

# LA GROSSESSE IMPOSSIBLE CHEZ LES JEUNES FILLES SCOLARISÉES A BRAZZAVILLE

Marc LALLEMANT (1), Gonzague JOURDAIN (2)

(1) Médecin épidémiologiste ORSTOM.

(2) Ancien médecin adjoint du Service de Psychiatrie de l'Hôpital général de Brazzaville, interne des Hôpitaux psychiatriques de Paris.

## RÉSUMÉ

*La scolarisation au Congo apparaît comme l'un des moteurs de l'explosion urbaine.*

*Elle aboutit à l'affrontement entre la morale traditionnelle des aînés et les projets de réussite sociale qu'ils font pour leurs enfants et qu'ils fondent sur leur succès scolaire. Cet affrontement s'actualise lors des grossesses des adolescentes scolarisées.*

*Les discours et les faits rapportés à propos de l'avortement sont ordonnés sur quatre plans : la loi, la démographie, le vécu et l'éthique.*

*Il est clair que l'enjeu n'est pas la loi qui fait de l'avortement un acte « criminel » et qui oblige à y recourir dans les plus mauvaises conditions qui soient. La libéralisation de l'avortement permettrait qu'il cesse d'être un fléau social pour les uns, un problème de santé publique pour les autres.*

*En revanche, seraient alors mis à jour les réels problèmes d'une société en mutation, problèmes qui seront résolus de façons diverses mais qui ne pourront l'être que dans le dialogue, seul moyen de sortir de la double contrainte dans laquelle se trouvent aujourd'hui et à leur insu les jeunes écolières : « sois féconde et pour réussir à l'école ne fais pas d'enfant ». Avorter est la seule réponse que les élèves peuvent aujourd'hui apporter à cette double contrainte.*

MOTS-CLÉS : Avortement — Grossesse — Adolescence — Urbanisation — Santé Publique — Scolarisation — Brazzaville.

## ABSTRACT

### THE DIFFICULT PREGNANCY IN THE SCHOOLGIRLS AT BRAZZAVILLE

*In Congo, school attendance seems to be partly responsible for the urban growth.*

*It results in opposing the elders' traditional ethics and the plans they formed for their children on the basis of their school success. This opposition becomes a reality when the schoolgirls are pregnant.*

*The discourses and facts concerning abortion are examined from four points of view, namely the law, the demography, the actual experience and ethics.*

*It is obvious that the law which assimilates abortion to a "criminal" act and forces to resort to it in the worse conditions possible is not at stake. Free abortion would allow it to be no longer a social plague for some and a problem of public health for the others.*

*On the contrary, the real problems faced by a changing society would crop up and they will be solved in various ways but only through the dialogue which is the only method for getting rid of the double constraint faced nowadays by the schoolgirls without them knowing it : "be fertile and not pregnant to be successful at school". Abortion is nowadays the only solution available for the schoolgirls.*

KEY WORDS : Abortion — Pregnancy — Adolescence — Urbanization — Public health — School attendance — Brazzaville.

Dans le texte qui suit, nous avons abordé le problème de l'avortement sous quatre aspects différents : la loi, la démographie, le vécu, et l'éthique.

Il s'agira moins de proposer une analyse approfondie que d'ordonner des discours et des faits.

*« J'ai 20 ans — je suis fille mère. Mon enfant à 2 ans 1/2. Les relations avec le père de mon gosse étaient finies. Je devais recommencer ma vie à zéro. J'ai un copain qui me promet le mariage. Je quitte mes grands-parents, pour aller vivre auprès de mon copain. Tout marche bien mais je constate un retard de mes règles. On ne s'entend plus comme avant — des discussions presque tous les jours. Ne supportant pas ce comportement je rejoins mes grands-parents. A ce moment, il me déclare « que je vais « traîner » avec cette grossesse et le futur enfant « mangera » du sable ». En mon absence, il rentre chez moi et déchire toutes mes robes. Mes grands-parents, fâchés, convoquent le garçon pour arranger le problème. Je nie devant tout le monde le fait que je sois en grossesse. En compagnie d'une amie je vais voir un infirmier d'état qui me fait un curetage. Je paye 20 000 F.*

*Après quatre à cinq jours je sens des douleurs au bas ventre et je fais une forte diarrhée. Je me traite à la maison mais les douleurs persistent. Je suis hospitalisée.*

*L'infirmier me demande si j'ai avorté, je nie. Mon état ne fait que s'aggraver. Une fois je perds connaissance, et j'avoue. Lors de mon curetage, il y eut une perforation de l'utérus et une infection grave. Je subis une nouvelle intervention chirurgicale. Je suis restée pendant un mois à l'hôpital. Ce n'est qu'après que j'ai su qu'on m'avait retiré l'utérus.*

Comment, médecins préoccupés de Santé publique, avons-nous été amenés à recueillir de tels témoignages? Notre problématique de départ était de comprendre quelles étaient les conséquences sur la santé de l'explosion urbaine dont l'Afrique Noire est actuellement le théâtre. Nous avons choisi de porter notre attention sur le groupe constitué par les couples mère-enfant.

La grossesse et son issue, les premières années de la vie de l'enfant sont des moments de fragilité qui rendent cette population particulièrement sensible à ses conditions de vie. Parmi les nombreux événements en rapport avec la santé qui surviennent pendant cette période les facteurs environnementaux et d'intégration socio-culturelle sont connus pour intervenir sur son état de santé de façon prépondérante. Le phénomène d'urbanisation ne se réduit pas à une transformation du milieu écologique et à une densification de population. Il s'accompagne de modifications majeures des comportements individuels, de la structure familiale, des réseaux de solidarité et des contraintes sociales et économiques.

Quelles en sont les conséquences du point de vue de la santé?

