu'on dispose d'une relation qui pourra à travers tout un réseau d'interconnaissances trouver des produits gratuitement, rendre plus fluide l'ensemble de la procédure de prise en charge médicale, sachant que le service rendu aujourd'hui par le collègue est "remboursable".

Il conviendrait d'ajouter que les marges de manoeuvre des usagers peuvent évoluer au cours du processus thérapeutique. On constate que celles-ci sont faibles lorsque l'usager se trouve au service d'accueil et de soins des urgences où l'interaction avec le personnel de santé se déroule sur un temps très court, le patient accepte son rôle et son statut (il n'est, du point de vue des agents de santé, qu'un corps qu'il faut traiter rapidement et dont il faut ensuite se débarrasser en proposant son envoi dans un autre service ou en l'autorisant à la sortie). Les marges de manoeuvre s'accroissent lorsque l'usager séjourne dans le service hospitalisation des urgences ou un autre service de l'hôpital dans la mesure où les occasions de nouer des liens personnalisés apparaissent. Le patient tend à sortir de sa condition anonyme de corps malade pour acquérir le statut de personne avec laquelle une interaction d'individu à individu est rendue possible. Une analyse comparative des stratégies d'acteurs dans des rapports au temps différenciés semble pouvoir dynamiser une relation qui autrement apparaît comme une donnée ou une contrainte (avoir une relation ou ne pas en avoir).

Ce qui se joue dans les relations entre usagers et agents de la Santé sur la scène de l'hôpital est révélateur des conceptions et des rapports de force actuels entre les représentants de l'Etat et les citoyens, comme il éclaire sur les modes de sociabilité à

² Etre patient" est la traduction approximative des expressions en langue hausa "*sai hankuri*" et en langue zarma "*kala suru*". Ces deux langues sont les principales langues vernaculaires parlées au Niger. On peut également traduire par "Il faut être patient", "il faut la patience", etc.

³ Il existe des difficultés de communication réelles à l'Hôpital National de Niamey pour les non locuteurs des langues zarma et hausa (cas des jeunes hommes et des femmes des ethnies minoritaires) et pour les non locuteurs du français, certains médecins se cantonnant (souvent volontairement) à l'usage de la langue de la science médicale.

l'oeuvre dans la société. Mais au regard de réalités sanitaires souvent dramatiques et inquiétantes, il convient de garder une visée "opérationnelle" aux recherches socio-anthropologiques engagées dans le domaine de la santé en proposant des voies pour une amélioration des pratiques médico-sociales.

L'AVORTEMENT : UNE PRATIQUE CONTRACEPTIVE "SURE" EN COTE D'IVOIRE ?

Mariatou Koné*

Si, pour les médecins et les démographes, l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse (IVG) est considéré comme une pratique dangereuse, cause de mortalité chez la population féminine, et cause de baisse de la fécondité, il est perçu par les femmes et les jeunes filles comme une pratique contraceptive. Elles le préfèrent en tous cas à toutes les contraceptions modernes proposées et pour lesquelles elles sont d'ailleurs réticentes. Et pourtant, il existe des centres de planification familiale et il y a l'AIBEF (association ivoirienne pour le bien-être familial) qui propose des méthodes contraceptives; on (PSI) fait actuellement des publicités à la télé (par exemple l'émission *A ka né din min*, ou encore " qui fait ça " ? ou " faut pas fâcher") et à la radio pour l'utilisation du préservatif " prudence " (100 F/la boîte de 4) et la pilule " confiance " (à 150 F/la plaquette).

Ce travail fait état du discours et des pratiques d'une catégorie sociale sur l'avortement provoqué et la contraception¹. Il ne prend pas en compte l'avortement spontané et les fausses couches. Pour parler d'avortement provoqué, volontaire, on dit "ventre enlevé " ou encore " ventre tiré " (en langue baoulé : *kounou ti*). S'agissant de l'avortement spontané, involontaire, on parle de " ventre gâté " (*kounou satchi* en baoulé), " ventre versé² " (*kounou tou*).

Il est important de signaler que, par rapport au regard des autres, l'avortement provoqué en lui-même n'est pas considéré comme un problème par ceux ou celles qui le pratiquent ; par contre, la grossesse est un problème. Pour les filles non mariées en milieu bambara par exemple, le statut d'enfant bâtard est une insulte suprême et pour la fille et pour ses parents et pour l'enfant lui-même quand il sera grand.

En quoi l'avortement peut-il être une pratique contraceptive ? Qu'est-ce qui différencie les deux termes (avortement et contraception) chez la population féminine? Quelles sont les représentations autour de ces deux concepts? On a par exemple remarqué qu'une même femme peut passer tour à tour à la recherche de la contraception (lorsqu'on n'est pas mariée ou lorsqu'on allaite un bébé) et à la recherche de la fécondité (une fois mariée ou quand par exemple l'enfant atteint l'âge de sevrage). Pourquoi les femmes préfèrent-elles l'interruption volontaire de grossesse ou l'avortement provoqué à la contraception moderne ?

Nous essayerons de répondre à ces questions en présentant d'abord les pratiques d'avortement et les stratégies utilisées à cet effet, les personnes concernées (les acteurs sociaux), les conditions dans lesquelles elles sont effectuées, les coûts, et enfin, les motivations qui sous-tendent ces comportements.

* Université d'Abidjan.

¹ La plupart des termes utilisés dans ce texte font partie du jargon populaire ivoirien.

² On fait ici référence au fluide.

Les pratiques d'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse (IVG)

Fréquence des avortements

L'enquête menée (en ville à Yopougon et à Koumassi, et en milieu rural baoulé) montre que l'avortement est une pratique généralisée chez les femmes mariées³ ou non (célibataires, ne vivant pas en ménage mais pouvant être des maîtresses) et chez les jeunes filles. Il en ressort également que les jeunes filles de maintenant font plus d'avortement que leurs mères lorsque ces dernières avaient le même âge.

C'est une pratique fréquente depuis les années 80⁴ mais rare chez les femmes nées avant 1960. De l'âge de la puberté à l'âge de 24 ans au moins, on "enlève ventre"⁵ au moins une fois ; ça permet de retarder la première naissance. L'avortement c'est "la carte d'identité de la femme, comme la gonococcie⁶ est la carte d'identité des garçons".

On a remarqué que la pratique d'avortement diminue avec l'âge (surtout à partir de 25 ans), plus on vieillit, plus on a envie de faire un enfant et moins on avorte. Les femmes âgées (30 ans et plus) qui font des avortements sont celles qui ont déjà eu des enfants (mariées ou non) ; elles pensent ainsi limiter ou espacer les naissances. Mais l'acte augmente avec le niveau d'instruction jusqu'au secondaire (nous n'avons pas enquêté auprès des femmes du niveau supérieur) ; il y en a moins chez les analphabètes, plus chez les femmes du niveau primaire et un peu plus chez celles du niveau secondaire. Ces résultats s'expliquent probablement par le fait que les femmes analphabètes ont beaucoup plus de réticence (gêne ?) et de difficulté à parler d'avortement contrairement aux filles instruites.

N'da, déscolarisée, a 21 ans ; elle a fait 3 avortements :

"Je connais les pilules, le préservatif et le cycle puisque c'est ce que j'utilise. Moi j'ai un cycle de 30 jours, ma camarade a un cycle de 28 jours. Comme 30 et 28 c'est presque pareil, je lui ai demandé de me montrer la méthode de "compter le cycle". Elle m'a dit que c'est dangereux d'avoir des rapports sexuels entre le 11^{ème} et 15^{ème} jour, et aussi entre le 19^{ème} et le 23^{ème} jour. Ça n'a pas marché avec moi car j'ai fait 3 avortements dans ma petite vie là.

Le premier, je l'ai fait quand j'avais 17 ans. Ma grossesse avait 1 mois. Je l'ai fait parce que j'avais peur de mes parents, je partais encore à l'école. J'ai traité ça à l'indigénat. C'est une camarade qui m'a envoyée chez une femme baoulé. Elle m'a donné des "kanigban"⁷ (ovules traditionnels) pour mettre ça dans mon sexe. C'est une boule verte faite de feuilles et de piment ; ça brûle. La posologie, c'est 1 le soir au coucher pendant 3 jours. Le premier jour, il y a eu un liquide blanc qui est sorti de moi ; c'est à partir du deuxième jour qu'il y a eu les caillots de sang ; ça m'a donné le vertige. Le troisième jour, il y a eu un peu de sang et puis c'est fini. Le mois suivant, mes règles sont venues normalement et sans problèmes. Je ne suis pas allée à l'hôpital⁸ parce que je ne voulais pas que les gens sachent et puis je n'avais pas d'argent.

Le deuxième avortement, c'est l'année passée que je l'ai fait. La grossesse avait 3 mois. J'ai enlevé parce que ma maman n'aimait pas mon copain ; il ne travaillait pas, il était encore un enfant. On est parti en clinique et c'est là-bas ils ont enlevé à 42 000 F CFA y compris les médicaments et le suivi (post-avortement).

Le troisième, c'est cette année que je l'ai fait. Je suis allée en clinique avec mon copain, ça faisait deux mois de grossesse. J'ai enlevé parce que mon copain actuel est marié ; il a dit que si je laisse, il ne va pas reconnaître la grossesse. On est allé en clinique, je crois qu'il est rentré dans le contexte avec le docteur et il a payé 25 ou 28 000⁹ F CFA. Actuellement, on n'est plus ensemble.

³ Légalement, coutumièrement ou vivant en ménage.

⁴ Il est trop tôt pour établir un lien entre la conjoncture et la crise économique difficiles amorcées dans les années 80 et le boom des avortements provoqués.

⁵ Terme utilisé pour dire qu'on a fait un avortement provoqué.

⁶ C'est la désignation de toutes les MST.

⁷ C'est aussi les suppositoires traditionnels.

⁸ C'est comme ça qu'on appelle ici tous les centres de santé publics qu'ils soient primaire, secondaire ou tertiaire. Par contre pour les infirmeries, cliniques ou polycliniques privées, on dit « cliniques » (sauf pour la PISAM qu'on désigne directement sous le vocable PISAM ou bien « la grande clinique de Cocody »).

⁹ Elle ne se souvient pas du montant exact mais elle sait que c'est entre 25 et 30 000 F.

Actuellement j'ai peur, si je continue de faire des avortements comme ça, je vais finir par être stérile. Maintenant, je voudrais prendre la pilule".

Techniques ou procédés, tarification et coût pour " enlever le ventre "

Généralement, on fait tout ce qui est interdit à la femme enceinte " normale " et qui peut provoquer des fausses couches.

- On mange ce qu'il ne faut pas manger comme par exemple la canne à sucre, le lait de coco, on mange très sucré, on mange le miel, on mange les mirabelles aigres (raisins sauvages), on boit du vinaigre, on boit du coca ou du vin rouge mélangé à une forte quantité de sucre (roux de préférence). Comme on peut le constater les recettes à consommer pour avorter font référence au sucré, à l'aigre, au chaud, à la couleur rouge. Le maximum à dépenser ici, c'est 1000 F (200 F pour le coca et 1 paquet de sucre à 450 F).
- On serre le pagne (comme pour étouffer la grossesse).
- On fait beaucoup de mouvements brusques, énergiques, nécessitant un effort physique, et considérés comme nocifs à la grossesse comme par exemple marcher longuement, sauter, se plier en avant et se relever brutalement, etc.

A côté de ces méthodes " naturelles ", il y a recours à des techniques modernes, des techniques traditionnelles, des techniques d'automédication, voire des techniques relevant du magico-religieux. Comme on peut le constater, les techniques abortives sont multiples et variées. Ces recours ne s'excluent pas. Certains se combinent, d'autres s'accumulent ou se succèdent.

- Les recours modernes :

- Le curetage et le sondage : ils se pratiquent dans les services de santé. Avant on payait 40 000 ou 50 000 F par mois de grossesse. Maintenant même à 15 000 F on peut se faire avorter dans une " clinique " qui emploie des étudiants en médecine ou des infirmiers ou même des personnes non qualifiées qui apprennent sur le tas. On peut aussi se faire avorter à domicile. Les prix ont chuté probablement parce que les lieux d'exercice ou de pratique d'avortement sont délocalisés (des formations sanitaires publiques vers les privées), parce qu'il y a moins de personnes à corrompre, mais aussi parce que l'offre est plus élevée.

Les tarifs se négocient, ils ne sont pas fixes. Le tarif est fonction de l'âge de la grossesse ; par exemple : dans les centres de santé, on paye pour moins de 2 mois de grossesse la somme de 25 000 F CFA de 2 à moins de 3 mois : 30 à 35 000 F, de 3 à 4 mois : 40 000 F et plus. Il y a aussi des tarifs forfaitaires de 0 à 3 mois. Dans les centres de santé, le tarif est fonction du nombre de personnes à corrompre. Ils sont aussi fonction du praticien qui doit " enlever le ventre ". Ces tarifs sont négociables mais actuellement le minimum à payer est 15 000F.

Il y a aussi des clients qui proposent eux-mêmes le prix à payer car ils veulent s'en débarrasser le plus rapidement possible quel que soit le prix à payer (en fonction des tarifs officiels, ils en proposent un plus élevé).

- Les médicaments à boire ou avaler (exemple Apioline comprimés, Nivaquine, Efferalgan effervescent) : à moins de 5000 F, on les obtient.
- Les injections : parmi eux, il y a Syntocinun en principe utilisé pour accélérer les contractions chez la femme en train d'accoucher ; il y a aussi Synergon en principe conseillé par les médecins pour les retards ou absences de règles non liés à la grossesse. Il y a également Calcium corbière (qui chauffe le corps intérieurement).

- Les méthodes traditionnelles :

C'est présenté comme moins cher que les recours modernes. Il y a :

- Les purges ou lavements (voie rectale) : on paye des feuilles à 50 F la touffe (exemple du coton, du teck ou d'une plante nommée " Sékou Touré ") à renouveler éventuellement, ou des poudres, mélanges de feuilles et de racines pour 100 ou 200 F. Les lavements peuvent être très chauds ou avec une forte dose de piment ou de gingembre pour fluidifier la " boule " qui est dans le ventre ; ou très froids pour la ronger et l'expulser. On utilise aussi des produits acides ou aigres (le jus de citron, du grésil dilué). Il y a également les débris de verre écrasés (en poudre), on s'imagine que ce produit mélangé à l'eau et introduit dans le rectum, va couler vers l'utérus ; il va perforer le col de l'utérus et laisser passer le fœtus.
- Les sondes à partir de tiges (voie vaginale) : parmi les méthodes traditionnelles d'avortement, il y a l'introduction d'une sonde (une tige) dans l'utérus ; ce procédé selon les femmes est douloureux. Quelques temps après, le fœtus tombe et s'en est fini. C'est le plus cher des procédés traditionnels (entre 5000 et 15 000 F selon l'âge de la grossesse) mais aussi le plus dangereux car il est la cause de nombreux décès, en raison des complications qu'il engendre parmi lesquels les infections et les hémorragies.
- Le breuvage ou l'ingurgitation de remèdes sous forme de liquide (voie orale) : le henné (pour 200 F), des plantes ...
- Les ovules gynécologiques ou les suppositoires à base de plantes, de feuilles ou d'écorces d'arbres ...
- La corde autour des hanches, ou les amulettes : le plus cher coûte 500 F. Il semble qu'elles ont des propriétés qui empêchent la fécondation ou qui captent l'âme issue de la fécondation. On estime qu'elles renferment ou font appel à des génies qui " bloquent " toute fécondation en attrapant le ventre ou en bouchant le trou qui pourrait laisser passer le sperme. C'est surtout pratiqué par les femmes du Nord de la Côte d'Ivoire appelées communément " les Dioula " et généralement musulmanes. En ville, ces cordes peuvent être obtenues auprès des " zamalaman " (déformation de Zarma ou Zerma mais terme utilisé parfois pour désigner les ressortissants du Niger)
- Les rapports sexuels avec un autre partenaire dont le sang est différent du partenaire responsable de la grossesse : on considère que la grossesse est obtenue à partir de la rencontre de 2 sangs semblables : celui de la femme et celui de l'homme ; deux sangs différents ne peuvent pas enfanter. Et si une femme est enceinte et qu'elle prend le sang de quelqu'un qui est différent de son partenaire, la grossesse saute parce que ce sang différent est perturbateur, sale, c'est comme un poison. Certaines femmes multiplient les partenaires à la date prévue des règles afin qu'une grossesse ne s'installe pas.

- L'automédication :

Avant de s'adresser à un spécialiste, l'automédication est le premier recours. On essaye de se souvenir de recettes entendues lors de certaines conversations, on demande conseil auprès des habitués (es) connus (es) ou de personnes plus âgées car on présume que ces personnes, du fait de leur âge savent le traitement approprié parce qu'elles sont passées par là, etc. On demande conseil aussi bien aux femmes qu'aux hommes. On essaye tout.

L'automédication peut être moderne ou traditionnelle, il y a même les médicaments chinois (en vogue en Côte d'Ivoire depuis les années 90) comme l'indique Aya (16 ans, élève) :

" Ma camarade avait 16 ans. Elle était élève et était à son deuxième mois de grossesse, et elle avait peur de la réaction de sa maman. Au début, une autre camarade lui a dit de prendre les comprimés de Efferalgan chez les vendeuses ambulantes ; elle devait en prendre 2 le matin, 2 le soir. Ça n'a rien fait. Après, son cousin, lui aussi élève, lui a conseillé de prendre médicament chinois ; c'est un liquide mentholé qu'il faut mettre dans de l'eau chaude pour boire. Avec ça, elle vomissait chaque fois et ça n'a rien fait. Comme elle ne supportait pas, elle a arrêté. Après encore, son grand frère lui a dit de prendre Coca ajouté au Nescafé et un demi kilo de sucre roux ; elle mélange le tout

et elle boit. Ca n'a rien fait. Sa maman a découvert la grossesse et l'a emmené en clinique. Là-bas, ils ont payé 81 000 F CFA y compris les médicaments, et c'est passé".

