



” L’avortement, ses pratiques et ses soins ”. une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso

Ramatou Ouedraogo

► **To cite this version:**

Ramatou Ouedraogo. ” L’avortement, ses pratiques et ses soins ”. une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso. Anthropologie sociale et ethnologie. Université de Bordeaux, 2015. Français. <NNT : 2015BORD0036>. <tel-01283691>

HAL Id: tel-01283691

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01283691>

Submitted on 6 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE École Doctorale Sociétés, Politiques, Santé Publique
SPÉCIALITÉ Anthropologie Sociale- Ethnologie

Par Ramatou OUEDRAOGO

« L'AVORTEMENT, SES PRATIQUES ET SES SOINS »

*Une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des
politiques publiques de santé au Burkina Faso*

Sous la direction de : Marc-Éric GRUÉNAIS

Soutenue le 05 mars 2015

Membres du jury :

M. GRUÉNAIS Marc-Éric, Professeur, Université de Bordeaux, Directeur de thèse

M. SVANEMYR Joar, Professeur associé, Université d'Oslo, Président

Mme MAZZOCCHETTI Jacinthe, Professeur, Université Catholique de Louvain,
Rapporteur

M. RIDDE Valéry, Professeur, Université de Montréal, Rapporteur

Mme. GUILLAUME Agnès, Ingénieur de recherche, IRD/CEPED, Examineur

M. SOUBEIGA André, Maître de conférences, Université de Ouagadougou,
Examineur

Titre :

« L'avortement, ses pratiques et ses soins ». Une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso

Résumé :

L'avortement provoqué sans indication médicale ou juridique dans les pays où il est interdit comme au Burkina Faso pose à la fois un problème de santé publique et un problème social. C'est cette double problématique que cette thèse a exploré pour expliquer les difficultés que rencontre le pays à lutter contre les avortements à risque, et comprendre les facteurs de l'accroissement de la pratique parmi les jeunes. Une immersion dans l'univers de l'avortement (structures sanitaires et vie de femmes et d'hommes ayant fait l'expérience de l'avortement) ainsi que des entretiens avec différents acteurs, ont permis de montrer que la manière dont l'avortement est pensé et traité dans l'espace public burkinabè concourt à créer des obstacles rédhibitoires à sa constitution en problème réel de santé publique et à sa gestion efficiente. Il est conçu socialement comme une déviance et est fortement reprimé. Les stigmates consécutifs à cette déviance et ses enjeux moraux et symboliques marquent alors de leur sceau le processus conduisant à la reconnaissance sociale et politique du problème. Par conséquent, l'avortement est partiellement inscrit à l'agenda des politiques publiques de santé, et les recours et les modalités d'accès aux services d'avortement dans les structures sanitaires s'en trouvent fortement influencés. Quant à l'occurrence de l'avortement parmi les jeunes, elle a trait aux pratiques des jeunes urbains dans un contexte marqué par une mutation des modes d'accès au statut d'adulte et une précarité économique et statutaire. Ce travail montre que les grossesses qui aboutissent aux avortements sont la conjugaison d'une hétéronomie des jeunes femmes et de dynamiques d'individuation dans leurs « débrouilles » pour devenir adulte et pour réussir dans la ville de Ouagadougou. À ce titre, cette recherche apporte une contribution aux réflexions dans les champs de l'anthropologie des jeunes et de l'anthropologie de la santé.

Mots clés :

Avortement – jeunes – femmes – rapports de genre – politiques publiques de santé – décision – sujet – globalisation – soins après avortement – Burkina Faso

Title :

“Induced abortion, practices and care”. An anthropology of youth through social norms and public health policies in Ouagadougou (Burkina Faso)

Abstract :

Induced abortion without medical or legal request in countries where it is prohibited such as Burkina Faso poses both a public health and social problems. It is this double problematic that this thesis explored in order to understand the causes of the difficulties facing the country to fight against unsafe abortions, and the factors that increased this practice among young people. Immersion in abortion universe (health facilities and lives of women and men who have experienced abortion) and interviews with various actors, have shown that the way abortion is thought and treated in public space combine to create insurmountable obstacles to its constitution as a real public health problem and its efficient management. It is designed as a deviance and it is highly reprobated. Consecutive stigmata due to this deviance and its moral and symbolic issues mark their seals to the process leading to social and political recognition of the problem. Therefore, abortion is partially on the public health policies agenda, and access to abortion services in health structures are accordingly influenced. The occurrence of abortion among youth refers to practices among “young people” in a context marked by a mutation of the way of accessing social adulthood status, as well as economic and statutory precariousness. This work shows that pregnancies that lead to abortions are the combination of a heteronomy and individuation impulses within young women in their resourcefulness to become adult and succeed socially and economically in the city of Ouagadougou. This research therefore contributes to studies in the fields of anthropology of the subject and the anthropology of health.

Keywords :

Abortion – youth – Women – gender relations – public health policy – decision – subject – globalization – post-abortion care – Burkina Faso

Unité de recherche

UMR 5115 CNRS – Les Afriques dans le Monde (LAM)

Institut d'Études Politiques de Bordeaux

11 allée Ausone – Domaine Universitaire

33607 Pessac Cedex



Financement

Cette thèse a été réalisée avec le soutien financier du Conseil Norvégien de la Recherche (The Research Council of Norway) et l'Université d'Oslo



À toutes les jeunes femmes et hommes, qui en dépit de leurs réticences et de leur souffrance, ont bien voulu m'accorder leur confiance et partager leurs expériences, leurs joies et leurs peines.

Cette thèse leur est spécialement dédiée.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à témoigner ma gratitude et ma reconnaissance à mon directeur de thèse Marc-Éric Gruénais pour avoir rendu possible ce travail grâce à ses conseils, ses critiques, sa compréhension et sa réactivité. Il a su jouer le rôle de directeur et au delà en me soutenant à chaque instant et en m'intégrant dans sa famille. À lui je dis « merci pour cette confiance ».

Je voudrais aussi manifester ma reconnaissance aux chercheurs qui ont participé de diverses manières à l'éclosion de cette thèse. Il s'agit en premier d'André Soubeiga et de Valery Ridde pour avoir suivi l'évolution de ce travail en tant que membres de mon comité de thèse, et pour avoir accepté d'évaluer sa version finale. Je remercie ensuite Jacinthe Mazzocchetti, Joar Svanemyr et Agnès Guillaume pour avoir accepté de participer au jury de la soutenance. Enfin, aux chercheurs Joseph Josy Lévy, Dragoss Ouédraogo, Frédéric Le Marcis, Fernand Bationo, Roger Zerbo, Jacky Bouju, Francis Simonis, Katrin Langewiesche, Annick Tijou-Traoré, Clémentine Rossier et Emmanuel Bonnet pour m'avoir guidée, motivée et soutenue par des relectures, des orientations et des critiques qui ont aidé à structurer ma réflexion. Une mention particulière à Anne Attané, Agnès Guillaume, Fatou Ouattara, Josiane Tantchou et Maud Saint-Lary qui, en plus de m'avoir « coachée » scientifiquement, ont su m'épauler et me « materner » durant certains passages à vide.

La préparation de cette thèse a bénéficié du soutien financier de l'Université d'Oslo en Norvège. À travers cette structure, ma gratitude va particulièrement à Johanne Sundby, Katerni Storeng, Ragnhild Beyrer et Ilze Gehe pour leur confiance, leurs conseils et pour avoir tout mis en œuvre pour faciliter les conditions de réalisation de ce doctorat. J'ai en outre pu compter sur l'appui technique du LAM, de l'ADES, du centre IRD de Ouagadougou, de l'UMR 912 à Marseille, de l'ED-SP2 et du secrétariat du Département d'anthropologie de l'université de Bordeaux. Aux personnes qui représentent ces structures, j'adresse un grand merci pour leurs soutiens logistiques et administratifs. Il s'agit notamment de Jean Marc Leblanc, représentant de l'IRD-Ouagadougou, de Céline Thiriot, d'Isabelle Genty, de Ghislaine Laflaquière et de Dorothee Ben Raal. Je remercie aussi Jean-Raphaël Bobo du service d'imprimerie pour ses encouragements.

À mes collègues et ami(e) doctorants Alexandra Clavé-Mercier, Pierrine Didier, Clara Lemonnier, George Rouamba, Cédric Lévêque, Césarine Sambou, Mariannick Pichon, que dire, sinon merci et encore merci pour votre soutien sans faille, ô combien important pour surmonter les difficultés. Un merci particulier à la mère d'Alexandra, Mme Dorothee Mercier et à Pierrine pour leur relecture.

Ma reconnaissance va aussi à tous mes ami (e) où qu'ils soient pour leur présence, leur affection et toutes les autres formes de soutien dont peuvent faire preuve des amis. Ce sont ma sœur de cœur Émilienne Belem-Kiba, Pedro Vergé-Dépré, Abdoul Kader Bitié, Fati Balima, Louise Kadsondo, Drabo Seydou, Konkobo Adjara, Alizeta Ouédraogo,

Dénise Hien, Gnessi Siaka, Rouamba Guy Bertrand, Masseni Diomandé, Patrick Ilboudo, Fatou Karambiri-Bitié, Ange Garané-Dabiré, Leigh Gabrielle, Olabisi Shoaga et Alice Tchoumkeu.

La production des données a pu se faire avec le concours des structures sanitaires que sont le CHU-YO, le CMA du secteur 30, des CSPS et CM du district de Bogodogo et la clinique de l'ABBEF. Je tiens ici à remercier les hommes et les femmes par qui ces structures existent. Il s'agit particulièrement du Pr Charlemagne Ouédraogo, alors chef du service de Gynécologie et d'obstétrique au CMA, dont la présence à mes cotés a constitué un « sésame » pour accéder aux structures du district de Bogodogo ; de Mr Boureihiman Ouédraogo, Directeur exécutif de l'ABBEF, pour les moyens mobilisés pour faciliter mon immersion dans sa structure ; et les Pr Jean Lankouandé et Thiéba Blandine du service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU-YO pour avoir travaillé à légitimer ma présence. À mes « tanties », « tontons », « grandes sœurs », « grands frères » et ami (e) Mme Diarra, Mme Diallo, Mme Belemkoabga, Mme Compaoré, Mme Maïga, Mme Balima, Mme Konseiga, Mr Marc Sawadogo, Mme Gamené, Rose ma chère « fille », Alice Drabo, Mme Belem, Mr Ba, Mme Somé, Mme Zoundi, Mme Paré, Dr Pena, Dr Souley, Dr Dieudonné, Dr N'Diaye, je manifeste ma profonde gratitude pour avoir transcendé l'altérité et fait de moi un des leurs. Je voudrais aussi remercier Ousmane Sandwidi et Kader Zoungrana du Centre jeune du secteur 15, pour m'avoir aidée dans l'organisation des focus groups.