En milieu scolaire tout particulièrement, les grossesses qui autrefois amenaient l'exclusion pure et simple des écolières sont maintenant tolérées. Mais s'il y a, en 3<sup>e</sup>, autant de garçons que de filles, il reste une fille pour cinq garçons en Terminale. Pour ces écolières dont près de 50 % ont migré à Brazzaville pour leur scolarité, la grossesse apparaît comme un handicap majeur. Elle aboutit, lorsqu'elle ne donne pas lieu à un avortement clandestin, à une maternité où est accumulée une majorité de facteurs de risque de fausse couche précoce, de mortalité maternelle ou infantile (toxémies gravidiques, hypotrophie foeto-placentaire, prématurité, accouchements dystociques) : mauvaise acceptation d'une grossesse s'inscrivant dans un cadre conflictuel, surveillance pré et post-natale difficile, primiparité et jeune âge, grande fréquence des maladies sexuellement transmises et des malnutritions. On admet qu'en France 30 % de ces grossesses sont compliquées et que la mortalité infantile varie entre 30 et 50‰ (mortalité infantile générale à Brazzaville, en 1974 : 72‰) (DIAFOUKA, 1983).

A ces problèmes liés au contexte de la grossesse s'ajoutent ceux d'un sevrage très précoce et de la prise en charge de l'enfant pour cette jeune mère qui ne sera restée souvent que 48 heures en maternité pour retrouver au plus tôt les bancs de l'école.

Ce groupe des mères scolarisées nous est apparu particulièrement préoccupant : quelques chiffres permettent de juger l'ampleur du problème :

Brazzaville a dépassé 500 000 habitants, l'exode rural constitue 50 % de son accroissement annuel, 45 % de sa population est scolarisée. Cette situation unique en Afrique est liée au phénomène d'urbanisation lui-même. La migration vers la ville due aux difficultés de vie du monde rural et à la recherche d'un emploi, est également une migration vers et à travers l'école : le collège du district, le lycée d'un grand centre secondaire, plus tard de la capitale. 40 % des écolières du second cycle ont eu au moins un enfant.

Cette scolarisation qui s'est développée essentiellement après l'Indépendance, constitue une véritable révolution : elle est obligatoire pour les garçons comme pour les filles pendant 10 ans, et concerne effectivement l'ensemble du pays jusqu'au moindre village. Si elle apparaît comme l'un des moteurs de l'urbanisation, c'est qu'elle prépare à une toute autre vie qu'à celle de paysan. Elle apparaît, pour tous les parents congolais, comme le seul espoir de réussite pour leurs enfants. Pour cela, ils consentent à d'énormes sacrifices, allant jusqu'à prendre l'initiative de construire eux-mêmes des écoles, pour mettre les pouvoirs publics en demeure de fournir un instituteur. L'aide de l'État reste modeste.

Il leur faudra payer la plupart des livres et des cahiers, la tenue scolaire, les inscriptions et assurances. Les classes sont surchargées et l'occupation des locaux en deux « vagues » (matin et après-midi), désorganise totalement la vie familiale. Pour ces élèves, ne pas avoir le temps de manger à la maison veut souvent dire ne pas manger du tout.

Beaucoup de ces élèves participent au secteur économique informel (petit commerce, réparations diverses...) et tentent de conserver le plus tard possible ce statut d'écolier qui leur confère une liberté qu'ils n'auraient pas en tant que jeunes « inactifs », dont le seul statut, en l'absence de revenu, est celui d'aides familiaux...

C'est à une meilleure compréhension de l'ensemble de ces faits et de leurs conséquences que s'est attaché l'ensemble des enquêtes réalisées en milieu scolaire, avec la volonté de se servir de l'information recueillie pour envisager, avec le concours des agents de la Santé Scolaire et des Affaires Sociales, les actions possibles.

En effet, ces agents de Santé Scolaire et Assistants Sociaux sont débordés par le nombre :

- ils sont, sur le terrain, au plus une centaine pour s'occuper de plus de 230 000 élèves;
- ils ne disposent pour faire face à cette situation d'aucune pédagogie propre à l'intervention en milieu scolaire;
- ils n'ont, de ce fait, pour ligne d'action que des décisions administratives s'appuyant bien souvent sur des modèles extérieurs.

Pour dégager ce que pourraient être des modes d'actions spécifiques en milieu scolaire, il apparaissait donc nécessaire de se tourner vers les élèves et d'écouter leur demande. Pour ce faire, nous avons utilisé des techniques d'animation de groupe, sur l'initiative de Joseph TCHICKAYA, chercheur à l'INRAP (Institut National de Recherche et d'Action Pédagogique).

Nos questions initiales portaient sur la grossesse, la contraception et l'avortement. Mais c'est à partir de l'avortement que nous avons pu mettre le plus directement à jour les conflits les plus violents qui entourent la grossesse chez les scolarisées.

C'est donc de cette grossesse, impossible à ce moment de la vie de la jeune fille, qu'il va être question maintenant.

Dans son article « Une Sociologie de l'avortement est-elle possible? », ISAMBERT (1982), prenant l'avortement au niveau du débat dont il fait l'objet, distingue « quatre plans de définition de ce fait

social, constituant formellement au départ quatre objets différents :

- fléau social ou problème d'hygiène publique?
- catastrophe démographique ou moyen de régulation des naissances?
- perversion sexuelle ou expression du droit de la femme?
- homicide ou opération chirurgicale? ».

C'est sur ces quatre plans que nous avons tenté d'organiser notre réflexion à partir du matériel recueilli au cours de nos entretiens avec les élèves, les assistants sociaux et les agents de la Santé Scolaire.

Ces quatre objets existent par essence mais nous verrons qu'au Congo, et dans les limites de notre propre analyse, nous leur accordons des importances différentes.