- Le recours au magico-religieux :

C'est beaucoup plus rare ; on peut le présenter comme un des derniers recours. On ira par exemple consulter un marabout ou un féticheur pour obtenir une potion abortive et faire éventuellement des sacrifices (on égorge ou on fait égorger un animal, on casse des œufs frais,...).

Parmi toutes ces pratiques abortives, celles perçues comme "contraception" sont effectuées à des moments précis et n'utilisent pas encore les curetage et sondage comme techniques : du jour des rapports sexuels jusqu'à deux semaines après la date prévue des règles. Au-delà, un mois après la date prévue des règles (soit après deux mois d'absence de règles), c'est considéré comme un avortement bénin. Avant deux mois, on parle de retard des règles. Certaines commencent le traitement (purge, coca, comprimés, etc...) le lendemain des rapports sexuels et c'est tout, d'autres du lendemain des rapports sexuels jusqu'au jour où les règles viendront ; d'autres encore du jour présumé des règles jusqu'au jour où viendront les règles ; certaines se traitent une fois par jour, d'autres deux fois par fois ; d'autres encore une fois par semaine ou bien une fois toutes les deux semaines, etc. Selon Akissi ,

" On se purge avec des écorces d'arbres le lendemain des rapports sexuels, parce que ça nettoie le ventre de la femme et ça fait que l'élément qui est dans l'eau de l'homme (le sperme) et qui permet de faire l'enfant, tombe s'il arrive dans le ventre de la femme".

On empêche la grossesse de s'asseoir, de s'installer.

Les circonstances, les conditions

L'avortement étant illégal en Côte d'Ivoire, on se cache des parents (du père surtout), des supérieurs hiérarchiques pour le faire, mais les lieux où se pratique l'avortement ne sont pas inconnus. C'est donc en principe, une pratique qui se fait "clandestinement" dans les centres de santé publics. Même les tradipraticiens et les vendeurs de médicaments traditionnels ou modernes, chinois, ne se déclarent pas au public. Mais en réalité, l'acte est rarement puni comme il est stipulé dans l'article 367 du code pénal ivoirien. Seuls sont sanctionnés, les avorteurs dont l'acte a entraîné un décès ; on s'imagine bien ici que c'est ce qui est considéré comme un meurtre qui est puni, et non l'acte même d'avortement.

La plupart des interruptions de grossesse effectuées dans les structures sanitaires sont faites au grand jour (l'illégalité tolérée, banalisée). Les avortements effectués dans les services publics sont couramment présentés comme le résultat d'une fausse-couche ou une grave menace sur la santé de la mère ou encore une urgence, c'est-à-dire une complication d'un avortement provoqué hors¹⁰ de la formation sanitaire. En effet, selon la loi, c'est seulement dans ces cas et sur avis de trois médecins (y compris celui du médecin traitant), qu'on est autorisé à pratiquer un avortement. La stratégie est de montrer que c'est un avortement thérapeutique.

Seules les personnes non habilitées se cachent pour le faire dans des infirmeries privées, des domiciles, etc. Ces personnes, ce sont : les étudiants en médecine, les infirmiers, certaines sages-femmes, etc.

¹⁰ En réalité, quand une fille arrive dans une structure publique de santé, suite à un avortement provoqué, elle est négligée et parfois insultée par le personnel soignant qui considère l'avortement non seulement comme un infanticide mais surtout, dans ce cas, comme un homicide ou un suicide.

Les avortements effectués dans les formations sanitaires publiques se font dans le " contexte ", c'est-à-dire entachés de corruption. Par exemple, le praticien donne un peu d'argent au (x) collègue (s) présents afin ne fassent pas de délation auprès des supérieurs hiérarchiques. C'est une source de revenu considérée comme un " gombo " : c'est une prime, un revenu supplémentaire que chacun s'octroie pour arrondir les fins de mois. On " rentre dans le contexte " afin d'assurer la pérennité de cette pratique rémunératrice dans le service.

Certains étudiants en médecine choisissent de faire la gynécologie afin de pratiquer des avortements par curetage car l'avortement permet d'arrondir les fins de mois surtout quand on n'est pas boursier ou bien quand on a seulement le " Ndaya "¹¹. Ils le font dans les services de gynécologie parce que c'est là qu'il y a le matériel approprié. Ils le font la nuit pendant que les chefs sont absents. Un chef de service qui interdit l'avortement provoqué dans son service voit ce dernier se vider de la plupart des étudiants et les demandes d'inscription par les étudiants dans son service se feront rares. Un autre cas, c'est que la " patiente " ou son partenaire donne de l'argent au praticien afin qu'il accepte de faire de l'illégal.

Les curetages et sondages sont effectués même dans les FSU-Com (Formations Sanitaires Urbaines Communautaires). Plusieurs enquêtés(es) disent avoir fait une interruption volontaire de grossesse à la FSU-Com de Conontchan¹², par les sages-femmes ; l'acte y coûte 37 000 F CFA+ 6 comprimés + 1 injection. Il semble que c'est un tarif unique quel que soit l'âge de la grossesse ; Madeleine (20 ans, célibataire sans enfant) raconte que :

" J'avais 8 mois de grossesse. Je suis allée dans un centre de santé communautaire. J'ai vu la sage-femme. Elle m'a donné 6 comprimés et m'a fait une piqûre. Elle m'a dit de revenir dans 3 jours avec 37 000 F pour l'avortement. Et que c'est quand elle allait finir de me faire avorter que je la payerai. Je suis allée à la maison, personne ne savait que j'étais enceinte, on ne voyait même pas mon ventre. Le lendemain, ma tante m'a grondé pour des banalités ; j'étais en colère, je me suis énervée ; j'ai commencé à saigner et puis je suis tombée. Ma tante m'a emmené à l'hôpital. La sage-femme qui m'avais donné les médicaments était présente ; elle m'a emmené rapidement dans la salle d'accouchement avec 3 autres sages-femmes. C'est là que l'enfant est sorti de mon ventre. C'était un garçon. Il n'est pas mort-né. Il était noir comme un brûlé, il était petit. C'est après 30 minutes qu'il est mort. Après qu'on soit retourné à la maison, ma tante est partie payer les 37 000F".

On constate que les avortements peuvent se faire à crédit. On remarque d'ailleurs que maintenant la majorité des avortements provoqués se passent hors des services publics de santé, dans les " cliniques " privées et auprès des tradipraticiens et autres vendeurs de médicaments traditionnels, modernes ou chinois. Le système médical public reste néanmoins le dernier recours même s'il semble plus efficace en termes de risques.

Dans les " cliniques ", et les domiciles, les conditions ne sont pas agréables. Certaines femmes disent avoir été " curetées " ou " sondées " avec la lumière d'une petite torche en lieu et place d'appareil adéquat et approprié ; d'autres sans anesthésie ni locale ni générale mais " il ne faut pas crier, il faut être courageuse " ; la femme ne doit pas montrer ou exprimer sa douleur, il ne faut pas attirer l'attention d'autres personnes. D'autres encore, avec du matériel non stérilisé et utilisé pour plusieurs personnes. Les risques ici sont grands : liés à l'hygiène, liés à la contagion ou à la contamination.

* Qui paye ?

Dans les réseaux de décision pour le financement des avortements provoqués dans les formations sanitaires privées ou publiques, il y a d'abord l' " enceinteur " ou le " zonziteur ", c'est-à-dire l'auteur de la grossesse. Selon Bohoussou (24 ans) :

¹¹ Allocation de 20 000 F CFA octroyé en son temps par l'ONG Ndaya International présidée par Mme Thérèse Houphouët Boigny.

¹² C'est un nom fictif, afin d'observer l'anonymat des enquêtés (es) et de certains lieux.

" J'ai fait avorter une de ex-copines, 2 fois. Elle est venue me dire qu'elle avait un retard de 2 mois. Je lui ai remis 15 000 F CFA. La seconde fois, je lui ai donné la même somme" .

Il ne prend pas le soin de vérifier et chez certaines femmes, c'est le moment de soutirer le maximum d'argent. Il y en a qui ne sont parfois pas en grossesse mais qui le laissent croire dans le but d'obtenir de l'argent.

Il y a aussi les parents de la fille : la mère, les sœurs, les frères, les cousines et cousins mais rarement le père. Quelques fois, la fille paye elle-même.

* Qui accompagne ?

Les accompagnants, c'est d'abord le partenaire ou l'amie de la fille. Vient ensuite la mère ou l'une des sœurs ou encore une tante ou cousine. Excepté le partenaire, tous les accompagnants sont de sexe féminin.

L'impact sur la santé des femmes/conséquences

On est conscient des conséquences néfastes de telles pratiques mais généralement on considère :

- premièrement que ça n'arrive qu'aux autres
- deuxièmement, on s'imagine que " enlever ventre " avant trois mois n'est aucunement risqué parce que " c'est encore du sang, ce n'est pas encore formé " ; c'est-à-dire qu'il n'a pas encore pris la forme humaine, et ce n'est pas encore dur, ce n'est pas solide.

On note généralement des complications : hémorragies, infections, qui elles-mêmes engendrent des décès et la stérilité. Les quelques conséquences énumérées sont certes médicalement perçues comme des risques mais pour ceux qui pratiquent l'avortement, tout cela est secondaire. Le risque est plutôt social ; c'est le plus important en tout cas qu'on tient à éviter. Par exemple, l'un des risques qu'on court en gardant la grossesse, c'est de perdre son honneur. Il faut éviter le regard des autres, il faut éviter ce que diront les autres, et ce, quel que soit le prix à payer. Toutes les questions sur le risque pendant l'avortement ("le mal ou le pire qui puisse se produire ") renvoient à des évocations liées à la peur, la crainte, l'angoisse, l'anxiété, la honte.

Quand on commet l'acte, on pense à l'instant présent. C'est plus tard qu'on pense aux conséquences dites médicales.

Les complications

Ce sont les hémorragies externes (visibles). Et on en a très peur car on estime que ça peut conduire au décès. L'hémorragie n'est pas immédiatement perçue comme un risque. On se dit qu'on va et doit saigner car plus on saigne, plus on est sûr que la grossesse s'évacue. On ne commencera à avoir des craintes que si le sang ne s'arrête pas ou si les saignements durent ou encore si on a des malaises (vertige, évanouissement par exemple).

Les décès (la mortalité maternelle)

On les attribue plus à l'envoûtement, à la sorcellerie qu'à une erreur technique ou un acte mal réalisé. La mort suite à un avortement provoqué est une mauvaise mort.

Les maladies

La maladie couramment évoquée, c'est *bobodouman*¹³, mais on parle aussi de *koko* qui pousse dans le vagin. Dans ce contexte, ce sont des maladies du ventre qui attaquent l'appareil de la reproduction, les voies urinaires et/ou le sexe. On a des douleurs au ventre ou au bas-ventre, le ventre bourdonne, on a des démangeaisons au sexe, on a beaucoup d'eau (les pertes blanches), on a des plaies au sexe, ... On classe ici les infections gynécologiques.

La maladie survient quand on s'est mal soigné après l'acte. C'est par exemple lorsque le ventre n'a pas été bien nettoyé ; lorsque tout le sang n'est pas sorti (il y a rétention). Il est conseillé en ces moments de ne pas manger froid mais chaud (car le froid coagule le sang) : on boit chaud, on prend du miel ou du sucre pour évacuer ou drainer la saleté. C'est aussi lorsqu'on n'a pas bien fait les soins vaginaux

La stérilité (considérée ici comme une maladie)

C'est la conséquence qu'on craint le plus : la hantise de ne pas avoir d'enfants. Elle est moins forte chez les femmes qui en ont déjà. On sait que " trop d'avortements rend stérile ; ça fait des plaies dans la partie où le bébé s'installe (utérus), ces plaies bouffent le ventre ". On est conscient que ça peut baisser le taux de fécondité. Mais on considère que c'est le curetage et le sondage (traditionnel ou moderne) qui sont dangereux. Toutes les autres méthodes sont perçues comme inoffensives.

Les motivations

Contrairement à ce qu'on peut penser, l'avortement comme méthode contraceptive est pratiquée surtout par les " dames"¹⁴ (femmes), mariées de surcroît, pour les purges, ovules et médicaments à boire. Les jeunes filles commencent par boire le coca très sucré ; quand ça ne marche pas, elles vont dans les cliniques privées. La clientèle ici ce sont généralement les " lycéennes" ou " collégiennes " (les élèves du secondaire).

* Qu'est-ce qui amène les femmes à pratiquer l'avortement provoqué ? Elles considèrent qu'il a beaucoup d'avantages.

En premier lieu, la grossesse est indésirée mais elle permet de vérifier que on peut procréer ; c'est un test avant d'avoir trouvé un mari. Une fois le test concluant, on procède à l'avortement.

Deuxièmement, on ne le fait pas tout le temps mais une fois en passant. Ce n'est pas une corvée. On préfère utiliser des médicaments (à boire ou à purger ou encore sous forme d'ovule gynécologique) 2 ou 3 jours voire une semaine avant la date prévue des règles, ou encore faire un curetage, plutôt que de prendre des comprimés (pilules) ou d'utiliser des spermicides tous les jours, des préservatifs autant de fois qu'on a des rapports sexuels, une injection pour 1 ou 2 mois mais qui fait saigner tous les jours sans contrôle, etc...

Et puis troisièmement, "c'est moins cher" (quand c'est à l'indigénat). "On peut payer à crédit" (on donne un peu et on paye le reste ensuite). On peut dans certains cas payer en nature (par exemple on peut donner un complet de pagne déjà porté).

¹³ *Bobodouman*, c'est aussi une malformation de l'utérus ou de la porte d'entrée de celui-ci (le col) qui empêcherait la fécondation.

¹⁴ Une dame, c'est une femmes considérée comme « responsable » par : son habillement, son comportement et parfois par son niveau d'instruction.

De plus, quand on paye à la clinique ou dans un hôpital, le suivi et les médicaments sont compris, sauf en cas de complication.

En cinquième lieu, on se marie ou on rentre en ménage de plus en plus tard (et non précocement comme les générations d'avant). Or la sexualité est de plus en plus précoce ; certaines filles ont aujourd'hui des rapports sexuels avant même la puberté, avant les premières règles ; on préfère ne pas faire d'enfants avant d'être en ménage ou d'avoir atteint un certain âge (25 ans par exemple). L'avortement ici "permet de gérer le désir ou le refus d'enfant".

Sixièmement, les parents imputent cette pratique à l'école, à la scolarisation des filles : des parents refusent d'envoyer leurs filles à l'école de peur qu'elle se fasse engrosser. Effectivement une importante quantité de scolarisées s'adonnent à l'avortement parce qu'elles ont "peur des repréailles" familiales et/ou "peur d'interrompre leurs études".

La septième raison, c'est "le manque d'information" sur le planning familial, la contraception, les dangers de l'avortement, etc...

D'autres raisons sont évoquées. Par exemple, Adjoua a 3 enfants. Elle a pris les pilules pendant 2 ans ; la plaquette coûtait moins de 1000 F/mois. Adjoua a arrêté car elle avait la maladie du djèkwadio (qu'on traduit abusivement par paludisme). Elle a fait 4 avortements en 6 ans (entre son deuxième et son troisième enfant).

" Je comptais les jours de mon cycle pour ne pas tomber enceinte. Et au cas où je suis enceinte, je vais à la clinique. C'est une clinique spécialement pour avortement. On paye 25 000 F y compris les médicaments ou bien 20 000 F sans les médicaments. J'ai fait mes 4 avortements chez le même docteur¹⁵. Il ne m'a jamais conseillé les pilules. C'est un chercheur d'argent (sika koundè lè en baoulé). C'est mon mari qui me donnait l'argent pour aller avorter. Il ne voulait pas beaucoup d'enfant (...). Après ça, une femme du village m'a montré la contraception à l'indigénat : je paye des feuilles au marché à 50 F pour la semaine. Je commence à me purger avec ça tous les matins, une semaine avant la date de mes règles. Dès que les règles arrivent, j'arrête et je recommence le cycle suivant".

En comparant les pilules contraceptives et la contraception traditionnelle qu'elle a connue, Adjoua préfère l'indigénat car :

- c'est moins cher (50 F au lieu de 20 000 F).
- c'est moins compliqué : contrairement à la pilule contraceptive, on peut oublier de se purger mais se rattraper à tout moment
- on n'est pas obligé de prendre à la même heure comme c'est le cas pour la pilule.
- c'est plus discret :

" Quand on te voit devant l'étal d'une vendeuse de médicaments, on s'imagine que tu es malade mais on ne sait pas ce que tu as. Or quand tu vas à la PMI (AIBEF) tout le monde sait que tu es venue pour ne pas faire enfant ; si on ne peut pas se passer de pilules alors il faut les acheter au marché parce que c'est le même prix qu'à la PMI (150 F/la plaquette/mois) et on n'est pas montré du doigt".