À mon père et à ma mère, je transmets mes remerciements pour leur patience devant « des études interminables », qu'Allah le tout puissant fasse que je puisse toujours bénéficier de vos bénédictions et conseils. Ma reconnaissance va également à mon grand frère Lassine qui a toujours su m'accompagner dans mes choix, ainsi qu'à mes frères et sœurs, Kalizeta, Moumouni, Djeneba, Maman, Yacou, Adama, Harouna et Sali, pour leur soutien. Une reconnaissance particulière à ma petite nièce Habiba Ouédraogo qui m'a accompagnée dans les transcriptions.

À mon compagnon, Pierre-André Lenne, je dis toute ma gratitude et ma chance de l'avoir à mes côtés. Merci d'avoir ravivé ma flamme et de m'avoir insufflée l'énergie nécessaire pour finaliser cette thèse. Je remercie aussi ta belle-mère Marie-Claude Biard-Lenne, ton père Christian Lenne et ton Frère François Lenne, qui en plus de m'avoir adoptée, m'ont soutenue et encouragée dans ce travail. Je remercie spécialement Marie-Claude et à son amie Mauricette Gallinato pour avoir relu ce travail.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	6
SOMMAIRE	8
SIGLES ET ACRONYMES	9
LISTES DES FIGURES	11
NOTICE SUR LA TRANSCRIPTION	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE	14
Éléments de contexte.....	19
Problématique et approches théoriques. Du sujet à controverse à l'objet anthropologique	22
Structuration de la thèse.....	35
Méthodologie d'un terrain sensible, et d'un objet illicite et secret	37
PREMIÈRE PARTIE : Vulnérabilité face aux grossesses prénuptiales et à l'avortement : des trajectoires de jeunes entre contraintes et « agentivité » pour devenir adulte	63
Chapitre 1 : Précarité socio-économique et vulnérabilité face au risque de grossesses prénuptiales	69
Chapitre 2 : « <i>Je n'étais pas prêt(e)</i> ». Vulnérabilité induite par la grossesse et construction de la décision d'avorter.....	130
DEUXIÈME PARTIE : Des normes socio-juridiques aux politiques de soins d'avortement. Les Soins Après Avortement comme alternative à l'épineuse question de la légalisation de l'avortement	187
Chapitre 3 : Un « problème social ». De la déviance en question	190
Chapitre 4 : Un problème de santé publique. L'avortement dans la perspective des politiques publiques de santé	228
TROISIÈME PARTIE : « De l'illégal au légal ». Itinéraires d'avortement et de soins après avortement	278
Chapitre 5 : « Des trajectoires de l'ombre » : quand normes et codes juridiques imposent des recours risqués	281
Chapitre 6 - De l'ombre à la lumière. Perceptions des soins après avortement et logiques de recours	337
CONCLUSION GÉNÉRALE	420
Une rupture entre modèle global et conceptions locales du « problème » de l'avortement ?	420
Des sujets jeunes dans l'interstice de systèmes normatifs : entre prise de pouvoir et appropriation des codes de la domination.....	424
Une vulnérabilité séquentielle face à l'avortement à risque	428
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	431
ANNEXES	444
SOMMAIRE	459

SIGLES ET ACRONYMES

ABBEF : Association Burkinabè pour le Bien Être Familiale
AMIU : Aspiration Manuelle Intra-Utérine
APC : Avortement Provoqué Clandestin
AQUASOU : Amélioration de la Qualité et l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence
ASMADE : Association Songui Manégré/Aide au Développement Endogène
BIR : Bilan Initial Rapide
CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables Médicaux
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CGD : Centre pour la Gouvernance et la Démocratie
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHUYO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMA : Centre médical avec Antenne chirurgicale
COS: *Communities Of Suffering*
CPN : Consultations Périnatales
CRESAR : Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction
CSPS : Centres de Santé et de Promotion Sociale
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DSF : La Direction de la Santé de la Famille
EDS : Enquête Démographique et de Santé
ENSP : École Nationale de Santé Publique
FMI : Fonds Monétaire International
GND : Grossesse Non Désirée
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IPAS : *International Products Assistance Services*
IPPF : *International Planned Parenthood Federation*
IRA : Insuffisance Rénale Aigue
IVG : interruption Volontaire de Grossesse

JHPIEGO : *Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics*

MEG : Médicaments Essentiels Génériques

MLF : Mouvement de Libération des Femmes

MMR : Maternité à Moindre Risque

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OBC : Organisations à Base Communautaire

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PAS : Programmes d'Ajustement Structurel

PASSAGE : Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique

PCCA : Projet de Prise en Charge Complète de l'Avortement

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PF : Planification Familiale

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire

PNP : Politiques Normes et Protocoles

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

PvVIH: Personne vivant avec le VIH

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation

ROM : Réention d'Œuf Mort

SAA : Soins Après Avortement

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

SMS : *Short Message Service*

SND : Service National de Développement

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SR : Santé de la Reproduction (Santé Reproductive)

UNFPA : *United Nations Population Fund* (Fonds des Nations Unies pour la Population)

WVSA : *World Values Survey Association*

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Multipartenariat et rapport au temps.....	112
Figure 2 : Représentations du processus de la fécondation et de la vie intra-utérine...202	
Figure 3 : Cycle du processus social de construction du stigmaté de l'avortement.....227	
Figure 4 : Processus d'émergence des maladies.....230	
Figure 5 : Processus de l'impact des stigmates de l'avortement.....279	
Figure 6 : Méthodes et itinéraires d'IVG.....335	

Tous les noms des personnes et les noms des structures sanitaires dans les appels de notes de terrain ont été modifiés ou remplacés par des sigles conformément au contrat moral d'anonymat établi avec les personnes interrogées.

NOTICE SUR LA TRANSCRIPTION

La transcription du *moore* utilisée dans ce travail suit l'alphabet et le code orthographique fixé par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique du Burkina Faso dans le décret du 30 septembre 1986.

Alphabet	Prononciation
a	a
b	b
d	d
e	e
ε	ε
f	f
g	g
h	h
i	i
ɪ	ɪ
k	k
l	l
m	m
n	n
o	o
p	p
r	r
s	s
t	t
u	u (ou)
v	ɔ
v	v
w	w
y	j
z	z

Remarques :

L'écriture du *moore* ne connaît qu'un seul accent, utilisé avec les voyelles, cet accent est le tilde : ~

INTRODUCTION GÉNÉRALE

28 novembre 2011, FS1¹. Il est 11h45, un appel du Docteur P. (médecin en spécialisation de gynécologie) m'informe qu'un « cas d'APC² » vient d'être admis dans la maternité du centre. J'arrive un quart d'heure plus tard dans la salle d'accouchement bondée de parturientes et de patientes (en plus des accouchements, cette salle reçoit aussi les cas de grossesses pathologiques, d'avortement, etc.). Au chevet de la patiente, le Docteur P., muni d'un perfuseur, tente de lui prendre le bras, mais la patiente se débat. Je m'adresse à elle en *moore*³, lui conseillant de laisser le médecin l'aider pour qu'elle puisse se sentir mieux. Rien n'y fait. Le Docteur P. se résout à demander du renfort auprès d'un de ses collègues, un homme de forte corpulence. En attendant l'arrivée de celui-ci, je consulte le dossier de la patiente : prénommée Jacky, elle a 18 ans et elle est commerçante. Résidente au secteur 20⁴ de Ouagadougou, elle a été référée par le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de son quartier pour « tentative d'IVG avec produits traditionnels » ; elle est admise à FS1 pour « tentative d'APC sur grossesse d'environ trois mois ». En plus de ces informations, le Docteur P. me raconte ce qu'elle sait de l'histoire de sa maladie : « Il paraît qu'elle a été enceinte par un policier. Le monsieur a disparu quand il a su et ils n'arrivent pas à le joindre. Donc elle est allée au village et avec l'aide de sa maman on lui a mis un produit traditionnel rouge dans le vagin, elle a commencé il y a quelques jours à se sentir très mal et ils l'ont donc amenée au CSPS ». L'homme arrive au bout de 10 minutes et nous demande, au Docteur P. et à moi, d'immobiliser la patiente afin qu'il lui pose la perfusion. Nous nous exécutons mais la tâche s'avère difficile. Elle se débat, empêchant le soignant d'atteindre la veine. Ce dernier la menace de la frapper : « Tu fais des bêtises et tu ne te tiens pas tranquille pour qu'on puisse t'aider. Si tu continues je vais te frapper ». La patiente ne se laisse pas impressionner : « Frappez-moi si vous voulez, je m'en fous, je vous dis de me laisser tranquille, je veux me lever et partir, vous voulez me tuer ». Le Docteur P. demande

¹ Abréviation pour anonymiser le nom des structures sanitaires où ont été effectuées les observations.

² L'APC, Avortement Provoqué Clandestin, est un sigle utilisé par les agents de santé dans cette structure pour désigner les femmes admises pour des complications post-IVG. Dans la troisième partie de cette thèse, j'analyserai la portée de ce sigle en termes de stigmatisme et la façon dont il peut influencer les rapports entre soignants et soignées pendant la prise en charge.

³ Le *moore* est l'une des langues majoritairement parlées au Burkina Faso. Elle est la langue des *Moose* (sing. *Moaga*).