### I. Fléau social ou problème d'hygiène publique ?

Dans la plupart des pays, le taux de mortalité par âge décroît rapidement jusqu'à l'âge de 10 ans environ, pour remonter lentement à l'entrée dans la vie professionnelle, qui coïncide pour les femmes au début de leur période de fécondité. L'examen de la courbe de mortalité féminine à Brazzaville au cours des années 1974-75 montre une surmortalité considérable entre 15 et 30 ans (le taux de mortalité est de 1,4‰ entre 10 et 14 ans, 2‰ entre 15 et 19 ans, 3,1‰ entre 20 et 24 ans, 2,5‰ entre 25 et 29 ans). La courbe de mortalité masculine en revanche ne montre pas ce pic de mortalité. Ainsi, près de 300 décès par an (en 1974-1975) peuvent être imputés pour les femmes à l'entrée dans leur phase de vie féconde (1).

Le dispositif de protection de la Santé Maternelle et Infantile au Congo est très développé : la grande majorité des grossesses est suivie en services de protection maternelle et infantile et pratiquement toutes les femmes accouchent dans une maternité hospitalière. Ces 300 décès ne peuvent donc pas être attribués aux seules complications obstétricales de l'accouchement.

C'est, comme nous l'avons indiqué plus haut, en tant que problème majeur de Santé Publique que l'avortement nous est apparu. Il est clair que, pour nous médecins et étrangers, il ne pouvait en être autrement, même si ce problème nous était constamment présenté *d'abord* comme un fléau social (c'est l'expression même qui revient dans tous

(1) Cf. DUBOZ (P.) et HERRY (C.) (1979) ; PALMER (R.) (1973) ; CALDWELL (J. C.) (1973).

les entretiens d'assistants sociaux) et même une forme particulière de la délinquance.

Au Congo, l'avortement, qualifié de criminel, est réprimé par l'article 317 du Code Pénal. Les assistants sociaux ne pouvaient pas le présenter comme un problème de santé. Pour en savoir plus sur leurs convictions par rapport à cette disposition légale, nous avons voulu savoir dans quels cas, selon eux, l'avortement pouvait être conseillé, interdit, toléré (les réponses pouvant être multiples).

Sur les 110 agents interrogés :

- 62 conseillent (conformément à la loi) l'avortement pour maladie et infirmité congénitale (1);
- 15 conseillent l'avortement pour la poursuite des études;
- 10 lorsque la grossesse n'est pas désirée;
- 9 lorsque la fille a déjà un enfant en bas-âge;
- 5 lorsque la grossesse n'est pas reconnue.

L'avortement doit être interdit :

- pour 20 agents en cas d'avortements répétés;
- pour 15 d'entre eux lorsque la grossesse est avancée;
- Pour 14 lorsque la santé de la mère est en danger (conformément à la loi);
- pour 8 lorsque la grossesse est désirée. (Cette réponse étonnante *a priori* indique que ce n'est pas toujours l'écolière qui décide de son avortement).

Quant à l'avortement toléré, il est retenu :

- 18 fois pour cause de maladie;
- 16 fois pour cause économique;
- 16 fois pour cause scolaire;
- 13 fois en cas de naissances rapprochées;
- 6 fois pour des grossesses non reconnues;
- 6 fois pour causes sociales profondes.

La responsabilité effective de cet avortement est attribuée :

- 55 fois à la fille elle-même;
- 38 fois à son conjoint;
- 38 fois à ses parents;
- 24 fois au couple;
- 23 fois au praticien de l'avortement;
- 13 fois à la société et au milieu familial.

Ces positions beaucoup plus nuancées que les termes de la loi, nous ont amenés à poser la question

de leur pratique en ce qui concerne l'avortement. Les questions posées étaient :

- Quelle est à l'heure actuelle l'action des affaires sociales par rapport à l'avortement?
- Quelle devrait être cette action de l'avis des agents?

Pour eux, l'action des Affaires sociales est très claire :

- s'entretenir avec la « patiente » dépistée par le Service de Santé;
- convoquer le partenaire (avec ses parents s'il est élève);
- poser les bases d'une contraception et orienter vers un spécialiste;
- expliquer aux partenaires les conséquences qui pourraient découler d'un avortement provoqué;
- expliquer aux parents l'évolution des mœurs à laquelle ils sont confrontés mais qui ne doit pas leur faire envisager l'avortement.

Les dispositions semblent tout à fait codifiées, mais lorsque nous demandons à ces travailleurs sociaux le nombre de cas qu'ils ont eu à traiter au cours de toute leur vie professionnelle, nous ne trouvons en tout que 7 cas d'avortements dans un groupe de 14 agents qui en moyenne travaillent depuis 5 ans.

C'est alors que l'un d'entre eux nous explique que c'est un enfant du quartier qui l'a informé du décès d'une des élèves dont il avait la charge dans son lycée. Il est manifeste que dans le strict cadre de leur travail, les agents, soumis à la double contrainte : « Occupez-vous des cas sociaux ET l'avortement est interdit », sont condamnés à l'inaction. Ce n'est d'ailleurs pas la seule situation où ils se trouvent confrontés à de telles contraintes : « Au nom de l'État, occupez-vous des cas sociaux ET l'État n'a pas de moyens à vous donner pour cela ». Dans ce deuxième cas, il semble que l'issue ne soit pas la catatonie mais la quête effrénée du sens de leur action : pas moins de 40 séminaires de formation ont été organisés par la Direction des Affaires Sociales pendant l'année 1983 soustrayant ainsi de leur terrain les agents sociaux.