Certaines femmes et jeunes filles pratiquent l'avortement provoqué parce qu'elles n'aiment pas les pilules contraceptives pour plusieurs raisons : Ca fait grossir, ça rend stérile : selon Nguessan (20 ans) :

" Il paraît que quand tu prends la pilule pendant longtemps (2ans), tu ne peux plus faire d'enfants, et ça donne des maladies telles que fibrome et kyste. Pour d'autres, les injections font saigner en dehors des règles ; or ce n'est pas bien parce que " le sang finit " et on s'imagine qu'on est anémiée. Les injections " coupent les règles " (on a des aménorrhées) ; et pourtant c'est à travers les menstrues que " sortent toutes les saletés de la femme sinon, on est malade".

¹⁵ Le docteur, c'est le soignant ; il peut être médecin, infirmier (ère), sage-femme, fille ou garçon de salle parfois etc.

Conclusion

Cette étude a permis de montrer que l'avortement, bien que illégal en Côte d'Ivoire est une pratique courante. C'est une sphère illicite mais généralisée et banalisée même si on n'en parle pas ou peu. L'avortement est au cœur des conflits de normes sociales : il est interdit par la loi sauf quand on avance un motif thérapeutique, il est réprimé par la société qui magnifie les naissances et la fécondité ; et pourtant, c'est la même société qui implicitement, par ses représailles, pousse parfois à l'avortement. C'est la société qui condamne les grossesses hors mariage, c'est la même qui condamne les grossesses rapprochées et les grossesses chez les femmes qui allaitent, etc. Jusqu'à une date récente en Côte d'Ivoire, les jeunes filles en grossesse étaient renvoyées de l'école. Toutes ces pratiques répressives constituent une incitation morale à l'avortement.

L'avortement est considéré par la population féminine (et même par certains hommes) comme une pratique contraceptive. En effet pour ces personnes, la "contraception", ce n'est pas faire quelque chose pour ne pas avoir une grossesse mais c'est faire quelque chose pour qu'un enfant ne naisse pas. L'enfant, c'est le " tampon ", c'est le " diplôme ", c'est le " drapeau " : c'est un marqueur social qui indique qu'on a eu des rapports sexuels et qu'on n'est pas sage quand on est célibataire par exemple. Tant qu'une jeune fille non mariée n'a pas eu d'enfant, elle est considérée comme sage.

La contraception, c'est aussi faire quelque chose pour ne pas qu'une grossesse soit visible. C'est pour cela que l'avortement provoqué est utilisé comme une méthode de planification familiale ; il peut être lié au refus d'enfant (les femmes qui ne souhaitent plus avoir d'enfant, les écolières et élèves, ...) et il peut être lié aussi au désir de maîtriser la fécondité (les femmes qui allaitent,

On considère qu'on a fait un "avortement" lorsque la grossesse est visible (le ventre a grossi) ou bien lorsqu'on a attendu les règles durant deux mois ; on estime que c'est à cet âge que la grossesse commence à être " visible " de par ses symptômes : vomissement, nausées, . En attendant l'avortement, on cache, on n'exprime pas les signes de la grossesse car il faut sauver les apparences. L'avortement est donc une prévention de la grossesse visible ; on estime qu'il faut éviter le regard des autres. Pour cela, toutes les techniques sont utilisées, des plus douces vers les plus violentes, des plus bricolées vers les plus élaborées, etc.

La question de l'avortement est un problème de santé publique important bien qu'il soit occulté dans les politiques nationales de santé. Partant de ces constats et analyses, quel type de contraception faut-il proposer ? Comment diffuser les méthodes contraceptives ? Quelle politique de planning familial ?

CONCEPTIONS ET PRATIQUES DE L'AVORTEMENT EN PAYS SONGHAY-ZARMA.

A. Moumouni *

Au Niger, les avortements constituent un véritable problème de santé publique. Ils sont parfois responsables de la mort de nombre de femmes qui n'arrivent pas à obtenir une assistance médicale appropriée. Ce sont les femmes rurales qui sont les principales victimes; vivant dans des localités dépourvues de structures médicales, elles sont abandonnées à elles mêmes, ou contraintes de parcourir de longues distances pour aller à un centre de santé.

Dans les villes où les zones dotées de centres de santé, les risques liés à l'avortement ne se présentent pas de manière identique. Villes et campagnes sont confrontées au phénomène de l'avortement dans toutes ses formes, malgré le silence officiel qui entoure par exemple l'avortement clandestin. La loi nigérienne interdit et punit toute forme d'avortement volontaire. Sous le régime de la dictature de Kountché, une lutte sévère a été menée contre les contrevenants. Bien des agents de santé, des guérisseurs et leurs clients en ont fait les frais. Kountché, soucieux de la sauvegarde des "bonnes mœurs", ne tolérait pas le "dévergondage sexuel". Il y eut plusieurs affaires d'avortements, largement médiatisées, dont les acteurs furent emprisonnés. Ainsi l'affaire de ce jeune infirmier qui avait avorté la sœur de sa maîtresse ; l'opération s'était mal déroulée, la police politique fut informée et l'infirmier passa plusieurs années en prison, avec interdiction d'exercer sa fonction pendant un certain temps.

Dans la collecte des matériaux de terrain, au plan méthodologique, l'approche diffère selon qu'on s'intéresse à l'avortement provoqué ou non provoqué, puisqu'il y a des fortes réticences vis à vis de tout débat autour de l'avortement provoqué, et la menace de répression pénale empêche les acteurs et actrices d'évoquer la question.

Nous avons tenu compte des considérations pénales et morales pour ajuster notre stratégie d'enquête à l'objet. Pour cela, nous avons privilégié l'approche par réseaux, menant des entretiens auprès des personnes de notre réseau de connaissances ou auprès des personnes qui nous ont été recommandées par des amis. Ce réseau était pour nous une clé d'entrée et une assurance de sécurité pour nos enquêtés. L'obligation de confidentialité devait être absolument signalée aux interlocuteurs afin de les mettre en confiance. Malgré toutes ces garanties, il n'est toujours facile de briser le mutisme des filles ou des femmes concernées. Pour les hommes le problème se pose moins : ils répondent facilement à l'invitation au dialogue ; pour certains, nous savions au préalable qu'ils avaient été confrontés à un cas d'avortement, et l'entretien n'est dans ce cas qu'une évocation de souvenirs entre amis. Enfin notons que le recours à l'enregistreur n'était parfois pas accepté par nos interlocuteurs. Nous sommes donc tenus à la prise de note¹.

Définitions de l'avortement provoqué et non provoqué.

Les *songhay-zarma* distinguent deux catégories d'avortement : l'avortement provoqué et l'avortement non provoqué. L'un se dit *gunde zeeri yaN*, "terrassement du ventre", ou *gunde mun yaN* "ventre versement" ; tandis que l'autre se nomme *gunde hasaraw*, "dégât du ventre", *gunde kaN yaN*, "ventre tombé", *ize fur yaN*, "enfant jeté"... Ces différents termes traduisent les circonstances de l'action. Dans le cas de l'avortement provoqué, l'intentionnalité de l'action ressort

* Doctorant (EHESS – Marseille).

¹ NB : les résultats seront complétés par d'autres enquêtes en cours.

clairement. Elle est marquée par les différents verbes d'action : *zeeri yaN*, "terrasser" et *mun yaN*, "verser". Tandis que dans l'exemple de l'avortement non provoqué, l'action est passive. On estime que c'est un accident malheureux faisant partie des risques maternels :

"La grossesse est un risque permanent pour les femmes. Quand une femme est enceinte, les *Zarma* disent qu'elle a un pied dans l'au-delà et un autre dans le monde ici-bas. C'est vraiment une personne à risque. Certaines femmes n'arrivent pas à mener leur grossesse à terme. Elles font un avortement involontaire. C'est Dieu qui l'a voulu ainsi, personne ne peut rien".

Selon qu'on est en présence de l'un ou l'autre type d'avortement, les attitudes et les représentations changent. Si, comme nous l'avons évoqué ci-dessus, l'avortement non provoqué est conçu comme un accident qui suscite compassion et solidarité à l'égard de la victime, tel n'est pas le cas de l'avortement provoqué qui est le plus souvent associé à des rapports hors mariage :

"Ce sont des filles et des femmes non mariées qui se livrent à de telles pratiques".

Causes de l'avortement provoqué et non provoqué

L'avortement provoqué

Les raisons avancées sont d'ordre social, professionnel et économique.

Souvent, la condamnation par le milieu des grossesses hors mariage conduit au recours à l'avortement :

"Tu seras insultée par ta famille et ton entourage. Et pour moi c'est difficile à supporter, j'ai donc accepté de me faire avorter" (Z.N.)

Les propos d'une matrone illustrent bien cette pression :

"Si on m'appelle pour faire accoucher une fille qui est tombée enceinte n'importe comment, cela m'embarrasse beaucoup, j'ai même refusé d'aller, car je sais que si les marabouts l'apprennent, ils diront que ce n'est pas le chemin qu'il faut suivre. Avant, même le premier vagissement d'un bâtard, les gens se sauvent, car on dit que celui qui l'entend ira en enfer. C'est l'infirmier major qui m'a obligé à m'en occuper". (M.B.)

Parfois c'est pour sauver le mariage des parents :

"Si mon père apprend que je porte une grossesse, il risque de répudier ma mère car il dira qu'elle est ma complice".(Z.N.)

Des enjeux matrimoniaux ou professionnels déterminent parfois la décision d'avorter :

"Je ne suis pas sûr que mon copain acceptera de me marier en cas de naissance hors mariage". "Nous avons pris la décision d'avorter pour ne pas perturber le cycle scolaire de ma copine. Avec un enfant, elle risque de ne pas suivre convenablement ses cours, surtout qu'elle est dans une classe d'examen".(S.G.)

"Sous le régime Kountché, quand tu engrosses une fille élève, ou bien tu l'épouses, ou bien tu es radié de la fonction publique. Certains sont donc obligés de procéder à un avortement clandestin".(A.Y.)

Le coût d'entretien d'une mère et de son enfant motive aussi la décision d'avorter :

"Je suis encore à la charge de mes parents, je n'ai ni boulot, ni revenu régulier pour supporter un enfant. Dans ces conditions, il est hors de question d'avoir un enfant. Mais si j'avais des moyens financiers, il n'y aurait pas d'inconvénient. Quand ma copine m'a parlé de l'arrêt de ses règles, j'ai passé toute la nuit les yeux grandement ouverts, j'avais beaucoup de soucis. Je me posais mille et une questions. Je mangeais peu. Mon seul souci était de trouver un moyen pour faire disparaître cette grossesse. C'était également la préoccupation de mon amie, mais on n'osait en parler à personne. Les jours passaient et les malaises de ma copine augmentaient de plus en plus. Maux de tête, vomissements et manque d'appétit se succédaient. On a peur que ses parents le sachent, il fallait envisager immédiatement une solution, mais à qui se confier ? Je n'avais pas d'argent, elle non plus. Dans mes réflexions multiples, une idée me vint à l'esprit. c'est celle de solliciter un recours financier auprès d'un ami d'enfance, comptable dans une société. Mais quel motif

invoquer pour solliciter son concours ? J'ai décidé de prendre mon courage et lui dire tout mon problème. Heureusement, quand je suis passé le voir il a pris son temps pour m'écouter et prendre financièrement en main mon problème. Il me remit une somme de vingt mille francs grâce à laquelle on entreprit des démarches auprès des gens qui font l'avortement. Mais où les trouver et comment les approcher ? Je n'avais aucune idée. Ma copine, elle, a entendu parler de quelqu'un, un zima² qui fait les avortements. Ensemble on décida d'aller un soir le rencontrer et lui exposer le problème. Après quelques salutations d'usage, je lui expose l'objet de notre visite. Soudain, il sursaute de sa natte où il était assis me disant ceci: vous vous êtes trompés, je ne fais pas ce genre de pratique. Sa réaction était légitime, il fallait s'y attendre car en pareille circonstance on doit mettre la personne en confiance. J'étais en train de le supplier quand un de ses amis que je connais est venu, ce qui a permis de le rassurer. Du coup il m'a demandé le nombre de mois de la grossesse, je lui ai dit que c'est le premier mois. Il dit que c'est facile à avorter. Il m'a dit le prix de sa prestation (15.000 frs) à payer de suite. En échange il nous a remis un médicament fait d'un cocktail de plusieurs plantes dont l'effet abortif est immédiat selon lui. Sur place il ordonne à ma copine de boire ce médicament au goût semble-t-il très amer. Sur ce, nous primes congé de lui et rentrâmes chez moi pour observer l'effet du médicament. Vers minuit le médicament commença à manifester ses effets à travers des douleurs insupportables, puis aux environs de une heure, ma copine commença à saigner, avec des douleurs atroces. On commença à s'inquiéter de plus en plus, car le sang coulait abondamment. Je décidai de l'amener à la maternité, autrement elle allait mourir. J'arrêtai un taxi et nous montâmes à bord. Arrivée à la maternité, elle a été admise directement en urgence, et moi j'attendais à la porte. C'est là qu'elle a pu être sauvée et traitée. Ses parents ont fini par savoir l'aventure malheureuse de leur fille, mais il paraît que le père n'a pas été mis au courant de l'affaire. J'avoue que c'est une expérience que je ne recommencerais jamais. Mariée actuellement avec un autre monsieur, cette copine a trois enfants".

Cependant il n'y a pas que les célibataires qui se livrent à la pratique de l'avortement provoqué. Certaines femmes dont les maris ont dû migrer contractent des grossesses en l'absence de ses derniers, et elles avortent. Par ailleurs, des troubles conjugaux poussent aussi des femmes à avorter ; par un tel acte, elles pensent faire du tort au mari. Enfin, il faut remarquer que les avortements involontaires chez les femmes célibataires sont souvent considérés comme volontaires par la société, on pense toujours que c'est un acte délibéré.

Pour la responsable de la maternité de *Gaweye*, les filles qui pratiquent l'avortement ont entre 18 et 25ans. En général, elles n'auraient aucune connaissance des questions obstétricales et utiliseraient peu les méthodes contraceptives ; ce sont majoritairement des filles issues des milieux défavorisés de la ville de Niamey, et certaines d'entre elles pratiquent la prostitution de rue devant les cinémas ou les night club. Notre interlocutrice ne parlait que des cas arrivant dans son centre. En fait la réalité est toute autre, puisque les filles des classes moyennes et de la bourgeoisie sont aussi concernées par le phénomène de l'avortement volontaire, disposant de moyens supplémentaires et ayant recours à des techniques plus élaborées que les filles de la rue ou des quartiers populaires.

Il se raconte à Niamey que certains cabinets privés pratiquent clandestinement des avortements. A l'étape actuelle de la collecte de nos données, nous n'avons pu entrer dans le secret de ces officines.

L'avortement non provoqué

Il y a plusieurs causes qu'on peut répartir en deux grandes rubriques: les causes physiques et les causes sociales.

Parmi les causes physiques évoquées, il y a la maladie, la faim et la souffrance. Ainsi par exemple, les services de santé imputent parfois la fausse-couche à un accès pernicieux :

" Une forte fièvre peut provoquer un avortement". (G.B.)

On entend dire également que :

"Le fait qu'à une femme enceinte ne mange pas à sa faim peut causer un avortement". (G.B.)

De même une femme enceinte qui travaille beaucoup et s'adonne à des travaux pénibles tels que puiser de l'eau, porter des fagots de bois, risque d'avorter. Or au village, être enceinte n'épargne pas à une femme les travaux domestiques habituels.

² Prêtre magicien chargé des cultes de possession.

"Si tu vas en consultation, l'infirmier te dit de ne pas faire les travaux pénibles tels que prendre un seau d'eau, alors qu'au village, tant que tu te portes en bonne santé, tu vas travailler. Si tu refuses de le faire on traitera de paresseuse, tu seras couverte de honte, car autour de toi, toutes tes camarades qui sont dans le même état travaillent" (S.B.)

A titre d'exemple, nous présentons le cas d'Amina³.

A la suite d'un accident de moto avec son copain, Amina Amadou s'est présentée le 19/04/99 à la maternité pour des douleurs du bas-ventre :

" Je suis tombée de moto et je me suis blessée au pied. Après j'ai eu une forte fièvre. Je suis arrivée ici vers 15 heures. Ce sont les filles de salle qui m'ont accueillie. La sage-femme m'a examinée et m'a fait une injection. En venant de la maison, il y avait déjà de l'eau qui coulait. C'est au crépuscule, vers 19 heures que le sang a commencé à couler dans la salle d'accouchement et c'est fini peu après. Les soignantes m'ont dit que mon avortement est dû à la fièvre. J'ai déjà accouché dans ce centre et j'en étais satisfaite. C'est pourquoi j'y suis revenue.

À propos d'Amina, la sage-femme nous a donné les précisions suivantes :

" Nous avons admis cette fille dans nos services pour une menace d'avortement tardif. Elle est arrivée ici avec une température de 39°5. Elle a eu un accès de palu que nous avons dû traiter. Son fœtus avait 6 mois. Il était de sexe masculin. Nous avons aussi nettoiyé et traité la plaie qu'elle avait au pied ".

Amina apprécie la propreté des locaux de la maternité. Enfin, dès que sa mère sera là " elle fera un geste envers les soignantes parce que cela est normal⁴ ".