⁴ La commune de Ouagadougou est constituée de 12 arrondissements comportant en tout 55 secteurs.

une aide supplémentaire à deux internes et nous parvenons finalement à poser la perfusion. Un prélèvement sanguin est aussi effectué pour des examens. Mais aussitôt après le Docteur P. relève un problème : la patiente semble être issue d'une famille d'« indigents », l'accompagnante qui avait en tout 500 Fr CFA aurait disparu avec une ordonnance depuis leur admission. Aussi, elle se demande si la famille sera en mesure d'assumer les frais du bilan sanguin pourtant crucial pour la prise en charge de la jeune femme : « *Il faut qu'on fasse les examens rapidement. Je soupçonne une infection* ». Je lui propose de rechercher l'accompagnante pour qu'elle puisse s'en assurer. L'accompagnante que j'ai pu retrouver au bout de quelques minutes m'a confirmé ne posséder que la somme de 500 Fr CFA : « *J'attends les autres, ils sont en train de chercher de l'argent pour venir* ». Je lui propose mon aide qu'elle accepte et ensemble nous nous rendons à la caisse de l'hôpital pour payer les frais des examens. En route, le Dr P. m'appelle et me suggère de solliciter un soutien auprès de *Contact Hors Limite*, une structure qui aiderait à la prise en charge des malades indigents sans accompagnant : « *Chasse l'accompagnante et va les voir seule. Il faut leur expliquer qu'on a besoin de faire des examens et que nous voulons aussi des médicaments pour soigner la patiente. Dis leur qu'elle est seule, qu'elle n'a personne* ». L'accompagnante est donc priée de m'attendre à l'entrée de la maternité et je rejoins les locaux de *Contact Hors Limite* où je trouve deux employés (un homme et une jeune femme). Malheureusement, ils m'apprennent ne pouvoir rien faire avant 15 heures, alors qu'il n'était que 13h30 : « *Nous on travaille en collaboration avec l'Action Sociale et vu l'heure ils sont descendus. Il faut attendre 15 heures pour qu'on aille les voir. Sans ça on ne peut rien faire* ». Je tente de négocier en leur expliquant que la patiente a le temps de mourir d'ici 15 heures, sans résultat. J'abdique et m'en remets à ma décision initiale. Une fois les frais payés et les prélèvements remis au laboratoire, je retrouve l'accompagnante à l'accueil. Dans un échange, elle me confie sa colère à l'égard de sa nièce qu'elle ne pensait pas capable d'un tel comportement : « *Personne ne pouvait penser qu'elle faisait ça. Elle dit que c'est un policier qui l'a enceintée, quand elle est allée le voir pour lui parler de la grossesse, le monsieur a dit que ce n'est pas lui et il l'a chassée. Donc elle est partie et à la maison aussi on l'a chassée. Et on vient la retrouver dans cet état. Dites, la grossesse est toujours là ?* ». Je lui réponds que je l'ignore et que la priorité, pour l'instant, était la santé de la jeune fille. Dans la salle d'accouchement (il était 14h10), le Docteur P., de son côté, avait puisé dans leur réserve personnelle des solutés pour la perfusion de la patiente.

Pendant qu'elle prépare la poche de remplacement, une sage-femme constate que la patiente ne respire plus. Le Docteur P. appelle ses collègues : « *Venez vite m'aider, venez vite, patiente en arrêt !* ». Plusieurs soignants accourent pendant que je m'éclipse vers la salle d'admission. Le service de réanimation de l'hôpital est appelé à la rescousse au bout de cinq minutes de tentatives pour la réanimer. Quinze minutes après l'appel, deux médecins dudit service arrivent. Je m'aventure dans la salle d'accouchement et constate que l'équipe a réussi à réanimer la patiente, mais elle bouge à peine. L'un des médecins du service de réanimation l'examine un instant et s'informe sur les causes de son état. Le Docteur P. lui donne l'information brute : « *Ils disent qu'elle a mis des produits rouges⁵ dans son vagin, mais on ne sait pas ce que c'est comme produit* ». Tous les deux me chargent de rechercher davantage d'informations sur les produits utilisés ainsi que la période approximative de l'utilisation auprès des accompagnants. La mère de la patiente, qui était arrivée entre temps, sur la défensive et tremblante, me fournit quelques détails tout en se disculpant : « *Je vous jure que je ne sais pas. En fait, elle est tombée enceinte, et chez nous c'est interdit. Quand une fille est enceinte elle ne peut pas rester dans la cour, donc on l'a mise dehors. C'est hier qu'elle a commencé à avoir mal, ses jambes se raidissaient et elle m'a fait appeler. Quand je lui ai demandé, elle m'a dit qu'une personne lui a donné un médicament à mettre, qu'elle a mis ça avant-hier, le samedi, et c'est hier qu'elle a commencé à se sentir mal(...). Je ne sais même pas c'est quel genre de produit* ». Je rends compte aux deux médecins, mais celui du service de réanimation a des doutes sur la véracité des propos : « *Ce n'est pas possible, ça ne peut pas être depuis samedi seulement. Si c'était samedi elle n'allait pas être dans cet état-là, ils ne disent pas la vérité* ». Sur ce, il examine la patiente pendant un moment, et invite le Docteur P. à lui faire signe dès qu'elle aura les résultats des examens. Il était 15 heures. En attendant les résultats, une discussion s'engage entre les soignants dans la salle d'accueil. Une sage-femme estime que la jeune fille est la seule responsable de ce qui lui arrive alors que pour un des médecins, ce sont plutôt la loi et l'aveuglement des décideurs qui sont à incriminer. Il s'ensuit un débat sur la légitimité de légaliser ou non l'avortement. À 15h20, les résultats des examens confirment les soupçons du Docteur P., la patiente souffre d'une infection avancée qui a atteint les reins. Elle en

⁵ Dans les explications, il est ressorti qu'il s'agissait d'ovules à base de plantes et qui lui avaient été remis par un tradithérapeute.

informe le médecin du service de réanimation au téléphone qui lui communique le protocole à suivre.

J'ai quitté l'hôpital ce jour à 22 heures alors que la jeune femme était toujours inconsciente. Elle n'a repris conscience que six jours plus tard, une période éprouvante selon ses proches : *« Un des agents nous a dit un jour que nous on a de l'argent à jeter hein, qu'on n'est pas fatigué de dépenser autant d'argent ? Il se disait surement qu'elle n'allait pas se réveiller et que nous on ne devait pas gâter notre argent à acheter les médicaments, et comme c'était un avortement, même si les gens ne le disent pas, ils pensent au fond d'eux que c'est bien fait pour elle, que c'est la punition de Dieu. Donc moi je lui ai demandé ce qu'il voulait qu'on fasse, "vous voulez qu'on la laisse mourir ? C'est vrai qu'elle a fait une bêtise mais c'est après tout notre sang⁶. Tant qu'elle respirera, on fera tout pour acheter les médicaments pour qu'on la soigne. On arrêtera seulement quand vous aurez enlevé la machine qui la fait respirer et nous direz de partir avec elle, que c'est fini" »*. La jeune femme est sortie de l'hôpital le 09 décembre, soit 12 jours après son admission, et les frais engagés pour ses soins ont été estimés à environ 250.000 Fr CFA. Elle a été référée vers le service de psychiatrie pour cause de troubles psychiques.

Mardi 13 décembre 2011, Service de psychiatrie. Je retrouve la jeune femme et sa grande sœur, elles attendent d'être reçues par un médecin. Pendant l'attente, sa sœur me raconte un peu son histoire : *« Tu sais, si la petite se trouve dans ce problème aujourd'hui, c'est à cause de maman. C'est elle qui a tout fait pour qu'elle devienne ainsi et elle est au courant de l'histoire. C'est elle et la petite qui se sont arrangées pour faire l'avortement parce que la famille l'avait chassée, qu'elle n'a qu'à aller chercher l'auteur de la grossesse. Moi je travaille à Kombissiri⁷, quand ils m'ont appelée pour me dire qu'elle était enceinte, moi j'ai dit qu'elle n'a qu'à faire venir l'auteur de la grossesse et on va parler avant que les autres ne sachent, et comme ça s'il vient se présenter, même si on la chasse, elle pourra aller rester là-bas. Quand j'ai dit ça, maman et elle n'ont pas voulu entendre, elles ont arrêté de me parler et quand j'appelle, elles ne décrochent pas. C'est quand ça a chauffé et puis elle a été transférée*

⁶ Formule pour désigner les liens de parenté.

⁷ Kombissiri est une ville secondaire du Burkina Faso, elle est située à environ 40 kilomètres de la capitale Ouagadougou.

à Yalgado⁸ qu'on m'a appelée. Ça faisait au moins trois mois qu'elles ne me parlaient plus. Elle fait tout ce qu'elle veut, et maman la laisse faire, et quand tu veux parler, tu deviens l'ennemie de maman. Elle peut disparaître pendant trois à quatre jours, personne ne sait où elle est et elle revient quand elle veut. Il y a trop de choses à dire dans cette histoire.»

Des scènes similaires sont courantes dans les centres de santé de la ville de Ouagadougou. Certaines ont une issue heureuse, comme le cas de cette jeune femme qui malgré des troubles psychiques a eu la vie sauve. D'autres par contre y perdent la vie (trois jeunes femmes de 17, 18 et 22 ans sont décédées pendant cette enquête) ou gardent des séquelles physiques irréversibles telles que l'ablation de l'utérus qui leur ôte toute possibilité de concevoir.

La présente ethnographie met en évidence la multiplicité des acteurs qui gravitent autour de la prise en charge d'un cas de complication post-avortement, ainsi que les politiques et enjeux se rapportant à une « maladie » stigmatisée. Aussi, la situation de la jeune femme est l'aboutissement de ce que d'aucuns considèrent comme « un choix personnel », puisque de tous les échanges dont j'ai été témoin, aucune mention n'a été faite du rôle de celui appelé couramment l'« auteur » de la grossesse, cet homme marié qui a dénié ses responsabilités en refusant d'assumer la paternité. Ou de celui de la famille de la jeune femme qui, en la bannissant au nom de leur « coutume », l'ont poussée à chercher son salut dans l'avortement. Voire de celui de la loi et du système de santé burkinabè qui ne permettent pas d'accéder aux avortements médicalisés, lui laissant pour seule alternative l'avortement clandestin à risque. Ainsi, ce qui en apparence et dans les discours apparaît comme une décision personnelle, à regarder de près, laisse entrevoir tout le construit autour d'une décision, met en lumière des enjeux normatifs (les coutumes, par exemple, qui veulent que la jeune fille quitte le domicile familiale en cas de grossesse pré-nuptiale), sanitaires, personnels, éthiques, politiques. En somme, ce qui est appréhendé comme étant de l'ordre d'un choix personnel socialement incorrect, contribue à la visibilité du « problème » de l'avortement provoqué dans ses différents contours et que cette thèse se propose d'explorer.