En revanche, lorsqu'un enfant du quartier vient avertir l'assistante sociale, *chez elle*, de ce qui se passe dans *son* établissement, c'est peut-être que

(1) Parmi les anomalies congénitales qui doivent faire l'objet d'un avortement, la Drépanocytose, dont le diagnostic anténatal chez le fœtus ne peut être fait actuellement au Congo, apparaît 17 fois. Il faut savoir que 22 % des femmes sont porteuses du gène de cette anomalie de l'hémoglobine sans être malades et le savent, puisque sa détection fait partie des examens obligatoires en début de grossesse : le risque réel pour ces femmes hétérozygotes d'avoir un enfant atteint est de 5,5 %. Ce risque, en ville, est connu de toutes ces femmes, même s'il ne l'est pas avec cette précision. Toutes connaissent le sort des enfants atteints (homozygotes) : espérance de vie de quelques années, crises douloureuses aiguës, décès par anémie, infections, troubles du développement. Comment peut être perçu un tel fardeau génétique ?

le vrai travail des assistants sociaux se fait à un autre moment que pendant leurs heures de service... C'est donc dans leur quartier et en fonction de leurs compétences reconnues et en dehors du cadre de la loi, qu'elles interviennent pour informer, conseiller et éventuellement lorsqu'elles jugent le cas grave, orienter vers la personne capable de prendre les dispositions nécessaires.

Au total trois issues à ces doubles contraintes : l'impossibilité d'entendre et l'inaction dans le cadre du travail, la quête effrénée de sens dans les séminaires de formation et l'action réelle au titre des solidarités de quartier.

## II. Catastrophe démographique ou régulation des naissances ?

Le débat sur l'avortement qui a agité les pays occidentaux lors de l'adoption des lois libéralisant celui-ci a fait une grande part aux considérations démographiques. Les conclusions de ce débat n'ont jamais été claires.

Si nous nous en tenons à ce qui nous a été dit lors des entretiens avec les élèves, les assistants sociaux et les agents de la santé scolaire, ces préoccupations n'ont jamais été manifestées.

Pourtant, le Congo se trouve dans une situation démographique difficile de sous-peuplement (avec ses répercussions économiques) : 5 habitants au km<sup>2</sup>, population totale estimée à l'heure actuelle à 1,75 million d'habitants, concentrée le long de la ligne de chemin de fer qui relie les deux grandes métropoles (Brazzaville, la capitale : 1/3 de la population du pays et Pointe-Noire, le port et centre économique : 1/6 de la population totale).

Les pouvoirs publics ne semblent pas avoir une position très affirmée sur ces questions. Bien sûr, l'accent est mis sur le dépeuplement des campagnes et la nécessité d'y retenir les paysans, mais s'il existe une politique en matière de population, elle n'apparaît pas dans le discours transmis par les médias.

L'avortement n'est manifestement pas l'objet d'un discours démographique. La contraception, en revanche, que les centres de Santé maternelle et infantile sont censés mettre en œuvre, apparaît faire l'objet de dispositions plus ambiguës : jusqu'à maintenant, les méthodes officiellement proposées et transmises dans les messages d'éducation sexuelle destinés aux élèves sont les méthodes dites « naturelles » d'espacement des naissances. La possibilité d'obtenir, dans certains centres, des moyens de contraception hormonaux ou des dispositifs intra-utérins, semble davantage le résultat d'une exigence individuelle plutôt que la volonté de susciter une demande. L'accent est toujours mis sur les inconvénients et les contre-indications de ces méthodes.

Notons que certaines organisations internationales associent des programmes de planification des naissances à leurs projets de développement intégré (agricole et sanitaire). Nous n'en connaissons pas l'impact, mais les préoccupations antinatalistes qui fondent ces politiques ne sont jamais explicites. Il s'agit toujours de lutter contre la mortalité et la morbidité infantile par un espacement approprié des naissances...

## III. Perversion sexuelle ou expression du droit de la femme ?

Ce troisième plan est celui de l'individu, de ses motivations et de ses relations sociales. Ce sont donc maintenant les élèves qui vont prendre la parole.

Les choses ne se font pas par hasard : ce que nous voudrions montrer au préalable, c'est que ces jeunes filles scolarisées qui, en situation d'avortement, se trouvent au centre de tensions considérables, vont les négocier.

Avant d'essayer de discerner les enjeux individuels ou collectifs de l'avortement, et d'y trouver un (des) sens, nous devons répondre à deux questions :

- Quelles connaissances ont ces jeunes filles de leur fécondité et des possibilités de contraception ?
- Quelles connaissances ont-elles de l'avortement et notamment des risques encourus ?

Une assistante sociale en témoigne :

*« Comme le Directeur voulait à tout prix savoir ce que le groupe de l'ORSTOM était venu dire aux élèves il a donc assisté à la séance. Nous étions très impressionnés de voir que les élèves connaissaient tant de choses dans le domaine de la vie sexuelle : plus que certains adultes. Mais (le grand problème qui se pose c'est que) les élèves ignorent complètement les affaires sociales et leurs rôles ».*

Toutes les méthodes contraceptives modernes sont connues des élèves, mais ici comme ailleurs, leur mise en œuvre n'est pas facile, pour des raisons multiples, probablement d'abord pécuniaires, mais aussi parce que les contraceptifs efficaces ne sont jamais réellement proposés aux élèves.

Les élèves montrent qu'ils ont une connaissance particulièrement précise des conditions d'une contraception liée au cycle féminin :

Tous en parlent, indiquent très clairement les périodes théoriques de fécondité (qu'ils appellent « mauvaise période »), il est naturel chez le garçon de s'enquérir auprès de son amie de la période où elle se trouve ; et les filles disent qu'elles évitent d'avoir des rapports sexuels pendant cette période.

Les questions réitérées et précises de ces élèves concernant la régularité du cycle nous montrent

combien sont angoissants les caprices du cycle féminin.