Dans les conceptions autour de l'avortement, le mauvais sort (*kotte*), la mauvaise langue (*deene*) ou les génies (*ganjey*) sont des causes évoquées par les interlocuteurs. Ils sont donc des menaces importantes qui planent sur toute l'évolution de la grossesse. Pour cela, des pratiques préventives sont effectuées pour contrecarrer toute action maléfique contre la femme enceinte. Les gens issus des milieux fortement islamisés font fi de ces croyances relatives aux génies, mais pratiquent néanmoins des *fatia* (bénédictions) ou des *hantum hari* (eau bénite) pour solliciter la grâce de Dieu.

Les signes annonciateurs de l'avortement en milieu populaire.

Ce sont l'écoulement de sang (*kuri doru yaN*), les vertiges (*mo binni*), la fièvre (*konni*), les tremblements (*jijiri yaN*). Les douleurs au ventre, l'écoulement de sang et la fièvre sont les signes plus significatifs. Les vertiges et les tremblements interviennent parfois après coup. Une femme raconte:

"Ma première grossesse avait trois mois quand j'ai avorté. Au début c'étaient des douleurs vives au ventre et un écoulement de sang, qui ont fini par un avortement. Après la délivrance, j'avais une forte fièvre et des vertiges. J'avais perdu aussitôt connaissance, je ne savais plus ce qui se passait. Transportée au dispensaire, c'est là que je suis revenue à la vie" (K.B.)

On pense en général que la sortie du fœtus est provoquée par l'écoulement du sang. C'est pourquoi l'écoulement sanguin est vécu anxieusement par la femme enceinte. Il peut arriver que des femmes ignorent leur état de grossesse et donc ne peuvent soupçonner un quelconque avortement. On les appelle *anabi wey* "femme du prophète". Selon la conception locale, certaines femmes *annabi wey* n'ont pas de menstrues pendant certaines périodes de leur cycle génésique et sont donc parfois surprises par la venue d'une grossesse. Les enfants mis au monde dans ces conditions sont nommés (*ize kwaray*) enfants blancs, et sont considérés comme détenteurs de pouvoirs magiques, leurs prédictions sont prises au sérieux :

³ Récit rapporté par Hadiza Zangrow de l'équipe socio-anthropologique de l'IRD Niamey.

⁴ Le copain d'Amina a voulu s'introduire dans la salle d'accouchement malgré le refus catégorique du personnel (une sage-femme, trois filles de salle, l'infirmière, la directrice). Une dispute s'en est suivie entre lui et la directrice.

"Bien souvent les événements qu'ils prédisent se réalisent. C'est pourquoi, on leur interdit d'évoquer ce qu'ils ont vu pendant le sommeil" (G.B.)

Les pratiques liées à l'avortement

Lorsque l'avortement intervient, la femme est soumise à une série de traitements associant souvent traitement traditionnel et traitement biomédical pour prévenir tout risque de complications post-partum. Les remèdes traditionnels sont administrés pour évacuer le sang :

"Quand une femme avorte, on lui fait une série de bains chauds et de potions à base de masa (plante locale) pour faire sortir tout le reste de sang".

Nos interlocuteurs pensent aussi que les marabouts peuvent arrêter à l'aide de charmes magiques l'écoulement de sang annonçant un avortement imminent. Au village, en cas de rétention placentaire, on se réfère d'abord aux moyens traditionnels, puis, en cas d'échec, on a recours au centre de santé.

Les méthodes traditionnelles d'avortement provoqué sont l'œuvre de prêtre magiciens ou de marabouts utilisant des versets coraniques mélangés à des plantes. Ce sont surtout les prêtres magiciens (*zima*) qui sont connus pour les pratiques abortives. Certains passent par la médiation de *Nya beeri* (déesse de la maternité) pour opérer. Dans ce cas c'est le génie qui ordonne les sacrifices à faire. D'autres font directement usage des plantes dont ils connaissent les vertus abortives. Il n'y a pas un tarif fixe chez les prêtres magiciens, tout se négocie.

Les femmes ont aussi recours à des méthodes "bricolées" qui consistent, par exemple, en l'introduction de tige de mil ou de permanganate dans le vagin. Ces méthodes dangereuses ne nécessitent pas l'intervention d'un tiers. Le plus souvent elles finissent par une intervention médicale à la maternité ou dans un centre de santé.

Il y a aussi l'injection de certains produits pharmaceutiques pratiquée dans des maisons clandestines tenues par des "médecins ghanéens". Les tarifs pratiqués sont généralement de 5000 cfa par mois de grossesse. Si la grossesse est de trois mois, la cliente paie 15.000 cfa. Dans ce cas également l'avortement est souvent suivi de complications, et les femmes sont référées à la maternité.

INTERACTIONS ENTRE POPULATIONS ET PERSONNELS DE SANTÉ LORS DES CONSULTATIONS PRÉNATALES DANS UNE MATERNITÉ RURALE (BURKINA FASO)¹

Fatoumata Ouattara*

Cette enquête avait pour objectif l'étude des conceptions populaires des risques associés à la grossesse, la gestion de ces risques pendant la grossesse et plus particulièrement les représentations paysannes à l'égard des soins prénatals. Il s'agissait par ailleurs d'appréhender les discours et les pratiques savants à l'occasion de ceux-ci. En somme, la prise en compte des interactions entre paysannes et personnel soignant était au fondement de cette enquête.

L'enquête a été réalisée du 18 au 31 octobre 1999 dans le village senufo de Kourouma situé à 90 kilomètres de Bobo-Dioulasso. Ce village compte environ 5000 habitants composés majoritairement de Senufo mais aussi de populations mossi et peul. Le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) villageois² dont dépend la maternité est aussi une référence pour les populations (environ 25000 personnes) d'une douzaine de villages environnants³. En cas de défaillance de soins au niveau du CSPS, les malades sont envoyés au centre médical départemental de Ndorola (situé à 17 kilomètres) ou bien au district sanitaire provincial de Orodora (80 kilomètres) où il y a des sages-femmes et un gynécologue ou enfin à l'hôpital national de Bobo-Dioulasso où sont dispensés des soins de chirurgie et de gynécologie obstétrique.

Les données ont été essentiellement recueillies au sein de la maternité ; une trentaine d'entretiens ont ainsi été réalisés avec les femmes enceintes qui venaient pour des consultations prénatales ou qui venaient d'accoucher. Des entretiens ont été aussi conduits avec la matrone, l'accoucheuse villageoise, l'agent itinérant de la santé et l'infirmier diplômé d'état (IDE) qui est le chef de poste du CSPS villageois. En dehors de la maternité, je me suis entretenue avec un père de famille sur ces conceptions par rapport à la grossesse, aux CPN et à l'accouchement. D'une manière générale, l'entretien apparaît comme un outil d'enquête limité dans l'étude des interactions. Il a donc fallu passer du temps à la maternité pour observer ce qui se passait pendant les CPN et pendant les accouchements.

* Chercheur associé au SHADYC (Marseille).

¹Le choix thématique de cette étude a été inspiré par un programme de recherche (CNRS-EHESS-IRD), "la négociation des risques en santé de la reproduction" dont l'objectif principal est l'étude des perceptions des risques liés à la grossesse chez les femmes (enceintes, accouchées) et chez les soignants.

²Le CSPS de Kourouma est géré par une équipe de neuf personnes : un infirmier diplômé d'état (le chef de poste), un deuxième infirmier diplômé d'état (le responsable des hospitalisations), un infirmier breveté (responsable des soins infirmiers), un agent itinérant de la santé (responsable des programmes de vaccination et de santé maternelle et mobile), une matrone (responsable de la maternité, de la santé maternelle et de la planification familiale), une accoucheuse villageoise, une gérante du dépôt de médicaments essentiellement génériques, une adjointe de l'action sociale et de la sensibilisation.

³L'aire sanitaire du CSPS de Kourouma couvre les villages de Gnignana, Djigouera, Sabou, Sougouma, Fara, Zamakoloko, Toukourna, Katafona, Doumbourla, Foullasso, Kabala, Kokoro, Faranga, Guiguima et Sadina. Dans tous ces villages à l'exception des deux derniers, il y a un agent communautaire de santé et une accoucheuse villageoise.

La grossesse

Discrétion autour de la grossesse et incertitude autour de l'accouchement

La grossesse se dit *laane*, littéralement "ventre". Mais on distingue les phases de la grossesse par des termes variés. Ainsi, jusqu'au 3^{ème} mois, on parle de "petit ventre" (*lapiine*) ; au-delà du troisième mois, il s'agirait de "ventre" *laane*, et après le septième mois l'expression "ventre mûr", *laliene*, est utilisée pour désigner une grossesse.

Le système normal senufo recommande la discrétion de la femme par rapport à son état de grossesse. Autrement dit, une femme bien élevée, qui a le sens du savoir-vivre, qui "connaît la honte" n'annoncera pas en public son état de grossesse. Une grossesse doit se laisser apercevoir dans l'entourage. Mais cette discrétion - surtout quand la grossesse n'est pas encore visible - reflète aussi l'incertitude par rapport à l'évolution de la grossesse. Jusqu'au troisième mois, on se demande si la grossesse va tenir. Le conjoint n'est généralement informé qu'aux environs du troisième mois, c'est-à-dire quand la femme est sûre qu'il s'agit bien d'une grossesse.

"J'attends toujours le 3^{ème} mois avant d'annoncer à mon mari que je suis enceinte. Avant 3 mois, on ne peut pas savoir comment ça va tourner (Mariam Konaté, 3 enfants, 2 fausses couches, 3 enfants morts en bas âge)".

On n'annonce pas sa grossesse, elle se donne à voir. Cependant, indépendamment de la discrétion recommandée sur l'annonce de la grossesse, certaines femmes, en l'occurrence les jeunes primipares, à cause de leur ignorance en matière de fécondité disent avoir été informées de leur état de grossesse par de vieilles femmes ou par le conjoint attentif aux signes de changement corporel (noirceur des bouts de seins, vomissement, etc...). D'autres attendront une visite médicale pour apprendre qu'elles sont enceintes.

Craintes et incertitudes entourent la grossesse. Toute la durée de la grossesse est vécue comme une période d'appréhension surtout par rapport à son issue, c'est-à-dire l'accouchement. Cette crainte face à l'accouchement est exprimée dans une phrase qui revient sans cesse : "Avec la grossesse, on se demande toujours comment on va s'en sortir". Cette incertitude conduit souvent les hommes à consulter un devin pendant la grossesse ou en cas d'accouchement difficile d'une épouse. Car l'accouchement est considéré comme une épreuve pendant laquelle une femme risque sa vie. Même à la maternité, pour un cas d'accouchement difficile, une matrone n'hésitera pas à formuler des prières et demandera également aux parents d'une parturiente de prier.

"Souvent je suis moi-même dépassée, ce n'est pas moi qui porte la grossesse, mais ça me dépasse. Alors je prie Dieu pour que la femme s'en sorte bien dans mes bras. Souvent je dis aux accompagnateurs de prier Dieu pour qu'il nous aide, que la femme s'en sorte, je fais cela pour ne pas les décourager". (Albertine Diarra)

L'alimentation et la médication pendant la grossesse

La consommation de certains aliments pourrait entraîner une fausse-couche. Le miel est cité comme un aliment qui peut entraîner une fausse-couche. La consommation d'un interdit alimentaire du conjoint pourrait être à l'origine d'une fausse-couche. Ainsi, une femme aurait perdu sa grossesse après avoir mangé de la viande de lièvre, l'interdit alimentaire de son mari. Il est dit aussi que la consommation de piment et de thé pendant la grossesse rendrait l'enfant nerveux.

La consommation exagérée d'autres aliments serait perçue comme un facteur de risques à l'accouchement. Ainsi, les vieilles femmes déconseillent aux plus jeunes de consommer pendant la grossesse du lait, des fruits (bananes, mangues, oranges, citrons) pour éviter que l'enfant soit trop gros et rende ainsi l'accouchement difficile.

"Les vieilles disent que quand on est enceinte et qu'on mange les aliments qui contiennent beaucoup de vitamines cela peut entraîner un accouchement difficile. Elles n'acceptent pas qu'on mange ces aliments. Les soignants nous disent au contraire de bien manger pour avoir des vitamines dans le corps. Moi j'évite de manger les aliments qui contiennent des vitamines car j'ai peur de souffrir pendant l'accouchement". (Djata Traoré)

Sous les conseils toujours de femmes plus âgées, il est banal que les femmes enceintes utilisent des décoctions en boisson ou en lavements généralement comme traitements de la constipation ou du paludisme. Par contre une jeune femme enceinte me confiait qu'à cause de l'amertume de ces potions et décoctions conseillées par sa grand-mère, elle préférerait attendre l'accouchement pour les faire boire au bébé.

Les questions du travail et du repos pendant la grossesse

Certains gros travaux sont perçus comme pouvant entraîner des fausses couches. Par exemple, casser des gros morceaux de bois, piler de grandes quantités de céréales ou faire des gros travaux champêtres sont des activités qui pourraient selon les paysannes, être à l'origine de l'échec d'une grossesse. Cependant le repos est blâmé chez la femme enceinte.

Le repos prolongé de la femme enceinte sans maladie apparente est mal vu en milieu senufo. Une femme enceinte qui décide de réduire son travail à cause d'une grossesse sera critiquée comme une paresseuse.

"...Ici quand on est enceinte et qu'on ne travaille pas, les vieilles disent qu'on est paresseux, c'est pour cela qu'on continue de travailler". (Djata Traoré)

En outre, Alors que le personnel soignant conseille le repos pendant la grossesse, les vieilles femmes considèrent qu'une femme enceinte doit éviter de trop se reposer pour ne pas avoir un accouchement trop long.

" Ils (les soignants) nous disent de ne pas trop travailler pendant la grossesse, mais nous continuons car les vieilles disent que si la femme ne travaille pas pendant la grossesse, elle aura du mal pour accoucher". (Sali Traoré)

Contrairement aux agents de santé qui conseillent le repos aux femmes enceintes, les conceptions populaires considèrent au contraire que le manque d'activité pendant la grossesse conduit à un accouchement lent.

Afin de parer aux risques encourus pendant la grossesse et l'accouchement, la santé publique a mis les CPN à la disposition des femmes. Mais qu'en est-il des CPN et de leurs suivies ?

Les consultations prénatales

Les consultations prénatales sont-elles suivies ?

Les CPN ainsi que les consultations post-natales sont communément appelées par les populations et par le personnel soignant " pesées ". Le personnel médical recommande aux femmes trois CPN pendant leurs grossesses. Mais en réalité, les femmes ne viennent à la première CPN qu'après le troisième mois de grossesse. Pour encourager le suivi des CPN, les agents de santé organisent souvent des réunions avec les femmes. Lors d'une réunion avec les présidentes et les secrétaires des associations féminines de Kourouma et des villages environnants, le chef de poste s'adressait aux participantes :

"Nous voulons bavarder avec vous, nous avons du travail à faire ensemble. Ce sont les femmes qui doivent venir pour la vaccination, les pesées et c'est pour cela que nous avons voulu appeler les présidentes et les secrétaires des associations. Il faut en tout trois pesées pendant la grossesse, mais ces pesées ne sont pas suivies, (...) les femmes ne viennent pas. A la première pesée on cherche à savoir s'il s'agit bien d'une grossesse, à la deuxième, on contrôle la position de l'enfant et à la troisième on vérifie si l'accouchement va bien se passer. Nous allons effectuer des tournées tous les mois avec les matrones pour discuter avec les femmes enceintes". (Amadou Ouattara)

Les conseils donnés aux femmes pendant les réunions sont regroupés sous l'appellation : Information – Education – Communication (IEC) qu'un agent de santé résumait de la manière suivante :

"Pendant la grossesse, la femme a besoin de beaucoup d'oxygène, si elle en manque, il peut avoir une souffrance fœtale. Elle doit habiter dans un environnement sain c'est-à-dire non pollué dans des maisons aérées. Elle doit porter des habits amples. Au niveau de l'hygiène, la femme doit manger des aliments variés, des aliments riches en protéines pour permettre le développement de la grossesse, elle doit manger des aliments riches en glucide, en lipide et en calcium. Pendant la grossesse, nous devons conseiller la femme de prendre des antipaludéens, c'est pourquoi pendant la CPN nous prescrivons de la chloroquine parce que le palu peut entraîner une fausse-couche ou de l'anémie. Pendant cette période, il faut vacciner la femme contre le tétanos. Il faut informer la femme des conséquences des maladies sexuellement transmissibles (MST). Il faut aussi surveiller la femme en cas d'hémorragie, de fièvre, d'œdème, de rupture prématurée des membranes, on prépare également la femme à l'accouchement en ce qui concerne le trousseau de la mère et de l'enfant. La mise au sein et les soins au nouveau-né, elle doit éviter la prise de tout produit à domicile. Nous donnons aussi des conseils après l'accouchement, par exemple, ne pas donner de l'eau à l'enfant avant 6 mois, ne pas le gaver, mais les mères continuent à gaver les enfants une fois quand elles quittent la maternité. Après l'accouchement, on doit lui parler du planning familial afin qu'elle puisse espacer les naissances. L'IEC se fait en règle générale pendant les réunions. Pendant les CPN, on demande aux femmes si elles ont mal, mais il arrive qu'on se rende compte que ça ne va pas dès la prise de la tension". (Ollé Sou)

Indépendamment de ces réunions dites de sensibilisation, des mesures coercitives ont également été mises en place pour inciter les femmes à suivre les CPN et à accoucher à la maternité. Par exemple, le mari d'une femme devra payer une taxe de 5000 FCFA si sa femme accouche à domicile sans avoir suivie les CPN, 2500 FCFA s'il s'agit d'un accouchement à domicile avec suivi de CPN, 2000 FCFA pour un accouchement en maternité sans CPN, 1500 FCFA s'il y a eu suivi des CPN et accouchement à la maternité.