⁸ Manière courante de désigner le Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou.

Auparavant, une précision lexicale s'impose car l'objet « avortement » recouvre une réalité plurielle. D'entrée de jeu, j'entends par « avortement » celui qui est provoqué intentionnellement et qui se démarque de l'avortement spontané. Deux termes sont généralement utilisés pour désigner ce type d'avortement : l'« avortement provoqué » et l'« Interruption Volontaire de Grossesse » (IVG) qui sont mobilisés conjointement dans cette thèse⁹. Plus spécifiquement, il s'agit des avortements non conformes aux dispositions législatives et juridiques régissant le recours à l'avortement, et qui sont par conséquent « hors la loi » et clandestins.

Éléments de contexte

L'interruption volontaire de grossesse est un phénomène présent dans tous les pays quel que soit le niveau de développement, la vigueur des programmes de planification familiale mis en place, le cadre juridique appliqué (Guillaume, 2004). Cependant, des éléments comme la législation, les condamnations morales, la pauvreté, les difficultés d'accès aux services d'avortement concourent à rendre certains avortements sans risque (*safe*) et d'autres à risque (*unsafe*), c'est-à-dire réalisés dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le nombre d'avortements provoqués dans le monde a été estimé à 43,8 millions en 2008 (Guttmacher Institute, 2012b). En Afrique, le nombre annuel d'avortements aurait connu une croissance entre 1995 et 2008, passant de 5 millions à 6.4 millions selon le rapport de Guttmacher Institute (2012a). En 2008, la plupart de ces avortements aurait été pratiquée en Afrique de l'Est (2.5 million), suivi par l'Afrique de l'Ouest (1.8 million), de l'Afrique Centrale (0.9 million) et l'Afrique australe (0.2 millions) (Guttmacher Institute, 2012a). En 2008, 47000 décès dans le monde étaient imputables aux avortements, soit 13% des décès maternels dans le monde.

Quant au Burkina Faso, à l'instar de nombreux pays africains, l'IVG y connaît une restriction sur le plan juridique. Depuis la colonisation, l'État voltaïque et par la suite burkinabè ont mis en place des lois qui n'autorisent l'interruption volontaire d'une grossesse que lorsque la vie de la femme est en danger, en cas de malformation fœtale,

⁹ Toutefois, nous verrons dans de cette thèse qu'à cause de la stigmatisation de l'avortement et des enjeux autour de la gestion du secret, certaines IVG revêtiront le statut d'avortement spontané et vice versa.

de grossesse issue de viol et d'inceste. Sur le plan social et religieux, l'avortement est une pratique quasi unanimement condamnée. Cela se traduit par une absence d'offre officielle de services d'avortement (excepté pour ceux autorisés légalement), et une forte stigmatisation de la pratique. Dans ce contexte, une grande majorité des avortements est réalisée dans la clandestinité, et consiste en une diversité de méthodes non sécurisées susceptibles de mettre en danger la vie de femmes comme l'exemple cité l'illustre. Aussi, depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, la sonnette d'alarme est régulièrement tirée sur cette dimension mortifère de l'avortement par des instances telles que l'OMS. L'Assemblée mondiale sur la santé en 1967, la Conférence sur la maternité sans risque à Nairobi en 1987, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994 ont été de ces cadres de rencontres qui ont permis de réfléchir sur la question et d'ébaucher des pistes de solutions. Lors de la CIPD par exemple, les gouvernements du monde entier, y compris les dirigeants africains, ont décidé de s'attaquer à l'avortement à risque en tant que « problème de santé publique », en mettant en place des mesures pour lutter contre ce type d'avortement et ses conséquences.

Dans cette perspective, l'État burkinabè a décidé de combattre les causes de l'avortement à risque, notamment les grossesses non désirées, par la vulgarisation de la planification familiale et la sensibilisation, soutenant l'idée qu'un meilleur accès aux moyens de contraception et l'éducation de la population viendraient à bout des grossesses non désirées et réduirait ainsi le nombre d'avortements. Aussi, le pays a-t-il intégré dans son système les soins post-avortement pour prendre en charge les complications issues des avortements clandestins, et pour finir a amendé son code pénal en 1996 pour élargir l'accès à l'avortement aux cas de viol et d'inceste. Malgré ces mesures, il peine à venir à bout de l'épineuse question des avortements à risque. Près de 20 ans après le début de la mise en œuvre de ces mesures, l'interruption volontaire de grossesse au Burkina Faso demeure un important problème qui se traduit par l'augmentation des recours à l'avortement surtout parmi les jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans (Bankole et *al.*, 2013). Entre 2008 et 2012, le nombre d'avortements provoqués clandestins sur l'ensemble du pays est passé de 87200 à 105000, dont deux tiers (65%) chez les jeunes femmes célibataires. La ville de Ouagadougou a enregistré 17300 avortements en 2012 contre 7800 en 2004. Les taux de recours sont estimés à 25 femmes pour 1000 âgées de 15 à 49 ans pour tout le pays et 28 pour 1000 pour la ville

de Ouagadougou. Compte tenu des difficultés à produire les statistiques et les biais qu'induisent les méthodes utilisées (Guillaume, 2004 ; Bankole et *al.*, 2013)¹⁰ on peut présumer que ces chiffres ne représentent que la face émergée de l'iceberg.

Aussi, le pays enregistre une persistance des difficultés d'accès aux services d'avortement et de complications post-avortements. En effet, les mauvaises conditions de réalisation des avortements induisent 50% de complications dont les plus courantes sont les hémorragies, les infections, les lésions des organes génitaux (la perforation utérine par exemple) ; et quatre complications sur dix ne bénéficient d'aucune prise en charge (Bankole et *al.*, 2013). L'avortement serait aussi responsable de 10% des décès maternels selon le Ministère de la santé (2011).

Ce constat suscite de nombreuses interrogations qui se rapportent en particulier aux politiques publiques de gestion du « problème » des avortements dans le pays. Qu'est-ce qui explique cet échec ou, du moins, ces difficultés du pays à lutter contre les avortements à risque et leurs conséquences ? Ces difficultés traduisent-elles une inefficience et une inadaptabilité des mesures adoptées ? Ce qui poserait non seulement la question des conceptions locales et nationales du « problème », mais aussi celle des choix opérés pour le résorber. Ou s'agit-il plutôt d'obstacles dans leur mise en œuvre, soit parce que les femmes n'y adhèrent pas, soit parce que les modalités d'accès aux services proposés posent problème ?

Parallèlement, qu'est-ce qui explique cette augmentation du nombre d'avortements chez les jeunes dans le pays ? Est-elle le signe d'une prégnance des difficultés d'accès des jeunes femmes aux méthodes contraceptives tel que cela avait été révélé par différents travaux (Bationo, 2012 ; Ouattara, Bationo & Gruénais, 2009 ; Tantchou, 2009) ? Ou s'agit-il de facteurs beaucoup plus complexes qui transcendent les questions de contraception, à l'image des mutations des modes d'accès au statut d'adulte social ces dernières décennies et des enjeux qu'elles posent à la jeunesse contemporaine (Antoine, Razafindrakoto & Roubaud, 2001; Calvès et *al.*, 2006) ? Cette recrudescence de l'avortement est-elle une conséquence de l'allongement et de la

¹⁰Le rapport produit par Bankole et ses collaborateurs l'a été sur la base des statistiques hospitalières, d'entretiens auprès de professionnels de soins et de la méthode des confidentes. À propos de cette dernière, ils expliquent que l'« enquête à Base Communautaire questionnait les femmes à propos des confidences faites par leurs proches. Il est possible que les participantes aient reçu des informations incomplètes ou fausses, ou qu'elles n'aient simplement pas rapporté des cas d'avortement qui leur avaient été mentionnés. Ces cas ont aussi pu leur être cachés par les personnes ayant eu un avortement » (Bankole et *al.*, 2013, p. 9).

complexification de la phase de jeunesse ? Dans quelles configurations les jeunes femmes se retrouvent-elles enceintes et décident-elles d'interrompre leur grossesse ?

Cette thèse ambitionne d'appréhender ces différents contours de la problématique de l'avortement dans la suite d'études menées sur la question jusqu'ici. Le contexte burkinabè, de par ces spécificités, apportera ainsi un regard nouveau à des questions que la sociologie et l'anthropologie posent depuis quelques temps au phénomène de l'avortement. En effet, ce pays a la particularité de faire coexister des systèmes de valeurs antagonistes qui induisent des perceptions et des postures différenciées vis-à-vis de la question de l'avortement et les mesures pour la solutionner. Il s'agit notamment, d'un côté, d'un système de valeurs endogènes qui donnent à l'avortement une dimension « déviante » et « clandestine » et de l'autre des normes internationales qui pointent les conséquences sanitaires de l'interdiction de l'avortement et appellent à une libéralisation de la pratique. Ce pays a aussi la particularité d'être un milieu où les exigences normatives sans cesse produites par l'entourage, de même que les rapports de genre et de génération influencent très largement les actions des individus (Attané, 2009a). Les jeunes femmes dans leur dynamique de transition vers l'âge d'adulte sociale, parce qu'elles font particulièrement l'objet d'un contrôle social accru, sont les premières cibles de ces discours normatifs.