Ce n'est qu'à l'issue d'un avortement que parfois les adultes qui les entourent ont une attitude positive. Il faut qu'une fille ait avorté pour que soit prise enfin au sérieux sa demande de contraception. Cette demande nous est apparue très forte, dans un contexte chargé d'angoisse; comment interpréter autrement ce questionnement répétitif et insatiable qui n'appelle manifestement pas un savoir mais une réassurance et des propositions. L'éducation sexuelle à l'école est faite par les professeurs de Sciences Naturelles et les fantaisies du « cycle de 28 jours » ne pouvaient pas ne pas désorienter les élèves qui fondaient sur lui leur contraception : cours d'éducation sexuelle manifestement faits par des naturalistes : certains élèves nous ont proposé l'examen de la glaire cervicale (1) comme moyen le plus sûr de déterminer le moment de l'ovulation...

Il convient d'ajouter à cela le flou et l'incohérence des messages délivrés par les médias : l'image de la sexualité, de la grossesse, de la famille véhiculée par les émissions télévisées et radiophoniques qui sont réalisées en Europe, en URSS, aux USA, est certainement incohérente.

Le risque vital et le risque de stérilité consécutifs à l'avortement sont parfaitement connus.

Lorsque l'on sait que plus de 25 % des élèves ont eu un enfant, que dire de leur désir de maternité? Quels sont les inconvénients d'une grossesse à l'école, aux yeux des élèves? Le tableau qu'ils nous en font est très négatif. Ce qui apparaît dans les réponses, c'est beaucoup moins souvent : « Ca sera compliqué d'avoir un enfant » que : « C'est difficile d'être enceinte ». C'est peut-être ce qui distingue les préoccupations des élèves de celles de leurs parents.

La grossesse est d'abord, pour l'élève, un ensemble de manifestations physiques :

Somnolence, hypersialorrhée (« elles crachent n'importe où et à n'importe quel moment »), envie de vomir, dérèglement de l'appétit et perversion du goût, caprices (« elles mangent des choses acides, elles choisissent des nourritures »), sensation de malaise, pâleur.

Ses relations avec ses camarades de classe, son partenaire, ses parents sont bouleversées : troubles du caractère (de « capricieuse » à « acariâtre »), anxiété.

Elle subit les réactions du milieu scolaire : honte vis-à-vis de ses camarades qui la poussent à s'isoler, critiques et sarcasmes de la part des professeurs.

Ce qui a des conséquences immédiates sur sa scolarité : elle devient inattentive, irrégulière en classe; elle se sent exclue des groupes de travail des élèves : « Une jeune fille comme toi, tu attrapes une grossesse avec un voyou qui ne travaille pas : bientôt il ne te restera plus qu'à manger tes cahiers avec tes bics ». L'élève à qui cette réflexion a été faite en public nous montre son désarroi.

L'écolière enceinte est par ailleurs soumise à un certain nombre d'exams médicaux qui gênent sa scolarité.

Elle se trouve évidemment confrontée aux réactions de son entourage familial : peur d'être chassée de la maison, et donc nécessité de se surveiller en permanence pour garder secrète cette grossesse le plus longtemps possible : méfiance notamment vis-à-vis de la mère qui, femme, saura vite reconnaître l'état de sa fille; extrêmement rares, les références à l'enfant : la famille ou le père de l'enfant pourront-ils prendre en charge l'enfant à venir? (« Qui paiera la layette? Qui achètera les ordonnances? »).

Sur 150 femmes de 20 ans en moyenne, élèves, choisies au hasard, qui toutes avaient eu un enfant ou étaient enceintes, un tiers nous ont dit avoir subi au moins un avortement. Cela veut dire que, pour toutes ces jeunes mères, à un moment de leur vie, poursuivre la grossesse était impossible.

Problématique qui n'est pas propre à l'Afrique, comme en témoigne le poème d'une patiente en situation d'avortement, cité par DUPREZ et VIALA (1984) :

*« Petit enfant, ne m'en veux pas  
Tu ne naitras pas bien sûr*

(...)

*Je sais que des racines arrachées  
Parfois reprennent ailleurs  
Je vais te garder dans ma tête.*

(...)

*Je ne t'abandonne pas mon bébé,  
A bientôt,  
Je t'attends... »*

Quelles sont les raisons qui rendent impossible la poursuite de la grossesse à un moment donné de leur vie, et d'abord quelles sont les forces en présence?

Les assistants sociaux et les agents de santé, dans la description du fléau social qu'est pour eux l'avortement, nous avancent certaines raisons qui rejoignent celles des élèves, mais elles sont trop connotées de jugements normatifs pour être rapportées ici.

(1) Référence à un test biologique qui permet de déterminer la possibilité d'une ovulation.

Les raisons qu'invoquent les élèves peuvent s'organiser autour de quelques thèmes :

1. C'EST LE PÈRE DE LA JEUNE FILLE QUI FAIT PROBLÈME :

- déshonneur pour sa famille : grossesse et maternité hors normes;
- charge financière supplémentaire;
- interruption des études et renoncement aux espoirs de réussite sociale de sa fille dans lesquels il avait investi;
- risque de mésalliance et mise en cause de la mère à qui incombe l'éducation des filles.

2. C'EST LE PARTENAIRE DE LA JEUNE FILLE QUI FAIT PROBLÈME :

- non reconnaissance de l'enfant à venir;
- élève ou chômeur, ne pouvant pas assumer financièrement la grossesse et la vie d'un foyer;
- absence, soit parce que la jeune femme a plusieurs partenaires au moment de la conception, soit parce qu'il n'est pas celui qui pourrait être socialement accepté : désaccord sur le père possible entre la jeune fille et son père. (« Tu as deux copains; entre les deux il y en a un que tu veux et l'autre que tu prends comme bon payeur. En cas de grossesse, c'est celui que tu considères le moins qui sera le maître : tu ne peux qu'avorter. »)

3. JAMAIS LES JEUNES FILLES N'ÉVOQUENT LEURS RAPPORTS AVEC L'ENFANT À VENIR. Il n'y a jamais de discours psychologisant sur l'enfant « non désiré », et pour cause puisqu'il est désiré : les élèves interrogées nous disent vouloir en moyenne quatre enfants.