En dépit de l'ignorance d'un état de grossesse, le facteur économique apparaît comme un facteur fondamental dans le retard de la première CPN. En effet, le coût minimum la première CPN est de 850 FCFA pour l'achat d'un carnet bleu que la femme présente aux CPN suivantes, à l'accouchement et à chaque consultation de l'enfant pendant ses premières années. La précarité économique de la femme l'oblige à attendre que son mari lui donne l'argent nécessaire pour se présenter à la CPN. De nombreuses femmes m'ont confié avoir attendu de longues semaines après l'annonce de la grossesse à leur conjoint avant que celui-ci ne leur donne l'argent pour pouvoir effectuer la CPN.

Par contre, une jeune femme semblait avoir été conduite à une CPN sous la pression de son beau-frère qui redoute les difficultés à l'accouchement. Cissé Djata, une jeune femme d'environ 18 ans porte sa première grossesse. Elle est au cinquième mois de grossesse et arrive à la maternité pour la 1^{ère} CPN accompagnée de son beau-frère. A la fin de la consultation, le beau-frère de Djata rentre dans la salle de consultations pour demander à la matrone de donner des conseils à "sa" femme car dit-il, "nous l'avons poussée, elle ne voulait même pas venir, et le jour de l'accouchement nous (les hommes) ne sommes pas tranquilles, nous 'courons' dans tous les sens". La matrone remet des comprimés à la jeune femme et lui donne des instructions, le beau-frère traduit en senufo ; il ressort suivi de sa belle-sœur, dans la salle d'attente il se retourne : " tu vois qu'ici tu n'es pas la seule, il y en a plein et toi tu dois être poussée... " Ces paroles entraînent des rires chez les autres femmes enceintes qui attendent pour la consultation prénatale.

Deux femmes interrogées ont affirmé s'être rendu aux CPN par leurs propres moyens économiques en raison de difficultés vécues à des grossesses antérieures.

Conceptions populaires des CPN ?

De l'avis de la présidente du groupement féminin villageois, la CPN serait une obligation pour une femme enceinte car ce suivi permet de diminuer les risques de fausses couches.

"Une femme enceinte doit aller à la CPN dès le 3^{ème} mois ; s'il y a un défaut les infirmiers le disent si on achète les médicaments ; cela peut éviter une fausse-couche, mais si Dieu le veut, même avec les médicaments ça n'empêchera pas la fausse-couche". (Sali Tiansoro Traoré)

Les femmes enceintes interrogées soulignent l'utilité et la nécessité des CPN. Les CPN permettraient de soigner les maladies de l'enfant avant la naissance :

" Quand on va à la pesée, on a les médicaments pour avaler, ces médicaments soignent l'enfant dans le ventre". (Bintou Ouédraogo)

Mais l'efficacité la plus attribuée aux CPN est celle qui permettrait de contrôler la position de l'enfant dans le ventre en réduisant ainsi les difficultés de l'accouchement.

"C'est bien d'aller à la pesée car si l'enfant n'est pas bien installé, c'est là qu'on peut le savoir". (Djata Traoré)

"La pesée peut sauver la femme, elle peut apporter la chance, par exemple si l'enfant n'est pas bien installé, on peut le savoir et arranger cela". (Djeneba Diarra)

"Quand nous allons à la pesée, si la chose n'est pas bien installée on peut nous aider". (Sognéré Sanogo)

Les CPN sont également perçues comme un lieu où l'on reçoit des conseils.

"Si nous allons à la pesée, ils peuvent voir si quelque chose ne se passe pas bien et nous le dire, ils donnent aussi des conseils". (Mariam Coulibaly)

Si les CPN sont représentées comme une occasion de chance, un lieu de conseil, comment se déroulent-elles en pratique ?

Déroulement et contenu des consultations prénatales : une chaîne opératoire ?

A la maternité de Kourouma, les CPN sont réparties sur deux jours de la semaine : le vendredi matin est réservé aux CPN des femmes résidant à Kourouma et la matinée du lundi (jour de marché de Kourouma) est réservée aux CPN des femmes des villages environnants. Les femmes attendent souvent de longues heures avant que la matrone décide de commencer les consultations : " je préfère, dit-elle, que les femmes soient nombreuses avant de commencer les consultations. " Un matin, il est environ 10 heures, la matrone bavarde et rit aux éclats dans une pièce de la maternité avec une amie alors que cinq femmes attendent depuis plus d'une heure pour les CPN. Une femme enceinte réagit :

"Fanta (prénom musulman d'Albertine) ! Vient nous voir ! Vous bavardez et nous attendons... ! Nous n'avons pas encore préparé le repas de midi !". "J'arrive, c'est vrai nous bavardons, j'arrive !".

La matrone sort et vient s'installer dans la salle de consultation. Commence alors les consultations... Souvent, les longues heures d'attente se soldent par une annulation des CPN pour indisponibilité ou absence de la matrone. Alors qu'elles venaient d'attendre plus de deux heures pour qu'en définitive on leur annonce que les CPN n'auraient pas lieu ce jour-là car la matrone était indisponible, une femme enceinte me confiait que cela faisait la troisième fois qu'elle venait pour une CPN et qu'elle était à chaque fois annulée.

Quand elles ont lieu, les CPN sont faites par la matrone ou bien par l'agent itinérant de la santé (AIS) souvent aidés par l'accoucheuse villageoise. Mais pendant la durée de l'enquête, l'accoucheuse villageoise était en congés et les CPN étaient effectuées par la matrone et par l'AIS. Cependant, à plusieurs reprises, j'ai pu observer l'intervention du beau-frère de la matrone qui pourtant ne fait pas partie du corps médical. Ainsi, quand l'AIS n'était pas disponible pour l'aider, la matrone faisait appel à son beau-frère. Ainsi, celui-ci s'installait dans une pièce et faisait rentrer les femmes qui venaient pour la première CPN. Il leur vendait les carnets bleus, dans lesquels il notait ensuite le nom de la femme, le nom de son mari, sa profession, le nombre de ses épouses, etc. Il reportait ensuite les mêmes informations sur la fiche verte. Après cela, les femmes attendaient pour entrer dans le bureau de la matrone pour la consultation proprement dite.

Un matin, en l'absence de la matrone, ce jeune homme décida même de prendre la blouse pour procéder à des pansements ombilicaux. La matrone ne pouvant pas venir au service pour raison de santé, son beau-frère se permit de faire les pansements ombilicaux. Dans la salle de repos, il discute avec les femmes, leur demande d'aller dans le bureau de la matrone avec leurs bébés pour les pansements ombilicaux. Il sort, lave ses mains sans savon, revient dans le bureau. Puisque les deux mères l'attendent, il demande d'un air autoritaire à l'une d'elles d'allonger son bébé sur la table. Il enfle une blouse, pendant ce temps, le bébé pleure, se débat tout seul sur la table, comme il commence à bouger, la mère approche pour essayer de retenir son enfant. Le beau-frère de la matrone l'arrête : " laisse-le, donne-moi les médicaments... où est l'alcool, où est le coton? " " Nous avons acheté, mais elle (matrone) a tout pris, répond la mère ", le beau-frère se retourne alors vers le bureau, prend un flacon d'alcool, du coton et commence à nettoyer maladroitement le nombril du bébé. Avant qu'il ne termine ce nettoyage, l'AIS rentre dans la salle et demande à la deuxième mère d'allonger son bébé sur la table. Il y a alors deux bébés allongés sur la table de soins. Puis habilement, l'AIS demandera au beau-frère de sa collègue de le laisser faire.

Le contenu d'une CPN consiste en l'accomplissement de tâches à la chaîne. Prise de poids, de la taille, mesure de la hauteur utérine, toucher vaginal, vaccination s'il y a lieu la prescription d'une ordonnance médicale. Voici un exemple de dialogue entre l'AIS et une jeune femme (Sali) de 16 ans enceinte de 5 mois et qui vient à la première CPN pendant une CPN :

- "-quand as-tu eu tes premières règles ?
- j'avais 15 ans
- de quelle couleur étaient-elles ?
- c'était rouge
- ce n'était pas noir ?
- oui, c'était noir
- as-tu déjà eu des MST (layoro bana) comme *sopissi* ?
- non
- as-tu des pertes blanches ?
- oui
- as-tu un carnet de vaccination ?
- non
- quel âge as-tu ?
- je ne connais pas mon âge
- où as-tu mal ?
- Sali : je n'ai pas mal
- deshabilles-toi et allonges-toi sur la table"

Sali s'allonge sur le ventre.

La matrone : "on veut le ventre et toi tu te couches dessus, tu veux qu'on regarde tes fesses? "

La jeune femme se retourne pour se mettre sur le dos.

L'AIS : " écarte tes jambes, détends-toi "

La matrone : " il n'y a pas de problèmes ? "

L'AIS : " non il n'y a pas de problèmes, le rendez-vous "

La matrone : " prochain rendez-vous le 24 décembre "

Sali descend de la table, se rhabille et rentre chez elle avec son nouveau carnet bleu. Elle devra compter les jours pour être au rendez-vous pour la seconde CPN. Plusieurs fois, des femmes m'ont souvent parlé de maux qu'elles n'ont pas du tout évoqués avec le personnel soignant pendant la CPN. Souvent, les informations inscrites sur les fiches et les carnets ne correspondent pas aux réponses des femmes. Par exemple, Kindo Aïcha âgée de 17 ans dit être épouse d'un commerçant. Mais la matrone notera "cultivateur" sur la fiche verte et sur le carnet bleu. Puis quand on lui demande à quel âge elle a eu ses premières règles, Aïcha dit qu'elle ne le sait pas ; la soignante inscrira sur la fiche que les premières règles sont arrivées à 15 ans. C'est la première grossesse et la première fois qu'elle vient à une CPN. Aïcha tarde à enlever son pagne pour la consultation, elle monte sur la table. L'AIS est sorti, la matrone tente de l'examiner, mais la jeune femme manifeste une légère résistance. " Pourquoi as-tu honte ? demande la matrone, nous sommes toutes les mêmes. " Puis elle s'adresse à son collègue qui rentre dans la pièce : " viens voir ici, je ne trouve pas le trou ", celui-ci consulte : " ici il n'y a pas de honte", dit-il. Pendant tout le temps de l'examen, la jeune femme gardera les yeux fermés puis à la fin, elle se lèvera, les yeux baissés, remettra son pagne et écoutera sagement les recommandations de la matrone pour la prise des médicaments prescrits.

Les avortements

L'avortement provoqué existe en milieu " traditionnel " senufo et il est loin d'être un phénomène récent. Il est généralement pratiqué par des femmes mariées pour parer à des naissances trop rapprochées. En effet, l'apparition d'une grossesse chez une femme alors qu'elle a un enfant non encore sevré (ne marchant donc pas encore) suscite toujours des critiques dans l'entourage. Pour éviter la honte devant les autres femmes, une mère cherchera donc à se faire avorter pour ne pas dévoiler à travers cette grossesse son incapacité à contrôler son désir sexuel. De ce fait, les femmes ont souvent recours aux services de vieilles femmes pour se faire avorter. En outre, la consommation du bleu de lessive a été fréquemment citée par les informatrices comme une technique abortive. Mais de l'avis de la présidente d'une association féminine, la pratique de l'interruption volontaire de grossesse aurait disparu en raison des dégâts – notamment la stérilité – entraînés par les pratiques clandestines de l'avortement.

"Il y a encore des avortements, cela se passe quand la femme est enceinte alors que son enfant est encore trop petit (période d'allaitement). La femme avortait parce qu'elle avait peur des critiques. Mais cela a fait beaucoup de dégâts, il y a des avortements qui ont entraîné la stérilité. Cela a donné la peur de l'avortement à certaines femmes. Maintenant, il n'y en a plus beaucoup". (Sali Tiansoro Sanogo, présidente du groupement féminin)

En outre, la honte liée à des grossesses rapprochées sera encore plus grande si une incapacité économique à prendre en charge les enfants était découverte. Pour sa part, la matrone affirme qu'il y a très peu d'interruption volontaire de grossesse dans la région. Mais elle souligne qu'en dépit de la non-légalisation de la pratique de l'avortement au Burkina, certaines femmes lui adressent des demandes d'avortement.

"Les femmes aiment les enfants ici. Les avortements provoqués, nous n'en avons presque pas ici. Souvent les jeunes filles ou bien les femmes qui ont des enfants trop petits avortent. Ici (maternité) on ne fait pas d'avortement, mais quand je dis ça aux femmes, elles ne veulent pas me croire. Moi-même, je n'ai jamais appris à le faire, mais si je dis ça les gens ne me croient pas. Les gens viennent me voir pour se faire avorter, même la semaine dernière, une femme est venue, elle

m'a dit que c'est la vendeuse de pharmacie qui lui a dit de venir me voir et que nous avons des produits pour faire avorter". (matrone)

Mais l'évocation d'un cas de demande d'avortement pose souvent la question de la distinction entre l'interruption volontaire de grossesse et une interruption thérapeutique de grossesse.

"Cette femme a des accouchements difficiles, c'est pour cela qu'elle doit suivre une méthode contraceptive. Aujourd'hui, elle doit faire une injection contraceptive, mais son mari dit qu'il n'a pas d'argent. Il voudrait payer la somme restante dans quelques jours. Elle avait arrêté la contraception, elle est tombée enceinte, ensuite elle est venue me voir pour que je l'aide à avorter, moi je lui ai dit que je ne pouvais pas. De toutes façons, ils sont allés faire l'avortement ailleurs. Ils m'ont dit après que c'est tomber, mais ce n'est pas moi qui ai fait. Ça (la grossesse) valait quatre mois. Pour moi, l'avortement, on ne doit pas le faire, c'est pas normal. Mais si elle n'avortait pas, elle allait mourir à l'accouchement. Elle a des accouchements difficiles, la dernière fois, je l'ai envoyée à Ndorola pour qu'elle accouche, quand elle a accouché, on lui a dit de ne plus tomber enceinte, elle devait suivre la contraception, mais elle a arrêté, ils disent aujourd'hui qu'ils n'ont pas d'argent". (matrone)

Quant aux avortements non provoqués, le personnel médical souligne l'augmentation de fausses couches pendant la saison des pluies, période des durs travaux champêtres et du paludisme. De même, il évoque les nombreuses complications suite à des fausses couches. La question de l'avortement pose inévitablement la question de la planification familiale.

La planification familiale

La planification familiale est désignée par l'expression jula : *wolo bò yogona*, c'est-à-dire "séparer les naissances". La planification familiale est un thème récurrent dans les réunions du corps médical avec les populations. Voici comment s'exprimait le chef de poste du CSPS de Kourouma lors d'une réunion avec les paysannes en octobre 1999 :

"...*wolo bo yogona* (planification familiale), nous ne disons pas qu'il faut arrêter de faire des enfants, nous voulons seulement qu'il y ait un espacement des naissances. Si les femmes séparent les naissances, elles seront plus fortes, plus belles et les hommes n'iront plus voir ailleurs".

La planification familiale est loin d'avoir remplie les objectifs attendus par la santé publique dans la région senufo. En effet, certaines femmes s'opposent au suivi d'une mesure de contraception. D'autres ne cachent pas leur méfiance par le fait des conséquences sur leur vie génésique qu'elles attribuent à la prise d'une pilule contraceptive. Ainsi, une femme âgée de 25 ans liait implicitement sa difficulté à être enceinte au fait qu'elle avait pris la pilule quelques années auparavant. La présidente du groupement féminin résumait quelques-unes de ces craintes tout en les associant à l'ignorance des femmes.

"Certaines femmes disent que les comprimés (pilule) agissent sur la fécondité, qu'ils rendent stériles, d'autres disent qu'ils entraînent beaucoup de perte de sang pendant les règles (règles abondantes). D'autres disent encore que quand on se trompe dans la prise des comprimés, on donne naissance à des enfants aussi petits que des souris. Or les infirmiers ont bien expliqué, ce sont les femmes qui racontent des histoires. Les infirmiers ont bien dit qu'il ne faut pas oublier de prendre les comprimés. Ils disent aussi que si les règles sont abondantes de tout faire pour les consulter. Quand les femmes mélangent, elles finissent par avoir une grossesse". (Sali Tiansoro Sanogo, présidente du groupement féminin)

Cependant, de nombreuses femmes m'ont confié leur désir de suivre la contraception et le refus de leur conjoint face à ce désir. En somme, la décision d'un suivi de la planification se négocie au sein même du couple.

Deux modes de contraception sont proposés aux femmes : la prise quotidienne de la pilule contraceptive ou l'injection mensuelle contraceptive. Même en raison de son coût plus élevé, les femmes affichent une préférence pour l'injection contraceptive. La pilule,

entent-on dire fréquemment est difficile à gérer car on oublie facilement de la prendre. Plusieurs femmes m'ont confié qu'elles étaient enceintes à la suite d'un oubli dans la prise de la pilule.

"Je n'étais pas contente d'être enceinte (rires) car l'enfant est encore petit (2 ans). Je prenais des comprimés après le 2^{ème} enfant, mais ça m'a trompé (rires). J'étais partie dans un village pour des funérailles et dans la précipitation, j'ai oublié d'emporter mes comprimés. C'est à l'heure de la prise du comprimé que je me suis aperçue que je ne les avais pas sur moi. Le même mois j'étais enceinte". (Djata Traoré, une jeune femme de 21 ans, scolarisée)

Le choix d'être enceinte, la maîtrise de l'évolution de la grossesse et de l'accouchement reste encore des idéaux difficilement pensables dans le monde nanerge.