Problématique et approches théoriques. Du sujet à controverse à l'objet anthropologique

La problématique de l'avortement est longtemps restée en marge des préoccupations des sciences sociales. Taboue et voilée, la pratique semble avoir échappé au regard des chercheurs ou ne pas l'avoir mérité jusqu'à une certaine époque (Bleek, 1981; Boltanski, 2004 ; Devereux, 1955). Les intérêts pour l'« objet » avortement sont partis de la transformation du phénomène en « *nasty problem* » (Callahan, 1970). En effet, du fait de sa visibilité accrue et surtout de la controverse qu'il suscitait, l'avortement se serait révélé aux sociétés contemporaines comme une source de discordance sociale et juridique, d'incertitude morale, de confusion médicale et psychiatrique et aussi d'angoisse personnelle qui a su ainsi retenir l'attention de moralistes, de juristes, de médecins, de psychologues et aussi de sociologues et d'anthropologues (Callahan, 1970 ; Isambert, 1982). Des traitements qui ont été faites du sujet par ces disciplines, François-André Isambert (1982) dégage quatre postures : 1)

l'avortement appréhendé comme fléau social ou problème d'hygiène publique, 2) l'avortement comme perversion sexuelle ou expression du droit de la femme, 3) l'avortement comme homicide ou opération chirurgicale, et enfin, 4) l'avortement catastrophe démographique ou moyen de régulation des naissances. Se dévoilant alors, à la lueur de ces postures, comme un objet pluriel et éminemment conflictuel, il se demandait si une sociologie de l'avortement était possible. En effet, l'avortement serait, de l'avis de Luc Boltanski (2004, p. 12) le type même du « mauvais objet pour le sociologue parce qu'il semble impossible de l'aborder avec le détachement qu'il faut ». Et ce serait, selon lui, une des raisons qui explique la rareté de données sur la question en France entre 1982, où la *Revue Française de Sociologie* lui avait consacré un numéro spécial, et le début des années 2000 où le sujet a été traité par de nombreux auteurs (Bajos et al., 2002 ; Bajos et al, 2003 ; Boltanski, 2004 ; Moreau et al., 2004 ; Naour & Valenti, 2003). Il montre qu'aux États Unis une masse de publications a été produite sur la question mais était de nature engagée, visant à conforter des points de vue pour ou contre l'avortement : « Si l'on peut trouver dans cette immense littérature beaucoup de travaux d'une grande probité et d'une réelle valeur scientifique réalisés notamment par des anthropologues des mondes contemporains, il s'agit pourtant, dans un grand nombre de cas, d'ouvrages ou d'articles de combat visant à conforter les positions favorables à l'avortement (*pro-choice*), beaucoup plus rarement, au moins dans les cercles universitaires, des positions inverses (*pro-life*) » (Boltanski, 2004, p. 12). Ces manières française et américaine de se positionner par rapport à la question, « l'une faisant le choix de l'éviter et l'autre d'y entrer comme dans une arène » seraient, selon Boltanski, significatives des deux façons différentes dont le problème de l'avortement s'est présenté dans ces pays : comme un conflit central confinant parfois à la « guerre civile » aux États-Unis, et comme un tabou à éviter, dont chacun sentait qu'il aurait été d'une grande imprudence de le transgresser pour ce qui est de la France (Boltanski, 2004).

Dans le cas du continent africain, les recherches socio anthropologiques sont aussi rares sur la question. À l'exception de quelques publications (Bleek, 1978, 1981, 1990 ; Devereux, 1955 ; Moussa, 2012 ; Rylko-Bauer, 1996) dont une bonne partie a été produite dans le cadre de réflexions plus larges sur ces sociétés, la plupart des travaux sur l'avortement a été effectuée par des démographes, des médecins de santé publique, des épidémiologistes, des organismes internationaux en charge de la santé. Ils ont été initiés le plus souvent dans le cadre des actions préconisées par la CIPD 1994.

« Dans la mesure où l'avortement, lorsqu'il est pratiqué dans des conditions dangereuses, constitue une grave menace pour la santé et la vie des femmes, il faudrait encourager les recherches sur les causes et les conséquences de l'interruption volontaire de grossesse, notamment sur ses effets ultérieurs sur la fécondité, la santé en matière de reproduction, l'hygiène mentale et les pratiques contraceptives, ainsi que sur le traitement des complications d'un avortement et les soins à dispenser après un avortement » (Nations Unies, 1994).

La démographie est l'une des disciplines à avoir manifestée un grand intérêt pour la question de l'avortement dans les pays africains. Dans des contextes où la préoccupation des gouvernements est la maîtrise de la fécondité (Guengant, 2011), les démographes ont travaillé à saisir les causes de l'avortement au prisme des déterminants de la baisse ou de l'augmentation de la fécondité au sein des populations (Coulibaly, 2010). Une des conclusions majeures dégagées associe l'avortement à un choix contraceptif. Dans un contexte de changements des mentalités en matière de fécondité, l'avortement serait utilisé par les femmes pour pallier les difficultés d'accès aux méthodes contraceptives dans les pays en développement, et dans certains cas comme un choix éclairé parmi d'autres moyens de contraception (Desgrees du Lou et *al.* 1999 ; Guillaume, 2000). Il constituerait alors un des facteurs de la baisse de la fécondité et participerait ainsi à la transition démographique tant escomptée. L'idée dominante derrière ces conclusions était celle de femmes ne jouissant pas de leurs droits reproductifs et pour lesquelles des mesures s'imposaient, notamment une meilleure accessibilité à la contraception et une libéralisation de l'avortement.

Néanmoins l'avortement peut-il être réduit à un choix contraceptif qui, du reste, s'avère discutable ? N'est-il pas plutôt l'aboutissement d'un processus beaucoup plus complexe ? François-André Isambert relève le biais et le malaise que peut engendrer une telle posture face à l'avortement : « On est sensible à la confusion des plans lorsqu'un auteur saute sans transition du fait démographique à la motivation de l'acte individuel, comme si la préoccupation de l'avenir démographique d'un pays pouvait intervenir efficacement au niveau de la décision d'avortement » (1982, p. 363). En effet, loin de constituer une solution, ce type d'analyse décuple la violence intrinsèque de l'avortement, puisqu'il nie les expériences des femmes qui y ont recours. De mes observations au cours de la prise en charge de Jacky décrite plus haut et de toutes les autres femmes rencontrées, cette dimension « régulation du dividende démographique »

semblait avoir disparu sous l'amas d'enjeux personnels et sociétaux beaucoup plus complexes qui auraient gagné à être interrogés. Ces manières « fonctionnalistes » d'aborder l'avortement n'en repèrent que des profits en occultant l'essentiel primordial pour une appréhension conséquente du phénomène (Boltanski, 2004) que tout chercheur qui aspire à une sociologie ou à une anthropologie de l'avortement doit viser. Il s'agit notamment du sujet, c'est-à-dire les femmes dont les voix ont longtemps été négligées dans les recherches sur l'avortement (Rylko-Bauer, 1996). Cela consiste à donner au sujet et à sa décision tout le sens qui leur avait été occulté « par une polémique traitant de l'avortement *in abstracto*, ou bien ne faisant appel au « vécu » de l'avortement que pour mobiliser la sensibilité. Dans l'un et l'autre cas, la nature d'acte social de l'avortement disparaît, soit qu'on évacue le sens qu'il prend pour l'acteur principal, soit que l'on fasse de celui-ci une simple victime, condamnée à subir une situation » (Isambert, 1982, p. 381). Se recentrer sur la femme permettrait une mise en perspective de tout l'ensemble qui fonde et définit l'avortement : la femme, les autres acteurs, les systèmes de valeurs et les institutions qui guident leurs actions, déterminent leurs stratégies et marges de manœuvre.

« Recentré sur l'agent de la décision, l'avortement est en un point, variable certes, mais d'où est mis en perspective l'ensemble de ce qui le définit : celui de l'agent lui-même, pour lequel est revendiquée la pleine responsabilité de l'acte libre et qui se trouve, à des degrés divers, placé devant des choix contraints et des options obligées ; celui des normes et des institutions, ménageant, de par leurs contradictions et par les interstices qu'elles laissent entre elles, un nombre limité de degrés de liberté ; celui du sens même de l'acte, dans la mesure où notre société, en acquérant une maîtrise extraordinaire des techniques de contrôle de la vie, s'est posée à elle-même des questions éthiques et métaphysiques auxquelles elle ne peut plus répondre » (Isambert, 1982, p. 381)

À l'instar des travaux de Luc Boltanski et de François-André Isambert, cette recherche adopte le parti pris de placer au cœur de la réflexion le sujet, en l'occurrence des jeunes femmes et des hommes dans le contexte urbain contemporain de Ouagadougou. Dans une perspective interactionniste, cette entrée par le sujet sera pensée à deux échelles. Il s'agit d'une part des rapports entre individus, c'est-à-dire des jeunes femmes inscrites dans des rapports de genre et de générations dont les enjeux les exposent aux grossesses prénuptiales et au recours à l'avortement. D'autre part, des interactions entre l'acteur et le système (Crozier & Friedberg, 1989), notamment des jeunes femmes prises dans des systèmes de valeurs et de contraintes ainsi que des

systèmes politiques dont les postures vis-à-vis de l'avortement sont susceptibles de les contraindre à recourir à des avortements non médicalisés.

Une anthropologie du sujet « jeune » contemporain dans sa dynamique de transition vers l'âge adulte

Le sujet « jeune », en l'occurrence les jeunes femmes mais aussi les jeunes hommes, constituera l'objet d'investigation de cette thèse. En effet, révélée par les chiffres comme une « population vulnérable » face à l'avortement, j'ai choisi de focaliser mes interrogations sur cet âge de la vie des individus dont la spécificité réside dans le caractère transitoire de leur parcours de vie (absence d'autonomie, construction de projet de vie, labilité affective, recherche de conjoint, etc.).