Toutes ces raisons sont avancées par des garçons et des filles alors qu'ils ne sont pas en situation d'avortement, au cours d'entretiens dans les écoles.

Les témoignages qui vont suivre sont ceux des jeunes filles elles-mêmes, soit au cours de leur hospitalisation, soit au décours de leur propre avortement; ils ont été recueillis par des assistantes sociales.

Nous y retrouverons la lucidité des élèves face à leur situation, aux conditions dans lesquelles se pratique l'avortement et aux risques encourus. Ils montrent comment, dans chaque cas, le problème est posé et comment il se négocie. La richesse de ces témoignages n'appelle pas de commentaire, dans la perspective de cet article qui se veut essentiellement descriptif.

*J'avais 19 ans et j'étais élève au lycée. J'ai dû avorter parce que j'avais peur de mes parents, surtout de mon père.*

*En effet, au retour de mes sorties, il me disait souvent : « le jour où tu le « ramasseras » une grossesse, je te tuerai ». J'étais sa première fille, il ne voulait pas que je déshonore la famille. Une fois j'ai constaté que je n'avais pas mes règles; alarmée, je suis allée trouver mon copain pour le lui dire. Ce dernier m'a rassurée en me disant qu'il allait me donner un produit.*

*Le lendemain, il m'a sorti une bouteille de jus à moitié remplie d'un produit bleu qu'il m'a demandé de boire. Je devais prendre deux verres de ce produit le soir et deux autres verres le lendemain matin.*

*Deux jours après la prise de ce produit, je suis repartie chez mon copain rendre compte de ce que j'avais ressenti. Il m'a demandé si j'avais senti des douleurs au bas ventre et si j'avais eu des verliges. J'ai dit oui. Il m'a dit d'attendre la réaction encore quinze jours au moins.*

*Pendant tout ce temps j'avais très mal au bas ventre. Les quinze jours se sont épuisés sans résultat. Affolée, je suis repartie auprès de mon copain pour lui dire ceci : « Si mes parents se rendent compte de mon état, ma cause est perdue, alors si lu ne me fais pas avorter je vais me suicider ». Il m'a demandé de l'accompagner chez son ami, puis avec cet ami nous sommes allés trouver un autre ami qui pouvait nous aider. Le lendemain nous nous sommes rendus chez un monsieur qui est en même temps « pratiquant » et guérisseur. Là nous avons trouvé beaucoup de gens (hommes, femmes, enfants) qui étaient venus pour se faire soigner. Le monsieur m'a demandé si j'étais courageuse et si je pouvais supporter le placement de la tige dans le col. J'ai répondu oui. Il m'a ensuite demandé mon nom, mon âge, mon adresse, et à la fin il nous a mis en garde (en s'adressant surtout à moi) : « Si ton état vient à s'aggraver et qu'on t'emmène à l'hôpital, tu dois taire mon nom même sous la menace des policiers. Si tu me dénonces, je chercherai à te tuer « mystiquement ». Aussitôt, il s'est mis à me « travailler » avec un produit en poussière, et muni d'un mouchoir rouge, il m'a ouvert le col pour y placer la tige d'une plante qui pousse au bord des rivières, et l'opération était finie.*

*Arrivée à la maison, six heures après un long travail accompagné d'une douleur atroce, j'ai expulsé sans que mes parents sachent que je venais d'avorter. Néanmoins ils se disaient que j'étais malade et que je souffrais de règles douloureuses.*

*Après l'expulsion j'ai fait une hémorragie — je perdais tellement de sang que, de peur qu'on me découvre, j'ai fui la maison et suis allée me réfugier chez l'ami de mon copain. Cet ami a prévenu mon copain et tous les trois nous sommes allés à l'hôpital.*

*J'ai été reçue par une sage femme qui m'a demandé*

par quel moyen j'avais avorté. Je lui ai dit que j'avais bu du quinqueliba (1) bouilli.

*Vu que j'avais perdu beaucoup de sang, on m'a fait une transfusion. A la maison, mes parents m'ont cherchée en vain. Ils sont allés voir les parents de mon copain pendant que je me trouvais encore à l'hôpital. Les parents de mon copain ont fait arrêter leur fils au commissariat central, il n'a été relâché qu'à ma sortie de l'hôpital. Nos parents se sont ensuite réunis. Mon père avait décidé que j'allais désormais vivre avec mon copain chez ses parents. Mon père a dit ceci : je donne la main de ma fille à ce jeune homme sans réclamation de la dot, ne sachant pas si ma fille est devenue stérile à vie, elle ne pourra plus tenir un autre foyer, je décide que vous formez un couple et un foyer dès aujourd'hui. Comme c'était sous la menace de mon père, les parents de mon copain et lui-même ont accepté ».*

*« Je suis issue d'une famille de neuf enfants et suis la 4<sup>e</sup>. Notre père n'exerce aucune profession, c'est maman qui s'occupe de tout. Elle se débrouille pour nous élever en faisant des jardins et un petit commerce. Les filles sont obligées de « faire la débauche pour essayer de se maintenir au rythme des autres ».*