L'accouchement

Accoucher à la maternité ou à domicile ?

De nombreuses femmes disent préférer accoucher en maternité plutôt qu'à domicile entre les mains des vieilles femmes car celles-ci feraient beaucoup souffrir.

"Je voudrais accoucher à la maternité, là-bas ils savent mieux que les vieilles femmes, je n'ai jamais accouché avec les vieilles femmes, mais on dit qu'elles font trop souffrir". (Djata Traoré)

Le choix d'un accouchement en maternité est aussi fait en raison d'antécédents en matière d'accouchement.

"Je préfère accoucher à la maternité, moi je n'accouche pas facilement, l'an passé, j'ai fait une fausse-couche, c'était au moment de l'accouchement, l'enfant est sorti, mais il n'a pas vécu ...". (Biba Barro)

Un père de famille exprimait la confiance pour l'accouchement en maternité car il redoutait la malveillance et les pratiques méchantes de certaines vieilles accoucheuses.

"Moi, je préfère que la femme accouche à la maternité, souvent les vieilles, si elles n'aiment pas le père ou la mère de l'enfant, elles l'étouffent à l'accouchement à cause de la jalousie. La maternité, c'est bien, on a confiance". (Gnagna Pascal Traoré)

Pour d'autres au contraire, la maternité restera le dernier recours en cas d'accouchement difficile à domicile.

"Je ne sais pas si je vais accoucher à la maternité, nous, nous habitons loin de la maternité, si le travail commence et que Dieu t'aide, tu peux accoucher à la maison. Si ça devient difficile, tu viens à la maternité. Moi, je ne peux pas savoir ce qui va se passer". (Sali Rabolé)

"Tout dépendra de Dieu, si le travail commence et que je n'accouche pas vite, on sera obligé de m'amener ici. L'accouchement est devenu difficile maintenant, hier on a amené ici une de mes "mères" (épouse d'un oncle paternel), ça faisait dix jours qu'elle avait mal, ça été difficile, elle a accouché et l'enfant est décédé". (Awa Ouattara)

Etre examiné par un homme ou par une femme ?

Quand on leur pose la question à savoir si elles préfèrent se faire examiner (aussi bien aux CPN qu'à l'accouchement) par un homme ou par une femme, les femmes disent n'avoir aucune préférence pour un sexe. L'essentiel, soulignent-elles fréquemment, c'est que le soignant sache bien faire son travail et qu'il n'y a pas de honte à avoir devant un soignant. Une informatrice utilisait la métaphore des toilettes pour souligner l'absurdité qu'il y aurait à avoir honte devant un soignant : " Comment peut-on se dissimuler dans des toilettes ? ". A l'observation, quelques jeunes femmes (enceintes pour la première fois) manifestent de la gêne quand elles sont examinées par un homme. Seule une femme ayant accouché deux fois de suite en milieu urbain (une maternité de Bobo-Dioulasso) me

confiait qu'après l'expérience qu'elle a vécue, elle préférerait avoir à faire à un homme plutôt qu'à une femme pendant l'accouchement.

" ... Je préfère les hommes, ils sont doux, les femmes sont parfois méchantes. Nous les femmes, nous n'avons pas honte entre nous, une femme peut crier sur toi pendant l'accouchement jusqu'à t'affoler" . (Zalissa Belem)

La maltraitance des soignants pendant les accouchements n'a pas du tout été soulignée par les femmes. Ceci étant, elles distinguent nettement l'attitude des soignants en fonction de leur sexe pendant l'accouchement.

La douleur pendant l'accouchement : une nécessité ?

Du point de vue du personnel médical, la douleur pendant l'accouchement serait inévitable et nécessaire.

" La douleur est normale pendant l'accouchement, parce que sans douleur on suppose qu'il n'y a pas de contraction" . (Sou Ollé)

De l'avis des informatrices, la douleur fait partie intégrante de l'accouchement. En outre, l'accouchement est une épreuve pendant laquelle une femme doit montrer son courage par sa capacité à endurer la douleur.

" C'est normal que ça fasse mal, mais il faut supporter car personne d'autre ne le fera à ta place, c'est normal que ça fasse mal" . (Djeneba Diarra)

" Même si tu as peur, qui le fera pour toi, il faut être courageuse" . (Biba Barro)

Comme je venais de lui expliquer qu'en Europe, il y existait un moyen pour atténuer la douleur pendant l'accouchement, une femme exprima sa désapprobation :

" S'il y a un médicament pour ne plus avoir mal pendant l'accouchement, alors ce n'est plus un accouchement, la femme doit souffrir pour savoir ce qu'est l'accouchement ; quand tu seras enceinte, tu devrais venir accoucher ici pour savoir ce qu'est vraiment l'accouchement" . (Sali Tiansoro Sanogo)

L'accouchement de Gnéré

Gnéré est une femme de 35 ans qui habite A Sougouma, un village situé à une douzaine de kilomètres de Kourouma. Elle est arrivée à la maternité en début de matinée (vers 7 h00) accompagnée de son mari et d'une tante paternelle. Le voyage s'est effectué à vélo. A son arrivée, Gnéré est d'abord examinée par la matrone, mais celle-ci en raison d'une tournée prévue dans certains quartiers du village, ce matin-là passe la relève à l'agent itinérant de la santé (AIS).

Entre deux contractions, je bavarde avec la parturiente. A la question à savoir si elle a déjà fait des fausses couches, Gnéré répond : " Quand c'est 2 mois, on ne peut pas dire que c'est une grossesse. C'est à partir de 3 mois qu'on peut parler de grossesse". Par la suite, l'AIS sera étonné d'apprendre que la parturiente a déjà eu des fausses couches, car me dit-il "elle n'a jamais déclaré de fausses couches pendant les CPN".

L'AIS m'annonce un accouchement difficile car il s'agirait d'une présentation par le siège et qu'en plus comme il s'agit d'un premier accouchement le travail serait plus long. En raison de cette lenteur annoncée, l'AIS s'absentera de la salle d'accouchement. Allonger sur la dalle d'accouchement, Gnéré se plaint de maux de dos, elle veut descendre de la dalle pour s'adosser au mur. Elle descend me demande de lui masser le dos, mais je l'en dissuade. Elle appelle sa tante pour lui masser le dos, mais aucune accompagnatrice n'est acceptée dans la salle d'accouchement sans l'autorisation du personnel soignant. Alors la tante se contentera de l'encourager derrière la porte :

" Que puis-je faire, ils ne m'accepteront pas. Prends courage, je ne peux pas t'aider mieux qu'eux. Tu as la chance, il y a même une de tes parentes avec toi (cette parenté est établie sur le fait que je m'exprime en senufo), rien de grave ne peut t'arriver".

Elle continue comme si elle se parlait à elle-même :

" Je suis fatiguée, depuis hier, je n'ai pas fermé l'œil, s'il faut encore que je passe la journée sans repos, c'est difficile".

Gnéré continue de se plaindre :

" Je vais mourir aujourd'hui, je n'en peux plus, je vais mourir... ". " Que racontes-tu comme ça notre fille, si j'avais su, j'allais rester à la maison. Moi j'ai voulu venir avec toi et voilà que tu dis des paroles graves en ma présence, que puis-je faire pour toi ? ".

Comme la nièce continue à se plaindre, la tante ajoute :

" Comme tu ne veux pas te taire, tu veux qu'on aille appeler Y. peut-être, je suis inutile ici, je vais rentrer à la maison... Tu décourages ceux qui veulent t'aider".

L'accompagnatrice profite de ce moment d'absence de l'AIS pour rentrer dans la salle d'accouchement, elle masse le dos de sa nièce et lui demande de remonter sur la dalle.

" Bon, mets tes mains sous les reins, moi j'ai eu 9 grossesses, si on pouvait le faire à la place de quelqu'un d'autre, j'allais le faire pour toi. Tu te couches sur le dos, tu attrapes tes chevilles et tu pousses, tu pousses, même si la chose (*yawege*) est loin, à force de pousser, elle finit par descendre, c'est comme ça que j'ai fait pour accoucher. Mais toi tu ne veux même pas pousser, tu refuses".

Puis elle ressort.

L'AIS revient, tâte le ventre de la parturiente, pose sur le ventre un instrument pour écouter les battements du cœur de l'enfant. Il me confie ensuite qu'il n'y a pas de risque d'accouchement de mort-né car il y a des battements, ce ne serait pas non plus une présentation par le siège comme il avait pensé au début, le problème d'après lui est que la tête de l'enfant est coincée en raison de l'étroitesse du bassin et cela ne peut pas durer longtemps. Il sort de la salle, va dans le dispensaire, revient au bout d'une trentaine de minutes (il est environ 10h 30).

" Si jusqu'à midi il n'y a rien, je vais tenter un autre traitement. Je vais placer une perfusion pour accélérer les contractions. Sinon après il y aura souffrance fœtale, c'est lent, le moment d'expulsion est dépassé et l'enfant peut avoir des difficultés pour respirer, il peut aussi boire le liquide amniotique et refuser de crier, c'est ça le risque ; ici c'est la brousse, il n'y a pas de week-end (on est samedi) ".

Il place une bassine, procède au percement de la poche d'eau et conseille à Gnéré de pousser et de faire des selles si elle en a l'envie. La matrone arrive, elle croise l'AIS devant la salle d'accouchement ; les deux collègues échangent quelques mots. La matrone rentre dans la salle d'accouchement, elle touche, tapote le ventre de la parturiente, écoute les battements du cœur de l'enfant puis ressort. Dehors l'accompagnatrice entame un monologue :

" C'est pour cela que nous vous disons d'aller aux pesées, vous faites les coquettes. Alors que si tu ne vas pas aux pesées et que le travail commence, ils (les soignants) ne peuvent plus faire quelque chose".

Puis elle encourage une nouvelle fois sa nièce à pousser plus fortement :

" Il faut pousser fort, aies du courage".

Puis elle continue :

" Je suis fatiguée, j'ai mal aux pieds... ".

Une parente résidente à Kourouma apporte de la bouillie. Elle restera une demi-heure à bavarder avec la tante de Gnéré. Gnéré se plaint maintenant des maux de ventre (elle n'évoque plus les maux de dos), elle a des envies de pousser :

" C'est comme si je voulais avoir des selles".

Ces mots entraînent les rires de la tante qui lui lance :

" Alors pousse si tu as envie d'aller aux selles".

La matrone prend la relève vers midi et décide de faire une injection à la parturiente afin d'accélérer les contractions. Après cette injection, les contractions commencent, mais Gnéré dit qu'elle n'a plus de forces pour pousser. La matrone monte sur la dalle, se tient jambes écartées au-dessus de la poitrine de Gnéré et commence à appuyer fortement sur le haut du ventre. Mais Gnéré a mal, elle transpire, elle essaie de retenir les mouvements de la matrone. Dès qu'elle repousse les mains de la matrone, celle-ci arrête de pousser. Finalement, Gnéré accouchera d'un garçon de 3 kilos aux environs de 13 h 30. Pour faire crier l'enfant, la matrone lui asperge quelques gouttes d'eau sur le visage. Après l'expulsion du placenta, la tante lave la salle d'accouchement au savon et à l'eau de javel. Gnéré prendra une douche chaude avant de se reposer dans la salle de repos. La tante de Gnéré rentrera au village avec le placenta et elle sera remplacée par une tante maternelle de Gnéré qui restera aux côtés de l'accouchée. Quand je revois Gnéré en fin d'après-midi, elle est toute souriante et elle me dira que ses douleurs ont duré deux jours à domicile avant que la famille de son mari ne décide de l'amener à la maternité :

" Chez nous, on ne connaît que les fétiches, tant que ça ne chauffe pas, on ne t'amène pas au dispensaire. J'ai une cousine, l'an passé elle a eu mal au ventre pendant six jours avant qu'on ne décide de l'amener à la maternité. J'avais mal depuis trois jours, on avait du mil à piler, j'ai pilé, puis on est parti en brousse pour récolter le maïs, hier j'avais beaucoup mal, je n'ai rien fait, je suis restée assise toute la journée, c'est seulement ce matin de bonne heure qu'ils (il s'agit des parents du mari) ont décidé de m'amener à la maternité. On m'amenait à mobyette mais à la sortie du village, il y a eu une crevaision puis mon mari m'a emmenée sur son vélo, c'est pour cela aussi que j'avais mal au dos, bon quand j'étais petite, je suis tombée et je m'étais tordu le dos".

Elle reparle de sa douleur et du personnel soignant :

" Je ne savais plus si j'allais m'en sortir. Ma chance, c'est d'être tomber sur des gens gentils, l'homme (l'AIS) est vraiment doux, s'il était resté, je n'allais pas accoucher avant le soir car il ne voulait pas me faire du mal. Il n'allait pas pouvoir pousser comme la femme (matrone) l'a fait. Mais elle n'était pas méchante, elle s'arrêtait à chaque fois que j'avais vraiment mal. Ici ils ne sont pas comme ceux que j'avais rencontrés à Silorla. Il y a quelques années, j'avais une plaie et je suis allée au dispensaire de Silorla, j'ai vraiment souffert. Il y avait là-bas deux hommes, un gentil et un méchant. Le méchant m'a insulté parce que j'ai sursauté quand il a trempé les ciseaux dans ma plaie profonde".

A 35 ans - un âge où beaucoup de femmes dans cette région comme dans de nombreuses sociétés africaines s'attendent à être grand-mère - Gnéré est primipare. C'est dire donc la difficulté qu'elle a eue pour enfanter. Gnéré est à son troisième mariage. Sa stérilité mal acceptée par ses précédents maris et certains membres de la famille aurait beaucoup contribué à ces deux divorces. Son deuxième mari n'a-t-il pas décidé de mettre fin à leur union quand sa mère lui a dit qu'elle n'avait pas besoin de belle-fille qui ne pouvait avoir d'enfant. Après donc deux mariages à Silorola, Gnéré s'est mariée une troisième fois à un homme de Sougouma (son village d'origine). Après quatre années de mariage, elle finit par être enceinte. Elle raconte sa surprise face à cette grossesse inespérée :

" Ça fait quatre années que je suis mariée avec cet homme (...). Jusqu'au 4^{ème} mois, je n'y croyais même pas (elle soulève le pagne pour voir son bébé) ".

Elle me parle aussi de la crainte qu'elle a eu face à un éventuel échec de la grossesse qu'elle est associée aux attaques en sorcellerie de personnes jalouses :

" Au 4^{ème} mois de la grossesse, j'étais partie à Silorla pour des funérailles et là-bas, les gens accouraient pour voir si réellement j'étais enceinte, j'ai pris peur et je suis retournée à Sougouma, je n'ai même pas passé la nuit à Silorla. Les gens sont trop méchants. Par la suite, mon père m'a même dit de ne plus voyager, car ici les gens sont trop méchants".

Pendant qu'elle raconte son histoire, la nouvelle mère mange des arachides fraîches pour dit-elle faire descendre le lait. Pendant ma présence, l'AIS viendra lui donner quelques conseils concernant l'alimentation du bébé. Il insiste sur le fait qu'elle ne doit pas lui faire boire de l'eau avant six mois, car dit-il cela apporterait des maladies à l'enfant. Gnéré restera à la maternité pendant cinq jours avant de regagner son village.

Les risques professionnels

Un des risques évoqué par le personnel soignant lors des CPN et des accouchements est la crainte de contracter les maladies sexuellement transmissibles et le VIH.

" Les mesures de protection que je prends, c'est l'évitement du contact avec le sang d'un patient. En maternité, nous faisons attention à cela. On utilise toujours un gant ou bien un doigtier si la dilatation n'est pas complète. Nous utilisons des seringues à usage unique. Même si nous faisons attention à un malade, nous faisons tout pour qu'il ne se rende pas compte qu'on se protège beaucoup. Pendant les consultations prénatales, on a souvent des cas de maladies sexuellement transmissibles, à ce moment on ressent le risque qu'on peut avoir à attraper la maladie. Après avoir enlevé le doigtier, on lave les mains avant de passer à une autre patiente. Ici, il y a des maladies sexuellement transmissibles, il y a la gonococcie, les trichomonas, ce sont des femmes qui ont des pertes qui ressemblent à du lait caillé". (Ollé Sou)

D'après la matrone, sa crainte à l'égard du VIH serait suscitée par des rumeurs véhiculées par certains collègues qui prétendent que le port d'un seul gant ne suffirait pas à se protéger d'une éventuelle contagion du virus du sida.

" Avec les gants, si tu te protèges, ça va ; ce sont les gens qui nous font peur maintenant, ils disent que le virus peut passer à travers le gant, c'est pour cela qu'on double souvent les doigtiers. Moi je mets toujours un gant et un doigtier. Tu as vu l'autre jour la femme qui accouchait, elle avait une maladie dermatologique, si tu penses à ça, tu n'as pas envie de la toucher, on ne peut pas avoir peur, c'est notre boulot, ce que Dieu va faire, ça arrive, il n'y a pas de peur...". (Albertine Diarra)

Par contre, l'accoucheuse villageoise n'évoque à aucun moment le risque de contamination par le VIH ou de d'autres MST. Pour elle, à force de voir fréquemment du sang les yeux finissent par faire mal. Elle m'expliquait la recette qu'elle a reçue d'une vieille accoucheuse " traditionnelle" pour prévenir son mal qui serait lié à l'exercice de son métier.