La jeunesse, un âge de construction identitaire désormais sans repère

Perçus par certains auteurs comme un concept « fourre-tout » et « vide » qui veut tout et rien dire (Bourdieu, 1986 ; Cicchelli, 2001 ; Commaille, 1986 ; Gauthier, 2000), les « jeunes » ou la « jeunesse » sont surtout une réalité socialement et disciplinairement construite dont le sens varie suivant les sociétés, les disciplines ou les époques, de même que les attentes et les intentions des uns et des autres (Gauthier, 2000). Néanmoins, la plupart des travaux conçoivent le sujet « jeune » comme individu en construction, et la jeunesse comme une phase de transition dont les frontières évoluent et se modulent selon les contextes socioéconomiques et culturels (Calvès et *al.*, 2006 ; Galland, 2011). La phase transitoire, en elle-même, est décrite comme une période de socialisation, mais aussi d'expérimentation durant laquelle le jeune, par le biais d'essais, d'erreurs et d'approximations successives, construit son identité sociale et se prépare à sa future vie d'adulte. L'entrée dans la vie adulte s'effectuerait par le franchissement d'un seuil constitué d'étapes au-delà duquel le jeune sort de la catégorie des personnes à charge pour assumer son existence et devenir un véritable acteur de la société, notamment en assurant sa reproduction (Galland, 2004 ; Antoine et *al.*, 2001). Les plus déterminantes de ces étapes seraient : le départ de la famille d'origine, l'entrée dans la vie professionnelle, le mariage et la naissance du premier enfant.

Toutefois, le passage d'un statut à un autre ne se fait pas aussi aisément que sa définition peut le laisser paraître, ni selon un modèle unique en suivant un chemin déjà tracé par les aînés (Galland, 2004 ; Evans & Furlong, 2000 ; Antoine et *al.*, 2001 ;

Calvès et *al.*, 2006). Loin d'être homogène, la phase de transition renvoie à différentes réalités car « d'une part, les jeunes, en fonction de leur histoire et de leurs valeurs socioculturelles, sont amenés à élaborer des choix propres à leur génération. D'autre part, le contexte socioéconomique spécifique de la période constitue une contrainte à laquelle doit se plier le candidat à l'insertion » (Antoine et *al.*, 2001, p. 3). Ainsi, Evans et Furlong (2000) préconisent d'examiner de plus près les relations entre les facteurs structureaux et les facteurs individuels afin de saisir de manière conséquente la façon dont une vie de jeunesse prend forme. Plus que tout, il s'agit de voir à quel point les « expériences » des jeunes dépendent des structures « d'opportunités » et jusqu'à quel point ils évaluent en tant que sujets les risques et négocient leurs chances (Delor & Hubert, 2000).

Dans la plupart des sociétés africaines, la socialisation des jeunes était traditionnellement une responsabilité communautaire qui s'effectuait sous le strict contrôle des aînés (Badini, 1994 ; Gruénais, 1985a ; Vinel, 2005). Le passage de l'enfance à l'âge adulte des hommes et des femmes était marqué par une série de rites de passage et de cérémonies initiatiques. Les jeunes hommes étaient invités à patienter et à faire preuve de leur capacité à entretenir une famille en travaillant pour accumuler la dot ou en donnant des prestations de travail à la famille de la future épouse. Les jeunes filles, au contraire, étaient vite engagées dans la vie maritale. Lauras-Locoh et Lopez-Escartin (1992, p. 76) montrent par exemple qu'à 20 ans, 60 à 70% des femmes avaient un premier enfant en Afrique de l'Ouest et que l'âge moyen des jeunes filles au premier mariage variait entre 16 et 19 ans selon les pays. Il s'agissait ainsi d'un contexte où les modalités et les temporalités que prenaient les événements marquant le passage à l'âge adulte exprimaient, pour une grande part, des modèles transmis entre générations et dont la réalisation était d'autant mieux contrôlée qu'elle s'opérait à des âges jeunes quand la tutelle familiale reste forte (Hertrich & Lesclingand, 2001, p. 2). Ainsi, l'ordre social et l'ordre des générations semblaient conformément constitués et reproduits et aucun problème ne se posait dans les délais et les modalités de transition vers l'âge adulte (Bourdieu, 1986, p. 232).

Cependant, les changements sociaux des dernières décennies (l'urbanisation et la croissance urbaine, les migrations, la scolarisation et les crises socio-économiques) auraient considérablement impacté cet ordre des successions. Cela s'est traduit par un effritement, au fil des années, des modèles traditionnels de contrôle des cadets par les

aînés, une disparition des rites initiatiques qui marquaient le passage d'une étape à une autre, une disparition des mariages précoces et un plus grand accès des jeunes à la sexualité (Calvès, 1998). Ainsi, en ville, l'accès au mariage est devenu progressivement un domaine où les jeunes décident eux-mêmes. Pour les filles, la disparition des mariages précoces allonge de plus en plus la période de célibat et celles-ci disposent d'une période de maturation sexuelle en dehors des liens du mariage. On assiste à l'émergence de la jeunesse comme d'une phase spécifique du cycle de vie avec de nouvelles formes de socialisation placées, dans bien des cas, hors du contrôle des aînés (Bledsoe & Cohen, 1993). Aussi, ces changements sociaux se sont couplés avec une précarisation des conditions de vie des jeunes et de leurs parents. En effet, en raison de la crise économique des années 1990, les abandons scolaires et le chômage seraient devenus de plus en plus courants (Calvès & Schoumaker, 2004 ; Kobiané, 1999 ; Lange, 1998). De même, l'accès à l'indépendance résidentielle et au mariage seraient devenus de plus en plus difficile et bon nombre de jeunes se verraient contraints à une dépendance résidentielle et financière prolongée et à un célibat forcé faute de moyens (Calvès, 2007 ; Sévédé-Bardem, 1997 ; Antoine et al., 2001). De trajectoires prédictibles et d'une durée uniforme, l'on serait passé, à partir des années 1990, à des trajectoires beaucoup moins prévisibles, longues et complexes (Antoine et al., 2001 ; Calvès et al., 2006). Ainsi, la jeunesse de la fin du XX^{ème} siècle est décrite comme une « phase d'apesanteur sociale » avec des jeunes dans une situation d'instabilité, de tâtonnement et cherchant à se construire une identité, alors que pour les générations antérieures, l'insertion était simplement synonyme d'identification à un groupe déjà bien défini (Becquet, 2012 ; Cavilli & Galland, 1993). Désormais, c'est dans ce que Charlotte Bréda et ses collaborateurs (2013) nomment « modernité insécurisée » faite de précarité et d'une perte des repères « traditionnels » que les jeunes doivent construire leur propre route et répondre aux attentes de la société.

« Agentivité » des jeunes dans les « sociétés du risque », un facteur de vulnérabilité ?

Les jeunes ont été pendant longtemps considérés comme des réceptacles d'idéaux, de normes et valeurs *via* la socialisation qu'ils retraduisent dans leurs attitudes, leurs choix et leurs conduites (Coquery-Vidrovitch, 1992). Ces visions associées à l'absence d'autonomie et une grande dépendance vis-à-vis de leurs proches ont contribué à leur nier la capacité d'agir comme des acteurs sociaux dans les sociétés

« traditionnelles ». Cependant, inscrits dans des « sociétés du risque », les individus seraient, aujourd'hui plus qu'hier, certes libres de construire eux-mêmes leur propre trajectoire biographique, voire exhortés à le faire en se projetant sans cesse dans l'avenir pour mieux anticiper, mais dans le même temps cette autonomie les laisserait seuls avec leurs incertitudes et leurs angoisses (Peretti-Watel, 2002, p. 24). Ainsi, avec l'effritement et le relâchement du rôle des agents de la socialisation traditionnelle que sont la famille et les aînés sociaux, les jeunes sont aujourd'hui de plus en plus contraints de s'accomplir seuls dans un monde qui valorise l'initiative, la performance et la réussite individuelles (Peretti-Watel, 2002). Dans ces contextes, Rudd et Evans (1998), dans le cas des jeunes en Angleterre et en Allemagne, ont mis à jour deux types de postures qu'adoptent les jeunes en termes de réactions. Ils ont ainsi exploré l'idée d'individualisation en étudiant l'influence respective de la volonté individuelle et des structures de transition professionnelle. Leurs constats étayaient la notion « d'individualisation structurée », une conjugaison de l'effort personnel et de facteurs externes. Ils décomposent cette individualisation structurée en « individualisation passive » qui fait référence à l'attentisme et désigne le cas de jeunes qui se laissent porter par les modèles de transition socialement attendus, et en « individualisation active » qui révèlent des jeunes qui abordent leur transition avec une approche stratégique tout en étant prêts à prendre des risques. Cette deuxième posture qui illustre le mieux l'état d'esprit de la plupart des jeunes ouagalais (Mazzocchetti, 2009), traduit ce qu'on peut appeler l'« agentivité ». Ce concept en vogue dans les sciences sociales est un néologisme dérivé du concept anglais « *agency* » qui est défini par Julien Grard (2011, p. 63) comme « la capacité à agir des sujets en tant qu'êtres sociaux, malgré les contraintes structurelles auxquelles ils doivent faire face ; cette capacité est elle-même fonction du degré d'autonomie et de liberté de choix dont ils disposent dans un contexte social spécifique, et de leurs dispositions à agir, penser et sentir ». La capacité à agir, l'intentionnalité, l'autonomie, la responsabilité et la liberté individuelle seraient les cinq grands items conceptuels que recouvre l'« agentivité ». Il explique qu'en fonction des situations, cette « agentivité » peut s'exprimer soit de manière directe dans la formulation d'intentions, dans des jeux de langage ou sous d'autres formes selon que leur liberté d'action est importante. Il s'agit de la stratégie définie par Michel de Certeau (1990, p. 59) comme « (...) le calcul (ou la manipulation) des rapports de forces qui devient possible à partir du moment où un sujet de vouloir et de pouvoir (...) est isolable. Elle postule un lieu susceptible d'être circonscrit comme un propre et d'être la