*Je me suis retrouvée enceinte sans le vouloir. Je n'avais pas de partenaire fixe et il m'était difficile de déterminer l'auteur de ma grossesse. En gardant la grossesse, je ne pouvais plus aller avec les hommes car selon nos coutumes une femme en grossesse ne peut être en contact sexuel qu'avec l'auteur de celle-ci. Pour avorter j'avais d'abord pris 15 comprimés de nivaquine, 5 comprimés par jour. Comme il n'y avait pas d'effets, je suis allée consulter une aînée du quartier, réputée pour les avortements. J'ai payé une somme de deux mille francs (2 000 F) puis elle m'a remis une tige rampante qui pousse partout même dans les coins de rue. La recette consistait à introduire cette tige dans le col puis enfoncer une bonne partie dans la cavité utérine et rester avec toute la nuit. Le lendemain matin j'avais commencé à saigner mais le fœtus ne sortait pas. Les saignements ont duré 2 semaines. Comme je souffrais atrocement, ma mère m'a amené à l'hôpital où on lui a annoncé que j'avais provoqué un avortement. Je ne pouvais plus me mettre convenablement debout, car le fœtus commençait à se décomposer dans le ventre. La seule solution était le curetage. Ma mère a payé une somme de 20 000 F (2) pour ce curetage et a payé les médicaments. »*

Le discours des écolières à propos de l'avortement tel qu'elles le tiennent à l'école nous avait d'abord donné le sentiment d'absence totale de choix, de passivité complète dans les rapports de force dont

leur grossesse faisait l'objet. A l'inverse, les témoignages directs, en situation, montrent une grande détermination. Ce qui est évident, c'est que dans la plupart des témoignages rapportés, la jeune fille devance le conflit qui devrait éclater avec son père, son partenaire, et son groupe social, notamment scolaire.

Car enfin, le problème n'est-il pas, pour elles, le choix de *modèles d'identification*?

Le vrai risque est-il que leur père les chasse, comme il n'a pas manqué de les en menacer, ou plutôt qu'il accepte le fait accompli et après une réprimande (de principe), confirme l'imminence de leur passage du statut d'élève à celui de « femme-mère »?

Les élèves ne nous disent-elles pas qu'elles devraient alors renoncer à « faire l'ambiance et le week-end »?

C'est peut-être le changement de classe d'âge qui apparaît aux élèves comme prématuré, plus que la grossesse.

Nous savons que dans certains groupes ethniques, l'habitude était, pour le père de la jeune fille, de reconnaître officiellement « l'enfant sans père » (cette situation n'est pas sans ambiguïté, et pose un problème d'équilibre entre la branche paternelle de l'enfant et son lignage). Et à propos de la multiplicité des pères, nous a été aussi rapportée la possibilité d'un recours à une procédure traditionnelle qui associe un rite de purification de la jeune fille à la désignation « du » père.

Il semble que le cadre traditionnel recèle généralement une réponse à l'absence de père, et que les difficultés matérielles sont, de toute façon, assumées par le groupe, ainsi qu'on peut le constater dans la grande majorité des grossesses qui arrivent à terme, et ce, malgré de multiples tentatives d'avortement (ou simulacre?). Ce qui nous importe ici, ce n'est pas de montrer la généralité de telle ou telle pratique ou croyance. La situation de ces jeunes filles est soluble sur un plan traditionnel dans la grande majorité des cas. Le sens de l'impossibilité de cette grossesse serait alors à rechercher dans une rupture avec le système traditionnel : la scolarisation, la réussite sociale des femmes, et le libre choix du conjoint. C'est dans ce sens que l'avortement ne nous est jamais apparu comme prenant valeur d'initiation (il peut se reproduire ; c'est une expérience qui ne donne pas accès à un statut particulier).

Parlant plus haut des « caprices » du cycle féminin, nous avons évoqué la « malchance ». Dans une société où le hasard a peu de place, comment expliquer la survenue d'une grossesse inopportune ?

(1) Plante médicinale courante.

(2) 20 000 F = 400 Francs Français = salaire mensuel d'un manœuvre.



La volonté de réussite sociale, au moyen de la scolarité, est très forte. Dès lors, on pourrait penser que cette grossesse, mettant en échec ces espoirs, pourrait être attribuée à la malveillance d'autrui, à l'instar de l'échec à l'examen. Même si parfois sont alléguées les « fausses » indications des copines de classe quant aux techniques contraceptives, même si, pour certaines jeunes filles, le port d'une cordelette a pour but de les prémunir du risque de conception, toutes les jeunes femmes interrogées ont démenti l'hypothèse d'une agression qui se traduirait par une grossesse au « mauvais » moment. Nous ne trouvons pas d'explication « traditionnelle », en termes d'agression, à un phénomène perçu par la société comme une valeur essentielle : la fécondité de la femme.

Cette valeur n'est pas contredite par le fait que l'avortement (et l'infanticide) ait été pratiqué de tout temps et dans toutes les sociétés (DEUREUX (G.), s.l.n.d.).

#### IV. Homicide ou opération chirurgicale ?

*« Cette jeune fille de 16 ans est au C.E.G. La grossesse était de 5 mois. L'avortement a été fait avec l'accord des parents. Son père et sa mère sont au village. Son père a deux femmes, elle habite chez la grande sœur de l'autre femme de son père. »*

*L'auteur de la grossesse, un homme marié qui après avoir grossi la fille avait pris la fuite en apprenant la grossesse de la jeune fille. Le cousin chez qui le couple se rencontrait avait également disparu.*

*C'est ainsi que les frères de la fille, sa sœur et son beau-frère ont décidé de la faire avorter. C'est ce qui a eu lieu hier à l'hôpital, mais malheureusement la grossesse était déjà avancée et on ne pouvait pas procéder comme chez les autres patientes. La sage femme qui pratique les avortements était obligée d'utiliser les forceps pour dégager le bébé qui était déjà totalement formé. À la sortie l'enfant a respiré pendant un temps puis il est mort. Il était de sexe masculin. Le corps a été déposé à la morgue.*

*Question : Pourquoi tes parents ont voulu que tu avortes d'une grossesse si avancée ?*

*Réponse : Cette sœur là, on est seulement de même père et elle, elle ne travaille pas. Son mari avait déjà commencé à faire des histoires et menaçait de me faire sortir de sa maison. Mon concubin avait disparu, je ne pouvais qu'accepter ce qu'ils me proposaient et puis je ne savais pas qu'à 5 mois l'enfant vivait déjà. Ici on ne voulait pas le mettre à la morgue. Peut-être que c'est à l'hôpital général qu'ils sont partis le déposer ».*

Les élèves n'ont jamais évoqué le problème du début de la vie bien que la loi désigne l'avortement comme « criminel ».