" Avec mon travail, je commence à ne plus bien voir. C'est le sang, à force de voir du sang, je ne vois plus clair. Maintenant, une vieille m'a aidé, elle m'a dit de trouver 24 cauris et unealebasse. Après un accouchement, si c'est une fille, je mets les 24 cauris dans laalebasse, j'ajoute de l'eau et je me lave le visage avec cette eau. Si c'est un garçon, je mets 23 cauris dans laalebasse. Depuis que je fais cela, ça va mieux. Autrefois, quand une femme accouchait, elle apportait 23 ou 24 cauris dans unealebasse neuve et l'accoucheuse se lavait le visage avec l'eau qu'elle versait dans cettealebasse contenant les cauris puis elle gardait les cauris. Maintenant, avec les Blancs ce n'est plus pareil". A la question de savoir si elle garde ses cauris à domicile ou à la maternité, l'accoucheuse répond : " Non, pas à la maternité, je les garde chez moi. Si les autres (elle parle de ses collègues) voyaient ça, ils n'auront plus confiance en moi, ils auront peur. Déjà que nous nous méfions les uns des autres, on ne sait pas à qui on a à faire, on ne sait pas qui est qui. Si j'amène ça là-bas, ça va aggraver les choses". (Minata Traoré)

Comme elle n'a pas d'appréhension particulière face à la contamination du VIH, cette accoucheuse me confie qu'elle n'utilise pas systématiquement de gant ou de doigtier lors des accouchements.

Conclusions

Il y a certaines contradictions entre les conceptions populaires et les conceptions savantes sur la nécessité ou non du repos et sur la qualité de l'alimentation de la femme pendant la grossesse. Tandis que les personnels soignants conseillent le repos et une meilleure alimentation pendant la grossesse, les représentations locales supposent au contraire à une femme enceinte de ne pas trop se reposer et aussi d'éviter de manger des aliments trop riches pour ne pas avoir un accouchement difficile à cause d'un bébé gros.

Certaines dimensions sociales ne sont pas prises en compte lors des réunions. Les discours de sensibilisation supposent une autonomie de la femme dans le suivi des CPN ou le choix de l'accouchement en maternité. Or, d'une part la précarité économique dans laquelle vivent les femmes les rend largement dépendantes de leurs époux, d'autre part la conduite d'une parturiente à la maternité est souvent précédée du consentement des aînés du patrilignage de son mari. Autrement dit, en dépit du changement social, cette société demeurée lignagère laisse encore peu de place à l'autonomie féminine.

Contrairement à ce que prétendent les discours de santé publique, une large majorité de femmes ne manifestent pas de préférence sur le fait d'être ou non examinées par un homme. Par contre, quelques primipares disent souvent ressentir de la gêne devant un homme qui les examine.

Une prochaine enquête plus longue (prévue à partir de juillet 2000) me permettra d'approfondir cette étude en rencontrant les femmes dans leurs cadres de vie, en recueillant aussi le point de vue des hommes en matière de grossesse, de choix d'accouchement à la maternité et de représentations en matière de planification familiale. J'envisage également de mener des enquêtes dans d'autres centres de santé de la région afin d'accéder à un point de vue comparatiste à petite échelle.

PARCOURS D'ACCOUCHEES DANS TROIS MATERNITES POPULAIRES DE NIAMEY. QUELQUES INTERACTIONS

Aboubacar Souley*

La communication se base sur une étude en cours relative à l'équité et l'accès aux soins en milieu urbain¹. On s'intéresse aux interactions entre soignants et soignés dans les centres de santé et aux dysfonctionnements des services de santé. L'enquête se déroule aussi bien dans les centres de santé (CSI, CSMI et maternité) qu'auprès de ménages à Niamey.

Dans les centres de santé, les entretiens avec toutes les catégories de personnel, du manœuvre au premier responsable du centre, ont porté sur le fonctionnement du service, les tâches officielles et celles concrètement exécutées, les biographies personnelles, les attentes, satisfactions et déceptions, les représentations de la perception des soignés et, enfin, des opinions sur les grandes questions actuelles du monde de la santé au Niger (ristournes, grèves, carrière et formation, recouvrement des coûts et médicaments). Les entretiens avec les soignés ou les visiteurs de passage ont été axés sur l'accueil, la compréhension du traitement reçu, la perception et l'appréciation du comportement des soignants, l'attitude face aux ordonnances et le parcours général dans le centre de santé. En plus de ces séries d'entretiens, on a également eu recours à des observations, en considérant trois séquences : on a distingué entre jours ouvrables, fériés, de grève et week-end ; puis entre matin, après-midi, heure creuse et heure d'affluence ; enfin, et pour le cas spécifique des maternités, l'observation de l'équipe de garde ou de permanence a été l'unité d'observation.

En dehors des centres de santé, c'est-à-dire auprès des ménages, l'enquête a retenu trois quartiers populaires qui disposent, en terme d'infrastructures sanitaires, d'un complexe regroupant CSI, CSMI et maternité. Outre une description du ménage, le canevas d'entretien a porté sur les dernières interactions sanitaires, la question de la pauvreté et la situation particulière des enfants. L'ensemble de l'enquête s'est déroulée de février à août 1999 et l'analyse est en cours.

Dans le cadre de cet atelier, je présenterai ce qui constitue le parcours ordinaire, classique, des femmes venant accoucher dans une maternité. Le propos concerne donc uniquement les maternités. Je considère les points d'interactions (ou les moments) suivants : l'accueil, l'ensemble composé des salles d'accouchement, de travail et d'observation, un autre ensemble constitué par les suites de couche et l'hospitalisation, et enfin, la phase "sortie".

L'accueil

Il est assuré par les filles de salle dès que la parturiente et/ou ses accompagnantes arrivent dans le hall d'attente de la maternité. Les filles de salle sont des femmes âgées de 25 à 50 ans. La plupart ne sont pas instruites ; quelques jeunes femmes sont des ex-élèves

* Doctorant (EHESS – Marseille).

¹ C'est le Projet Santé Urbaine (UNICEF/Coopération française) qui concerne cinq capitales africaines : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey.

de niveau collègue. Elles travaillent quasiment toutes bénévolement. Ce sont des ex-accoucheuses de quartier ou des "femmes relais". Elles abordent facilement et chaleureusement les parturientes et leurs accompagnantes :

"Est-ce le moment de vérité ? Oui. Alors, venez ; soyez les bienvenues".

On assiste très souvent à une arrivée en groupe : parturiente et accompagnantes. C'est le cas des primipares, des nouvelles accouchées dans la maternité, et de celles qui se font transporter en voiture à la maternité. Cependant, lorsque la maternité se trouve à une centaine de mètres du lieu de résidence, certaines parturientes précèdent leurs accompagnantes de quelques minutes. Elles s'amènent, tranquillement, à pied, et sont aussi bien accueillies. Dans ce cas, on a à faire généralement à des multipares.

Les accompagnantes, deux à trois personnes maximum, sont généralement parentes (tante, grand-mère, sœur, mère ou belle-mère), voisines ou co-épouses des parturientes. Ce sont le plus souvent des femmes d'un certain âge, ou, en tout cas, des multipares. Une personne se charge d'aider la parturiente en la tenant par le bras et / ou la hanche ; une autre se charge de la trousse. La trousse comprend divers récipients, des pagnes, du savon, des nattes et des ustensiles divers. Tandis que la première parente accompagne la parturiente jusqu'à la porte de la salle d'accouchement si elle n'est pas suppléée par une fille de salle, la seconde transporte directement les affaires sous un hangar destiné aux accompagnantes.

L'introduction de la parturiente dans la salle d'accouchement est donc assez rapide et directe. La fille de salle conduit la femme vers une table d'accouchement² et l'aide à s'y installer, en position gynécologique. Entre temps, la parturiente lui a remis son carnet ou l'a remis à une des membres de l'équipe soignante. La femme est alors prise en charge par l'équipe soignante. Le plus souvent, le chef d'équipe est une sage-femme diplômée d'état. Elle fait l'accouchement, coupe le cordon, enlève le placenta, s'assure que tout va bien. Dès l'installation de la parturiente sur la table, c'est elle qui l'examine : interrogatoire et différentes mesures. Elle est secondée par une autre sage-femme ou bien une infirmière. Celle-ci note les informations issues de l'interrogatoire et des différentes mesures. L'équipe soignante est toujours organisée de sorte qu'une personne fasse l'accouchement et que l'autre note les informations. Cela permet à celle qui ne s'occupe pas directement à l'accouchement de prendre en charge immédiatement une nouvelle cliente.

En présence d'élèves sages-femmes stagiaires, l'accouchement est pris en charge par ces dernières. Dans ce cas, les sages-femmes titulaires n'interviennent que lorsqu'elles sont perturbées dans leur repos ou leur causerie, dans la salle de garde, par l'appel d'une élève qui estime être en devoir de requérir l'avis de la titulaire. Les stagiaires s'organisent également de la même façon que les titulaires, prenant en charge chacune tour à tour une cliente selon l'ordre d'arrivée.

Les filles de salle, au nombre de deux (rarement trois), s'occupent, en principe, du nettoyage de la table et de la salle d'accouchement après chaque accouchement. Elles nettoient les parturientes et leur posent une garniture. Elles communiquent aux accompagnantes l'évolution de l'état de leur parturiente. Elles s'occupent aussi des nouveaux-nés. Selon certaines sources, cela représente une exception. D'après nos observations, les filles de salle ne font pas l'accouchement, mais reçoivent le bébé dès son extraction et la coupure du cordon. Elles le nettoient et pratiquent le pansement ombilical. Par la suite, ce sont aussi elles qui conduisent l'accouchée dans la salle des suites de couches. Après l'avoir installée, elles invitent les accompagnantes à l'y rejoindre. Cette fonction de bonne à tout faire, d'intermédiaire entre professionnelles soignantes et accompagnantes implique toujours une relation plus chaleureuse et plus directe entre filles de salle et accouchée / accompagnantes. Elle donne droit à la kola.

² Généralement, les maternités en comptent au moins deux.

L'équipe de garde ou de permanence est complétée par un chauffeur, et selon les cas par un agent d'état civil. On ne voit pour ainsi dire jamais le chauffeur, sauf en cas de complication, et donc de nécessité d'évacuation.

L'accouchement

La salle d'accouchement est en principe interdite d'accès à toute personne étrangère à la maternité. On n'y voit presque jamais d'homme. Néanmoins, le personnel médical, même lorsqu'il ne fait pas parti du personnel de la maternité, entre et sort comme il veut.

Dès son entrée dans la salle, la parturiente tend son carnet à une sage-femme. Commence alors l'interrogatoire, tandis que la parturiente est invitée à s'installer sur la table d'accouchement, aidée en cela par une fille de salle. Une autre sage-femme effectue les premiers examens : toucher vaginal, hauteur utérine, tension artérielle, température, et bruit du cœur fœtal.

En cas de présence de stagiaire, la sage-femme titulaire peut procéder à des démonstrations avant de laisser faire les stagiaires, tout en les supervisant. Néanmoins, dans la plupart des cas observés, tous les gestes sont accomplis par les stagiaires, qui ne dérangent les titulaires que pour des cas requérant l'évacuation, ou impossibles à gérer par elles. Selon ces stagiaires, les causes d'inquiétude ou d'évacuation sont : un travail long avec dilatation stationnaire, surtout chez une primipare, les craintes de souffrances fœtales et la présentation par le siège. Cependant, et en règle générale, tous les actes, même ceux posés par les élèves stagiaires, relèvent de la responsabilité des sages femmes. Elles disposent d'un moyen efficace de pression sur les élèves : la note de stage.

Les mots qui accompagnent l'accouchement, mots envers les accouchées, sont de manière globale, simples et courtois pour les multipares. Par contre, ce sont des paroles dures et parfois même menaçantes qui sont proférées contre les primipares ou les femmes trop "fatiguées" et incapables de pousser.

Lorsque la sage-femme juge qu'elle ne peut pas prendre en charge l'accouchement, elle s'adresse à la directrice. Si cette dernière est absente, la sage-femme procède à l'évacuation³. En cas de faux travail ou de travail pas très avancé, on demande à la parturiente de marcher un peu dans un couloir ou bien d'aller attendre dans la salle de travail ou dans la salle d'observation.

Après l'accouchement, la sage-femme tend le bébé à une fille de salle. Le placenta et le cordon sont remis à une autre fille de salle qui les porte, dans un haricot, dehors aux accompagnantes. La sage-femme procède aussi à la révision utérine si nécessaire⁴. Enfin, la sage-femme se nettoie, note quelques renseignements sur des documents et se retire. Ce sont les filles de salle qui vont s'occuper du bébé : toilette, pansement ombilical, argyrol, pesée, toise. Les filles de salle s'occupent aussi de la mère : toilette, garniture, pagnes propres.

L'attente dans la salle d'accouchement après l'expulsion dure entre un et trois quarts d'heure⁵. L'accouchée est ensuite conduite en salle de suites de couches ou d'hospitalisation par les filles de salle. Elles l'y installent, avec son bébé. Les accouchées partagent le même lit que leurs bébés. A la maternité Gawèye, des berceaux sont prévus

³ Sauf dans le cas de Gawèye où il y a un médecin coopérant qui s'occupe aussi de la maternité.

⁴ Ce n'est pas le cas à Boukoki, même si cela est nécessaire. En l'absence de révision, un écoulement est plus que probable ; les soignantes espèrent ainsi soutirer encore quelques sous aux familles en les incitant à acheter de nouveaux gants.

⁵ Un minimum d'au moins une demi-heure a été observé de façon constante à Gawèye. Par contre, à Talladjé et surtout à Boukoki, cette durée varie selon les équipes, le caractère facile ou grave de l'accouchement et l'affluence dans la salle d'accouchement.

pour les bébés ; cependant, il n'y a pratiquement pas d'accouchée qui veuille laisser son bébé seul dans un berceau. C'est seulement après cette installation que les filles de salle autorisent les accompagnantes à rejoindre l'accouchée et le bébé.

Suite de couches

Le séjour ici est d'un minimum de six heures. A Talladjé et à Boukoki, les accouchées ne revoient plus les soignantes, sauf dans le cas où la mère ou l'enfant recevraient un soin particulier : injection, sérum, etc. A Gawèye, nous avons plutôt observé que la sage femme et surtout la directrice effectuent une sorte de ronde pour observer les accouchées et bavarder un peu avec les accompagnantes ; la ronde de la directrice est faite à chaque prise de service, c'est-à-dire deux fois par jour ; la sage femme de garde se rend au chevet des nouvelles accouchées environ toutes les deux heures. Dans tous les cas, ce genre de suivi se limite généralement à un questionnement.

Les visites aux accouchées ne sont pas réglementées. Les manœuvres, épaulés souvent par les filles de salle, tentent vainement aux heures de service de restreindre ou d'introduire l'accès des suites de couche aux visiteurs. C'est surtout au moment où ces agents effectuent le ménage qu'on assiste à des échanges parfois virulents avec les visiteurs.

Sortie

Elle s'effectue à partir des suites de couche. Les accouchées, après le repos, sont orientées au service de PMI (Talladjé et Boukoki) pour y faire vacciner leurs bébés. A Gawèye, les vaccinations sont effectuées sur place par une infirmière. Avant de reprendre leur carnet aux mains des sages-femmes dès leur entrée en salle d'accouchement, les accouchées payent les frais de lit (2.100 à 2.500 Fcfa). La déclaration de naissance est enregistrée par un agent d'état civil qui remet un papier à la femme ; son époux ou tout autre parent devra se présenter plus tard à la mairie pour se faire délivrer un acte de naissance. Nous avons observé à Talladjé l'organisation systématique d'une petite séance d'éducation pour la santé par la sage-femme chargée des sorties au moment de l'enregistrement de la déclaration de naissance. Elle réunit toutes les accouchées en voie d'être libérées dans son bureau et leur parle d'allaitement ou de vaccination. Notons que si la femme ne peut pas payer les frais de lit, son carnet ne lui est pas rendu.

De quelques pratiques discriminatoires ou d'arnaque

Discrimination et actes non réglementaires

Il s'agit d'observations portant sur les trois sites d'enquête.

Les femmes mariées sont bien traitées, contrairement aux célibataires qui reçoivent un traitement à l'image des représentations sociales locales liées à ce statut.

Les "passes" (faveurs personnelles) sont institutionnalisées : il est quasi naturel de s'occuper d'abord de son "passe". On peut aussi le confier à un collègue et il aura le même traitement de faveur (bon accueil, bon traitement, rapide, et peut-être don de médicament).

L'accueil est donc chaleureux et de toute façon plus correct pour les "passes", de même que pour les personnes d'apparence aisée ou d'un certain niveau d'instruction (habillement supposé cher, fonctionnaire, etc...).

Les avortements illégaux sont souvent pratiqués par les sages-femmes ; cependant personne n'en parle. Le secret de polichinelle est parfois rendu public par des catégories de personnel non impliquées dans un "coup". En situation d'enquête cependant, l'enquêteur n'en rencontre pas ou presque pas ; mais il suffit de demander à une soignante de raconter un cas dont elle aurait entendu parler pour délier les langues : on va de récits précis, avec dates et identités, à histoires tellement bien décrites qu'on a du mal à s'imaginer que le conteur n'en fut pas acteur.