base d'où gérer les relations avec une extériorité de cibles ou de menaces ». Il s'agit en somme des comportements individuels ou collectifs, conscients ou inconscients, adaptés ou inadaptés qui sont mis en place pour parvenir à une victoire. Sensiblement de cet ordre, la tactique, l'autre voie d'expression de l'« agentivité », serait au contraire de la stratégie « l'art du faible » et traduirait l'absence d'un propre : « La tactique n'a pour lieu que celui de l'autre. Aussi doit-elle jouer avec le terrain qui lui est imposé tel que l'organise la loi d'une force étrangère. Elle n'a pas le moyen de se tenir en elle-même, à distance, dans une position de retrait, de prévision et de rassemblement de soi (...). Elle profite des « occasions » et en dépend. (...) Il lui est possible d'être là où on ne l'attend pas. Elle est ruse. En somme, c'est un art du faible » (Certeau, 1990, p. 60-61). Au Burkina Faso, la description faite par Jacinthe Mazzocchetti (2013) des pratiques des jeunes étudiants ouagalais au Burkina Faso, relève une utilisation des tactiques se traduisant par le « monde mirage », mais aussi des stratégies avec l'usage des corps, comme la mise en valeur de sa beauté chez une fille pour se faire remarquer par les hommes. Ces pratiques permettent d'affirmer que les jeunes burkinabè mobilisent ces deux armes dans leur quête d'un monde meilleur et d'un accomplissement social. En fonction des situations, ils peuvent disposer ou manquer de ressources, ce qui leur permet d'osciller entre stratégies et tactiques dans leurs rapports aux autres et aux institutions pour se construire comme adulte. Très hétérogènes aux regards des enjeux et des contraintes en présence, il s'agira dans ce travail d'appréhender les tactiques et les stratégies des jeunes femmes ouagalaises dans leurs diversités et complexités, comme le fait de planifier une grossesse pour se faire épouser dans un contexte où les grossesses pré-nuptiales sont pourtant problématiques et génèrent des épisodes de violences (Ouattara & Storeng, 2008). Je m'inscrirai dans une position médiane pour rendre compte des trajectoires de vie de jeunes femmes et de jeunes hommes dans la ville de Ouagadougou en montrant, d'un côté, comment des déterminismes sociaux tels l'habitus, les rapports de genre et de générations, le contexte socioéconomique, les exigences normatives induisent des contraintes, et de l'autre comment les jeunes composent avec ces éléments et sont susceptibles de prendre des risques pour se réinventer un quotidien (Certeau, 1990 ; Peretti-Watel, 2002). Il s'agira ainsi de saisir les jeux et les prises de risques des jeunes sur l'« échiquier » de la transition vers l'âge adulte. En effet, dans l'approche interactionniste, la vie en société s'apparente à une sorte d'échiquier géant et les acteurs sociaux en sont les joueurs : « la conduite humaine n'est jamais automatique, mais implique toujours la possibilité d'une pause, pendant

laquelle l'acteur peut réfléchir sur l'action en cours et penser à d'autres possibilités de réagir à ce qui est en train de se passer, à ce que les autres sont en train de faire. Pendant de telles pauses, l'acteur pense à la manière dont les autres vont réagir à ce qu'il est en train d'envisager, et il adapte ce qu'il est en train de faire pour tenir compte de cette réponse qu'il anticipe. Ici, le modèle est le jeu d'échecs dans lequel je pense à bouger mon pion loin, m'interromps pour penser à ce que fera mon adversaire et, voyant qu'il a une bonne réponse à opposer au mouvement envisagé, essaie quelque chose d'autre. (...) En fait, il est peu probable que l'anticipation se vérifie. Au contraire il y aura des imprécisions nécessitant pour l'acteur d'ajuster ce qu'il est en train de faire pour intégrer les nouvelles informations fournies pour les réactions des autres » (Pessin & Blanc, 2004, p. 248). Il s'agit d'un jeu qui engage plusieurs spectateurs et qui est régulé par des règles plurielles, et dont le joueur doit tenir compte dans l'élaboration de sa stratégie.

Cette perspective interactionniste permettra de saisir la manière dont des jeunes femmes sont susceptibles de se retrouver enceintes consécutivement aux stratégies féminines et masculines pour se mettre en couple en réponse aux injonctions au mariage, et comment en cas d'échec de la stratégie initiale, elles peuvent ensuite recourir à l'avortement comme stratégie secondaire.

Toutefois, si les enjeux et jeux d'acteurs face aux contraintes sociales dans le parcours vers l'âge adulte sont à même d'exposer les jeunes femmes aux grossesses pré-nuptiales et au recours à l'avortement, ils ne suffisent pas à expliquer que certaines, à l'image de Jacky, se retrouvent dans le coma, meurent ou gardent des séquelles après avoir tenté un avortement. La vulnérabilité se construit aussi à un tout autre niveau qui est celui des normes et des politiques publiques de gestion de la question de l'avortement. Pour ce faire, il est important d'interroger la vulnérabilité des jeunes face à l'avortement comme un problème construit et géré par ces politiques publiques et ces normes de santé.

D'une anthropologie de la déviance à une anthropologie des politiques publiques de santé : utiliser l'une pour comprendre l'autre

Inscrit dans le champ de la morale et des normes sociales, l'IVG est conçue comme une déviance conformément aux valeurs existantes au Burkina Faso (CGD,

2010). À cet égard, les IVG sans indications médicales et juridiques (risque pour la mère ou le fœtus, viol et inceste) sont interdites par le Code Pénal du pays. Cet interdit s'accompagne sur le plan social et religieux d'une réprobation et d'une stigmatisation de la pratique. Néanmoins, cela n'empêche pas que des avortements surviennent, comme les chiffres l'illustrent. C'est ce que Luc Boltanski (2004, p.38) nomme l'ambiguïté de l'avortement : « L'avortement semble en effet suspendu entre ce qui est de l'ordre du transgressif et ce qui est de l'ordre de l'acceptable, et paraît condamné à fluctuer entre ces deux positions extrêmes. Généralement réprouvé en principe, il n'en est pas moins souvent toléré en pratique, tout se passant comme s'il était à la fois difficile d'admettre la légitimité lorsque la question de la validité de cet acte se trouve posée en toute généralité, mais qu'il était toujours possible de l'excuser dans certaines situations et, surtout, de fermer les yeux sur cette possibilité, de l'ignorer ». François-André Isambert (1982, p. 379) estime que la compréhension de cette ambiguïté et de ses mécanismes nécessiterait de considérer qu'« autour de l'acte physique de l'avortement provoqué s'édifient diverses constructions mentales et sociales selon des plans différents (conception métaphysique, représentation matérielle, normes morales, normes juridiques, mœurs sexuelles, mœurs médicales...) relativement autonomes et à étudier complémentirement ». Les sociétés dans leur fonctionnement (les communautés, l'État, les institutions religieuses) produisent des normes autour de la procréation, de l'engendrement, des relations de genre. Ces multiples normes, parfois concurrentes, viennent justifier un ensemble de pratiques sociales. Il s'agit donc d'aborder chaque expérience d'avortement comme la réponse d'une volonté individuelle à un ensemble de conditionnements sociaux, historiques et culturels (Ganpiero, 2002).

Les travaux socio-anthropologiques menés en Afrique sur les conceptions de la sexualité, de la procréation et des rapports de genre rendent compte d'une sexualité longtemps au service de la procréation fortement valorisée et qui fonderait le statut social et marital de la femme (Bonnet, 1988 ; Coulibaly, 2010 ; Lallemand, 1991). Ainsi, l'enfant est perçu comme un don de Dieu, une bénédiction, un moyen d'accéder à un statut social valorisé et aussi un instrument économique et de pouvoir social. Ces recherches font aussi état de rapports inégalitaires entre l'homme et la femme (Meillassoux, 1992). La femme est soit une fille soit une épouse subordonnée à l'homme et à la communauté. De même, le rôle de reproductrice et la possession d'une descendance lui définit deux statuts distincts : celui de la femme féconde socialement

valorisée, objet de respect et de considération, et celui de la femme inféconde moins valorisée et sujette à une marginalisation (Coulibaly, 2010 ; Moussa, 2012). Dans ce contexte, l'avortement est perçu comme un « intolérable » (Fassin & Bourdelais, 2005), synonyme de crime, de meurtre et néfaste à la reproduction humaine contre lequel les « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985) édifient des normes formelles et informelles de lutte (Gueye, 2012). L'interdiction et la stigmatisation de l'avortement reposent pour le Burkina Faso sur de tels arguments.

Cependant, Yvonne Knibiehler (2001) rappelle qu'il ne faut pas oublier qu'avant d'être des actes privés, devenir père et devenir mère sont des actes sociaux, institués idéologiquement et économiquement dans toute société et à toute époque. En effet, il s'agit d'actes sociaux solidement encadrés par la collectivité au moyen d'institutions, de coutumes, de normes qui évoluent au cours du temps (Lévi-Strauss, 2002). De ce fait, ils relèvent d'un cahier des charges avec trois exigences : faire des êtres réputés appartenir à l'espèce humaine, faire des êtres susceptibles d'être rangés dans des classes et faire des êtres susceptibles d'être singularisés (Boltanski, 2004, p. 51). Tout manquement à ce « cahier de charge » rend la procréation hors norme. Par extension, la sexualité est, elle aussi, subordonnée aux exigences normatives de la procréation : elle ne devrait avoir lieu que dans le mariage.

Néanmoins, les changements socioéconomiques précédemment évoqués auraient modifié ces conditions de la reproduction, notamment la place de la femme, les représentations de la famille, les rapports de genre et de générations, les modalités de la vie sexuelle, etc. On assiste ainsi à un accès important des jeunes à la sexualité et à la nécessité de planifier les naissances (comme impératifs personnels et politiques). Ce contexte a surtout fait émerger une autre figure de la femme et de l'épouse africaine, celle de la femme urbaine émancipée. Ainsi, « à la femme rurale analphabète acquérant son statut social par ses capacités de reproduction, succède de plus en plus la femme urbaine scolarisée, alphabétisée et insérée dans un système de salariat avec des formes de vie matrimoniale caractérisées par le mariage monogamique, l'union libre, l'émergence du célibat, des séparations et divorces » (Zongo, 2012, p. 41). Dans ce nouveau contexte, l'enfant est généralement inscrit dans des projets de vie et matrimoniaux. Cette situation oblige par conséquent à renoncer à certaines conceptions « non planifiées » ou « non conformes » aux prescriptions des normes « traditionnelles » (qui attendent de la jeune fille qu'elle soit mariée avant de procréer)

et à celles des « normes modernes » (qui veulent que la jeune femme privilégie ses études, son emploi, etc.).