A quel moment commence la vie ? Chez ces élèves, en ville, les références culturelles sont particulièrement difficiles à saisir. Toutes conviennent que la conception est le résultat d'un rapport sexuel unique, mais que d'autres rapports en début de grossesse viennent compléter la formation du fœtus (processus donc étalé dans le temps qui reconnaît la contribution effective de partenaires éventuellement différents).

Il semble que les mouvements de l'enfant à partir du 4<sup>e</sup> mois de grossesse témoignent de sa vitalité, mais qu'il n'acquière son statut complet que quelques semaines après sa naissance, lors de l'attribution de son nom (s'il décède avant, il n'aura pas, en théorie, de funérailles complètes).

Il est à noter que les trois-quarts des élèves se disent chrétiens mais aucun ne nous a fait part des préoccupations de son Église en matière de morale.

#### Conclusion

L'enjeu n'est pas la loi qui fait de l'avortement un acte « criminel » et qui oblige à y recourir dans les plus mauvaises conditions qui soient, au coût le plus élevé en terme de vies humaines et de mutilations définitives (CHEYNIER, 1979).

La contraception n'est qu'une réponse partielle et l'expérience montre qu'elle n'a jamais « remédié » à la demande d'avortement, simplement parce qu'elle ne se situe pas sur le même plan. (HOUEL et LHOMOND, 1982).

La libéralisation de l'avortement permettrait qu'il cesse d'être un fléau social pour les uns, un problème de Santé publique pour les autres.

Alors seraient mis à jour les réels problèmes d'une société en mutation, problèmes qui seront résolus de façons diverses mais qui ne pourront l'être que dans le dialogue, seul moyen de sortir de la double contrainte dans laquelle se trouvent aujourd'hui, et à leur insu, les jeunes écolières : « sois féconde ET pour réussir à l'école, ne fais pas d'enfant ».

L'avortement comme réponse à une situation singulière, apparaît toujours surdéterminé par cette double contrainte. Il ne fait cependant pas partie de la règle du jeu.

« Toute grossesse accidentelle, qu'elle soit la première ou la 10<sup>e</sup>, traduit l'irruption d'une possibilité dans la vie d'une femme, qui s'oppose à (mais qui coexiste avec) des normes qui lui sont transmises concernant le moment et la situation appropriée pour devenir enceinte ». (NOVAES, 1982).

Il est clair que nous n'avons fait qu'effleurer les problèmes que pose l'avortement. Dans la mesure où ces problèmes mettent à jour des tensions qui sont peut-être propres à la nouvelle société urbaine, il sera nécessaire de répondre à la question de l'enracinement culturel de ces générations qui semblent s'affronter aujourd'hui.

## REMERCIEMENTS

Cette réflexion sur l'avortement est issue d'un travail collectif avec

Joseph TCHIKAYA, chercheur à l'INRAP (Institut de Recherche et d'Action Pédagogique à Brazzaville), et

Sophie LALLEMANT-LE CŒUR, médecin responsable du Centre de Santé Maternelle et Infantile de Ouenzé (Brazzaville).

Nous remercions les agents de la Santé Scolaire et des Affaires Sociales qui participent à ce travail.

## BIBLIOGRAPHIE

- CALDWELL (J. C.), 1973. — Régulation de la fécondité. *In*: croissance démographique et évolution socio-économique en Afrique de l'Ouest. The population council, New York 1973 : 79-133.
- CHEYNIER (S. M.), 1979. — La loi Veil : Bilan d'une pratique. *In*: colloque international de « choisir ». UNESCO 5-6-7 octobre 1979, Gallimard 1979 : 302-333.
- DEUREUX (G.), s.l.n.d. — A study of abortion in primitive society. A typological, distributional, and dynamic analysis of the prevention of birth in 400 preindustrial societies.
- DIAFOUKA (F.), 1983. — Démographie de Brazzaville, 1983. Thèse d'état ès sciences économiques, Paris I, 300 p.
- DUBOZ (P.) et HERRY (C.), 1979. — Études sur l'enregistrement des naissances et des décès à Brazzaville (1974-1975), R. P. CONGO. *Cah. ORSTOM, sér. Sci. Hum.*, vol. XIII, n° 3, 1979 : 283-297.
- DUPREZ (D.) et VIALA (M.), 1984. — Le médecin et la problématique de l'avortement. *Psychologie médicale* 1984, 16, 3 : 473-477.
- HOUEL (A.) et LHOMOND (B.), 1982. — Avortement et morale maternelle, 1968-1978. *Revue Française de Sociologie* 1982, XXIII, 3 : 487-503.
- ISAMBERT (F. A.), 1982. — Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? *Revue Française de Sociologie* 1982, XXIII, 3 : 359-383.
- LAMY (M. L.), 1982. — Avortement-contraception vus à travers Population, 1970-1981. *Revue Française de Sociologie* 1982, XXIII, 3 : 519-527.
- NOVAES (S. B.), 1982. — Les récidivistes. *Revue Française de Sociologie* 1982, XXIII, 3 : 473-487.
- PALMER (R.), 1973. — Témoignage. *In*: Avortement : une loi en procès, l'affaire de Bobigny, 1973 Gallimard : 76-83.