Il est également assez fréquent d'observer des séances de constatation ou vérification de virginité. Un groupe de femmes vient et désire savoir si une fille a été violée ou si elle a son hymen intact. Cette vérification est entourée de maintes précautions par les femmes. On ne fait appel à la sage-femme qu'à titre très privé ; si cette dernière accepte de procéder à la vérification, elle requiert forcément aux demandeurs de taire son nom en cas de problème, et surtout, elle implique au moins une collègue ou une fille de salle prise comme témoin (on ne sait jamais).

Un morceau de savon de Marseille est systématiquement remis aux filles de salle. Selon un haut responsable du ministère de la santé, cette pratique est quasiment devenue une loi dans les maternités nigériennes. On ne la considère pas comme un acte non règlementaire alors que, dans aucun texte, cette pratique n'est citée. Le savon donné reçoit alors des traitements aussi divers que possible. En résumé, une partie est utilisée pour le ménage et l'hygiène dans le service ; une autre partie est redistribuée entre personnels.

L'arnaque

Les observations portent sur deux maternités seulement : Boukoki et Talladjé. Ce sont des pratiques courantes, plus ou moins étalées au grand jour par les personnels. La réputation de Boukoki est connue par tous dans ce domaine, des responsables locaux et centraux de la santé aux populations environnantes en passant par les élèves stagiaires. A Talladjé, l'enquêteur doit ouvrir l'œil et l'oreille et "entrer" par des études de cas pour découvrir ces pratiques. D'un côté on ne cherche même pas à se cacher et d'un autre on sonde la vigilance de tout observateur. Les grosses "affaires" se font autour du médicament et du petit matériel usuel (essentiellement gants, doigtiers, accessoires pour une injection, une perfusion ou une suture). Les prix pratiqués varient selon le service, l'équipe soignante, le moment du jour et la tête du client.

Pour les médicaments, la dotation⁶ accordée par l'état est systématiquement redistribuée entre membre d'une équipe. C'est un constat qui n'a, malheureusement, aucune exception. Les produits ainsi acquis sont revendus par le personnel. La tactique consiste à prescrire en ordonnance au client le produit qu'on a en possession ; ensuite, on lui explique qu'il n'est pas besoin d'aller jusqu'à la pharmacie car on possède soi-même le produit et qu'on peut le céder à meilleur marché. L'accouchement étant toujours une affaire d'urgence, le client ou ses accompagnants sont toujours disposés à suivre les indications des soignants sans trop réfléchir. La vente se fait sur place, au comptant et en espèces. Le plus souvent, les sages-femmes laissent aux filles de salle le soin de la négociation et de l'encaissement, les transactions se faisant directement entre ces dernières et les accompagnantes.

Il existe deux autres moyens d'acquérir des médicaments pour les soignants : les dons des délégués médicaux et ceux de supérieurs hiérarchiques (médecins en général) et la récupération de reliquats de produits administrés aux clients. Dans le premier cas, il s'agit d'échantillons médicaux gratuits ou de prélèvements sur des aides ponctuelles étrangères. Dans le second cas, on récupère ou on soutire une ampoule d'un paquet de cinq, on garde le reste d'un fil de suture, on met au frigo un sérum entamé au quart, etc.

⁶ Les personnels soignants vous diront toujours qu'elle est maigre et irrégulièrement donnée dans les meilleurs des cas, sinon qu'elle a cessé depuis belle lurette. En réalité, le volume a considérablement diminué certes, mais la dotation existe toujours et est parfois accrue grâce aux aides.

Les reliquats ne sont pas restitués sauf en cas de réclamation⁷. Ici, à l'arnaque, s'ajoute le risque sanitaire réel constitué par l'administration de produits en principe non réutilisables quand ils sont entamés.

Or, c'est autour de ces produits récupérés que tout se joue. En effet, selon la gravité d'une déchirure, on peut utiliser, donc vendre, un fil à deux ou trois personnes différentes au même prix. On peut aussi utiliser, donc vendre, le même sérum à trois ou quatre femmes successivement et au même prix. Pour le fil, il suffit de le garder dans un sachet dans son sac. Le sérum quant à lui peut être déposé chez le gardien jusqu'à la prochaine garde ou permanence. On voit où s'étend le réseau...

Cette pratique est rendue possible, d'une certaine manière, par la prescription quasi systématique de l'ordonnance. Elle est également entretenue et érigée en système de fonctionnement en raison du fait que le commerce se passe entre filles de salle et accompagnantes. En effet, les accompagnantes n'ont pas accès à la salle d'accouchement ; elles ne savent donc pas ce qui s'y trame réellement, préoccupées qu'elles sont par le souci de voir le plus tôt possible survenir la délivrance de leur parturiente. Il suffit donc, par exemple, pour une équipe, de faire croire qu'une parturiente se trouve dans un état très grave, de faire peser la menace d'une évacuation à la maternité centrale où les prix sont hors de portée pour que les accompagnantes entrent dans le jeu. De toute façon, qui va aller fouiller dans des bouts de papiers après la délivrance et l'annonce d'une bonne nouvelle très attendue ?

Cependant, il peut y avoir des curieux pour demander à la parturiente ce qu'on lui a fait dans la salle d'accouchement. Là aussi il y a une parade : les soignantes prennent la précaution d'entamer tout produit. Cela conduit à la prescription systématique de l'ordonnance. Les produits généralement prescrits, indifféremment de l'histoire gynésique de la parturiente, sont les utérotoniques, les antibiotiques et les analgésiques. Et donc pour éviter toute forme de contestation, et pour continuer à pratiquer tranquillement son commerce, on entame le produit sur tout client capté : une multipare avec une dilatation de 6 centimètres évoluant normalement aurait quand même dans ce schéma une prescription d'utérotonique ; une primipare dont la dilatation est plus ou moins normale se ferait quand même déchirer ; etc... Les prescriptions ne sont pas toujours ni motivées ni fondées médicalement.

On frise le cynisme avec la révision utérine : sachant pertinemment que l'accouchée court le risque de saigner abondamment, on peut refuser de la lui faire tout juste après l'accouchement. On attend le début des écoulements pour prescrire l'achat de gants ou de doigtiers. Bien entendu, on dispose de ce qu'on prescrit.

Le drame ici, c'est que l'urgence autorise le prescripteur à majorer le prix autant qu'il veut. Tout dépend du lieu (à Boukoki c'est plus cher qu'à Talladjé), du moment (c'est plus cher la nuit que le jour, le weekend qu'un jour ouvrable), de l'équipe (certaines personnes ont encore quelques scrupules, l'équipe précédente a cassé les prix, certaines accompagnantes ont mené une négociation serrée) et de la tête du client (c'est plus facile d'arnaquer un pauvre non lettré qu'une personne lettrée et manifestement familière des pratiques administratives). Quelques exemples : un sérum avec utérotonique coûte entre 5.000 et 8.000 Fcfa ; un fil de suture vaut 3.000 ou 2.500 Fcfa ; le gant (car il est vendu à la pièce) a un prix standard fixé à 500 Fcfa, etc...

Finissons sur une note moins grave et qui serait plutôt du genre "usage frauduleux du matériel de service". C'est le cas de l'utilisation du réfrigérateur destiné à conserver les vaccins comme un support de commerce de yaourt. Dans nos quartiers, certaines femmes s'adonnent parfois à la pratique du commerce de vente de glaces et de boissons fraîches. Dans certains centres de santé, et pas seulement dans quelques maternités, certains

⁷ C'est justement suite à des réclamations qu'on découvre ce genre de pratique.

personnels font ce commerce avec le réfrigérateur du service, et donc en profitant de l'électricité payée par le ministère de la santé ou par la municipalité.

QUELQUES NOTES DE SYNTHÈSE

Yannick Jaffré*

Quelques pistes et enseignements simples peuvent être dégagés de nos trois communes journées de travail. Sans souci d'exhaustivité, nous en soulignerons les principaux en remarquant qu'une fois de plus un travail comparatif de proximité permet de situer des régularités.

Ce qui est partagé

Une notion de risque lié à la grossesse et à l'accouchement

Dans l'ensemble des groupes humains présentés les termes utilisés pour nommer l'accouchement attestent d'un risque ressenti. Dans bien des langues, l'accouchement est nommé "bataille des femmes" et la parturiente est souvent qualifiée comme une personne "ayant un pied dans la tombe". Contrairement à de nombreuses "campagnes d'éducation sanitaire" se donnant comme raison et but de "sensibiliser" les populations aux risques liés à la grossesse et à l'accouchement, ces notions sont donc largement déjà acquises, malheureusement par expérience. Reste sans aucun doute, cependant, à préciser ces risques selon des critères objectifs précis.

Une "nutrition" semblable

De nombreuses conceptions et conduites sont orientées par diverses interprétations liant l'alimentation et la grossesse. Ainsi de multiples interdits sont supposés régir les choix alimentaires des femmes enceintes : ne pas manger d'œufs, supprimer ou réduire le sucre, ne pas trop boire, etc... Ces mesures recouvrent diverses espérances prophylactiques : ne pas avoir un bébé trop gros à la naissance, qu'il ne soit pas voleur ensuite...

De même toutes ces sociétés s'accordent sur les risques liés aux "envies", imprimant sur le corps de l'enfant les traces des désirs insatisfaits de la mère.

Enfin divers aliments doivent être utilisés avec circonspection, qui tels le piment ou le miel peuvent éventuellement être à l'origine d'avortement. Ces nutriments apparaissent fort logiquement dans quelques recettes abortives.

Une "physiologie" semblable

L'ensemble de ces conceptions où communiquent les "ventres digestifs" et "génitaux" reposent sur des conceptions simples des mouvements des "fluides" (sang, eaux diverses, sperme, lait) qui, ainsi que l'avait fait apparaître nos précédents travaux, est soumis à des mouvements simples qu'exprime un ensemble de verbes d'action : monter, descendre, s'asseoir, etc...

* SHADYC (Marseille).

Un ensemble de pratiques obstétricales

La première de ces pratiques, concerne, bien évidemment, la posture de l'accouchement. Dans toutes les populations ouest-africaines décrites, les parturientes accouchent accroupies et/ou "à quatre pattes", ce qui pose, bien évidemment, la question de l'acceptation et du confort de la position allongée que proposent, pour des raisons médicales, les équipes soignantes.

Plus importantes encore apparaissent les conduites, notamment "des vieilles" face à l'accouchement. Elles sont en effet simples, allant de massage à des fumigations ayant pour but en faisant éternuer la parturiente de l'aider à expulser l'enfant ou le placenta, à l'utilisation de poids pour tirer sur le cordon en cas de rétention placentaire.

Ces "techniques" ont en commun d'être simples, et de rester externes au corps (sauf quelques touchés vaginaux). Bref, si le risque est à l'évidence douloureusement connu, ne lui répondent que des pratiques de soin élémentaires.

Soulignons enfin un régulier "décrochage" entre des discours riches d'interprétations et une modification des pratiques qu'ils évoquent. Ainsi partout de nombreux propos évoquent le placenta comme lié à l'enfant (son "double", son "ami") et devant, de ce fait bénéficier d'attention et de traitements complexes (être enterré dans certaines positions et en certains lieux). Partout aussi, dès lors que l'accouchement est effectué dans un service de santé, aucun intérêt ne lui est plus accordé : il est jeté, abandonné, etc... Ce détail confirme qu'une prolifération d'interprétations n'indique aucunement une préoccupation forte ni un choix comportemental stable.

Un ensemble de pratiques "préventives"

La période précédant l'accouchement est riche, tout au moins dans les discours, de pratiques préventives : ne pas trop nouer son pagne, que le mari ne serre pas trop la ceinture de son pantalon, ne pas tirer et déchiqueter de la viande, etc... Ces multiples interdits ont au moins deux points en commun. Premièrement, ils correspondent à divers "raisonnement analogiques" ; deuxièmement, leur nombre exclut qu'ils puissent tous être mis en œuvre.

Enfin, après l'accouchement, d'autres interprétations s'accordent à préconiser une séclusion de la femme et de l'enfant afin d'éviter tout risque lié au mauvais œil, parole, ou "attaque sorcière".

Des normes de conduite semblables

La honte, la pudeur et la dissimulation accompagnent la grossesse. En effet, dans l'ensemble des populations, la grossesse ne se dit pas. Pour diverses raisons allant de la crainte d'une action contre la mère ou l'enfant à naître, à une gêne d'indiquer par la déclaration de son état le moment où eurent lieu les relations sexuelles, les femmes restent silencieuses sur leur état, l'évoquant, de plus, s'il le faut, grâce à de multiples euphémismes tels "faire un ventre" ou "avoir passer la lune".

Il ne s'agit pas cependant d'une dissimulation, puisqu'à divers signes allant du linge que l'on ne lave plus (dans bien des langues africaines les règles se disent : "laver le linge"), à une modification des manières de prier, ou à d'évidents changements physiques, il est possible de dire que tout le monde sait. Il s'agit donc plus d'une sorte de dénégation préventive que d'une dissimulation réelle.

Les interventions "symboliques" autour de la grossesse

De nombreuses "entités" sont supposées être utiles voire indispensables à la fécondité ou au bon déroulement de la grossesse. Génies, ancêtres ont une part active soit en permettant la vie, soit en la protégeant.

D'une autre manière, diverses interventions symboliques sont supposées pouvoir au contraire "geler" ou "freiner" la grossesse.

Bref, et pour le dire rapidement, de multiples manières, le symbolique est supposé agir sur le physiologique.

Le statut de l'enfant

Dans toutes les populations, le statut de l'enfant est celui d'un être particulier et fragile. Il "voit" les génies et/ou les ancêtres, il peut être facilement "attaqué" puisque son "être" ou "ombre" sont fragiles, etc... De ce fait il bénéficie de nombreuses mesures préventives dont les plus régulières sont la dissimulation ou le fait de placer un couteau auprès de sa tête.

Le dialogue avec la santé publique

Quatre principaux types de rapports peuvent être dégagés :

La question de l'accès aux soins

Les diverses conceptions populaires de la grossesse et les normes de conduite qui en découlent – discrétion, dissimulation – n'empêchent pas l'utilisation des services de santé. Elles peuvent cependant, retarder l'accès des femmes aux services de santé, entraînant ainsi d'éventuels risques, mais générant aussi des conflits avec des personnels de santé, refusant d'intégrer dans leurs raisonnements médicaux ce qu'eux mêmes connaissent et pratiquent, et "insultant" les femmes pour s'être rendues tardivement dans les consultations prénatales.

Les préventions du risque et l'urgence des évacuations

De nombreuses préventions s'attachent aux aspects "symboliques" de la grossesse. Par contre, ces préventions populaires ne concernent pas le moment de l'accouchement lui-même. D'un point de vue sanitaire, comment faire pour introduire une notion "d'évacuation" et en permettre le déroulement ?

Un ensemble de divergences

La première et la plus évidente concerne la position de l'accouchement. D'autres plus discrètes concernent par exemple, le colostrum, rejeté par les populations, ou le sort réservé au placenta. Enfin, bien que cela ne semble pas vraiment poser de problèmes, la pluralité des recours et leurs éventuels empiètements thérapeutiques, soulignent des divergences sur l'interprétation du processus de la grossesse et de ses troubles.

Une régulière violence

Dans la plupart des sites où les équipes ont travaillé, les interactions entre sages-femmes et parturientes sont violentes, allant d'insultes à des coups. Se posent alors de nombreuses questions concernant la question de l'éthique et des déontologies professionnelles.

Autres pistes

- Les signes de la délivrance : comment savoir que l'on va accoucher, différence entre "travail" et "faux travail"

- Les accouchements dystociques tels qu'ils sont vécus, les notions locales – émiques – de durées normales et anormales d'accouchement
- Les douleurs telles qu'elles sont ressenties et vécues (différences éventuelles entre les descriptions livresques et théoriques et ce qui est diversement vécu et exprimé selon les milieux) : douleur ressentie, possibilité de l'exprimer, etc...
- Les diverses présentations de l'enfant, comment sont-elles nommées et interprétées
- Les morts en couche : interprétations ("enfant qui tue sa mère", etc...), les pratiques (césarienne post mortem), les cérémonies de deuil
- Les accouchements de femmes célibataires ("accoucher d'un naturel", déroulement, risques, conduites de la famille)
- Les apprentissages sexuels et obstétricaux des enfants (pratiques ludiques de mime, de dérision) : les apprentissages et les "socialisations" du corps
- La position des hommes (échanges de la douleur, initiative des relations sexuelles, craintes, etc...)

Quelques manières d'aborder ces questions

Deux remarques d'ordre méthodologiques peuvent, enfin être faites concernant les modalités des enquêtes et du travail de recherche.

- Il est important de constater que le sens des travaux effectués par notre réseau est constant. Il consiste à débiter par une analyse ethnologique précise de type sémiologique et/ou ethnolinguistique avant d'aborder l'étude des interactions entre les divers acteurs concernés par ces pratiques. Il s'agit d'un choix, puisqu'il semble impossible de décrire une pratique sans comprendre le sens que les acteurs attribuent aux cadres de l'interaction (temps espaces, objets), à leurs statuts (hiérarchies, etc...) et à leurs enjeux.

Le continuum des actions peut être abordé de diverses manières :

- En découpant des séquences : les itinéraires, l'accouchement, les recours, etc...
- Par lecture diachronique : "la contraception des pratiques locales aux contraceptifs modernes, etc...)
- Par objets : le placenta, les gestuelles, le sang, etc... Mais aussi les instruments médicaux (échographe, etc...)
- Par thèmes : les préventions, les risques ressentis, etc...
- Par "ouvertures" : Les normes de conduites, les pratiques et le droit, les rapports avec la justice et/ou la police, etc...