Dans ces cas de figure, l'avortement qui relève de l'« intolérable » peut se voir toléré parce qu'il devient une mesure salvatrice pour des jeunes femmes comme Jacky. Il devient alors la honte invisible qui sauve de la honte visible de la grossesse (Bleek, 1981) et préserve du désordre social consécutif à la naissance d'êtres « inclassables » (Boltanski, 2004). Pourtant, cela ne permet pas une légitimation de la pratique et l'instauration de bonnes conditions pour qu'elle se réalise. L'avortement semble, en effet, dans une situation paradoxale : connu de tous mais caché, réprouvé mais peu réprimé, flottant dans un espace indéterminé entre l'officiel et l'officieux. Même dans les contextes où la loi l'autorise, la décision d'avorter demeure taboue et synonyme de déviance morale (Divay, 2004). En somme, les discours publics sur la question mettent essentiellement en avant son aspect déviant et intolérable, occultant ses commodités et empêchant sa légitimation. Ainsi, légalement interdite et socialement condamnée, tout fonctionne comme si le but n'était pas d'empêcher les recours, mais d'en refuser le droit pour que se maintienne la clandestinité de la pratique (Blayo, 1998). Réalisé alors en cachette avec des méthodes non sécurisées, l'avortement provoqué devient une cause importante de mortalité et de morbidité dans bon nombre de pays et face à laquelle les dirigeants tentent de trouver des solutions.

L'orientation de l'analyse vers le champ des politiques et normes publiques de santé est ainsi justifiée par les difficultés que rencontre le Burkina Faso à prévenir ces dangers de l'avortement. En effet, si les processus d'individuation (Martuccelli, 2009) et les jeux d'acteurs obligent les jeunes à recourir massivement à l'avortement provoqué, des mesures conséquentes auraient permis de venir à bout de cette seconde vulnérabilité. Labélisé aujourd'hui « problème de santé publique » sur la scène internationale, ce type de problème a trouvé son dénouement dans la médicalisation de l'avortement qui passe par la libéralisation et la mise en place de services d'avortement de qualité. En effet, selon que l'avortement est médicalisé ou non, il façonne la construction de la décision, les itinéraires de soins, mais aussi les rapports des femmes avec les professionnels de santé et, à terme, induit des avortements *safe* ou *unsafe*. Or si le Burkina Faso a admis l'existence du « problème » consécutivement à la conférence du CIPD en 1994, cette reconnaissance n'a pas débouché sur une telle mesure. Cette situation pose la question du processus d'émergence de problèmes publics de santé

(Packard et *al.*, 2004). En tant que processus social, la transformation de « conditions singulières » en problèmes de santé publique de santé et leur inscription à l'agenda des politiques publiques est influencée par une pluralité de facteurs qui peuvent induire des carrières différenciées aux problèmes, notamment retarder ou accélérer le processus, générer des mesures de résolutions différentes, etc. (Blumer, 2004 ; Packard et *al.*, 2004).

C'est ce processus complexe qui sera appréhendé dans cette thèse afin de dégager les spécificités du cas burkinabè et son impact sur l'accès des jeunes femmes aux services d'avortement. Comprendre les mécanismes du processus nécessite l'articulation de trois niveaux d'acceptation de l'avortement comme « déviance » et comme « problème » nécessitant des solutions : le niveau international, national et local dont les interactions produisent aujourd'hui l'image que nous avons de la pratique. Cette articulation permettra de saisir le processus par lequel l'avortement a réussi à émerger comme enjeu de santé publique au niveau international et les raisons qui font qu'il peine à le devenir dans un pays inscrit pourtant dans un « monde globalisé » où les normes et enjeux sanitaires sont supposés être communs (Gobatto, 2003).

Structuration de la thèse

Cette thèse vise donc à cerner la problématique de l'avortement dans sa dimension « individuelle » et politique. Pour cela, des parcours de vies de jeunes femmes et hommes ayant expérimenté des IVG ainsi qu'une ethnographie des politiques publiques de gestion du « problème » de l'avortement ont été réalisés dans la ville de Ouagadougou et seront restitués dans ce travail. Il s'agira d'une sorte de fresque dans laquelle je présenterai de manière processuelle les pratiques en amont et pendant la grossesse, les parcours d'avortement, et les parcours des soins en cas de complication. À chacune des étapes de ce processus, la problématique est analysée sous l'angle des jeux d'acteurs, des normes sociales et politiques publiques de santé.

Ainsi, dans une première partie, je décrirai à partir d'études de cas et des notes d'observation, les conditions qui conduisent aux grossesses prénuptiales et le processus par lequel la décision de recours à l'avortement se construit. Le premier (**chapitre 1**) analyse les effets concrets des changements socioéconomiques et de l'allongement de la phase de transition vers l'âge adulte dans la vie de jeunes ouagalais. Il s'agira

précisément de leurs rapports aux normes sociales dans les familles et hors de celles-ci, de leur précarité économique et statutaire, des débrouillardises pour survivre au quotidien ou se mettre en couple, ainsi que la manière dont ils mobilisent la grossesse comme une stratégie dans cette quête d'un mieux-être. **Le chapitre 2**, quant à lui, analysera la phase qui suit la découverte de la grossesse par les jeunes femmes ou les jeunes hommes. Je décrirai les perceptions des grossesses pré-nuptiales comme facteurs de risques sociaux et statutaires, et les perceptions de l'avortement comme facteurs de risques sociaux, sanitaires et juridiques. Ensuite la manière dont les jeunes femmes et les jeunes hommes négocient entre ces deux risques pour choisir celui qui leur apparaît comme le moins dangereux et les acteurs qui les accompagnent dans la décision seront analysés. Enfin, je soulignerai comment l'occurrence d'une grossesse génère un paradoxe dans les rapports que les jeunes ont de la parentalité : en théorie elle est pensée comme un moyen pour surmonter les contraintes de la transition et en pratique elle devient un danger pour cette transition à cause de la fragilisation des liens et du risque de réduire ses chances de se trouver un mari.

La deuxième partie portera sur les dispositions normatives et politiques autour de la question de l'avortement. Dans le **chapitre 3**, j'analyserai la manière dont l'avortement se constitue en déviance à travers une description des représentations anciennes et contemporaines de la fécondation et de la vie intra-utérine, ainsi que les perceptions relatives aux droits des femmes par rapport à leurs choix reproductifs. Je montrerai comment ces perceptions font émerger une conception globalisée de l'avortement comme déviance et se ferment aux exceptions susceptibles d'en tolérer la pratique. Ensuite, j'analyserai les arrangements que les Burkinabè instaurent au quotidien vis-à-vis de cette déviance pour comprendre les manifestations et les justifications de la réprobation/tolérance de l'avortement. Dans le **chapitre 4**, il s'agira d'expliquer comment la réprobation globalisée de l'avortement impacte son processus d'émergence en « problème » de santé publique. Je montrerai que celle-ci empêche la constitution d'une épidémiologie réelle, inhibe la création de groupes de défense de la cause des femmes et pose la reconnaissance et la légitimité de l'avortement comme « problème » de santé publique. Et enfin, j'analyserai l'immixtion de postures privées anti-avortements dans les instances décisionnelles qui bloquent, de fait, les initiatives allant dans le sens d'une légalisation et médicalisation de la pratique.

La dernière partie constituera une ethnographie des parcours d'avortement et de soins après avortement. Dans le **chapitre 5**, je décrirai le fonctionnement de l'offre officielle de soins dans la ville de Ouagadougou, qui, par son mécanisme, rend possible des itinéraires de l'ombre pour avorter. Quant aux itinéraires, j'analyserai la place des stigmates de l'avortement et des ressources des femmes (personnelles, sociales, économiques) dans le choix des méthodes d'avortement, dans les délais de décision et de recours aux services d'avortement, etc. Le dernier chapitre (**6**) sera consacré aux modalités d'accès aux soins après avortement et aux recours à ces soins. Je montrerai qu'avec les complications, on assiste au passage de l'avortement illégal (l'avortement fait dans la clandestinité) au légal (le recours aux soins post-avortement officiels), et que cette « publicisation » s'accompagne de représentations et de pratiques diverses tant du côté des femmes que des professionnels de santé. J'appréhenderai ainsi l'avortement comme un facteur d'exacerbation des rapports soignants-soignées.

Méthodologie d'un terrain sensible, et d'un objet illicite et secret

Cette thèse s'est inscrite dans un projet de recherche intitulé « Coûts de la santé reproductive en Afrique de l'Ouest : une étude approfondie de l'association entre pauvreté et accès aux soins liés aux avortements au Burkina Faso ». Ce projet pluridisciplinaire (anthropologie, santé publique et économie) d'une durée de trois ans (2010-2013) et financé par le conseil Norvégien de la Recherche m'a permis de bénéficier d'un contrat de recherche pour préparer ce doctorat.

Le terrain. Une enquête multi-située

Le projet de recherche a eu pour site initial la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Dans cette ville, trois structures sanitaires ont été choisies sur la base de l'importance de leurs activités dans la prise en charge des complications post-avortement : le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), un centre de référence qui reçoit des malades issus de presque tout le pays ; le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) du district de Bogodogo, en tant que structure de référence de ce district ; et la clinique de l'Association Burkinabè pour le Bien Être Familial (ABBEF), une ONG qui met en œuvre un programme de soins post-

avortement depuis 2008 et qui constitue aussi un centre de référence pour des centres de santé privés et publics de la ville.

Par la suite, la volonté de suivre les femmes dans leur itinéraire thérapeutique et social m'a conduit vers d'autres sites, notamment les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et les autres CMA d'où étaient référées ou évacuées une grande partie des femmes, pour saisir les modalités de la prise en charge des complications d'avortement dans ces structures de base. Aussi, les structures sanitaires ne constituant qu'un lieu d'identification et de prise de contact avec les femmes, les entretiens et discussions avec elles se sont déroulés parfois chez elles, dans des lieux publics (restaurant, salon de coiffure, marchés, « maquis »¹¹, etc.), à mon domicile ou à mon lieu de travail. Enfin, les entretiens ont, dans certains cas, été effectués dans des villages hors de la ville de Ouagadougou.

Population d'enquête : des critères définis par le terrain

Entre août 2011 et janvier 2013, j'ai mené des entretiens formels et informels avec des jeunes femmes (et quelques-uns de leurs proches), des hommes, des soignants et des personnes ressources.

Les jeunes femmes interviewées ont été majoritairement rencontrées au cours d'une immersion dans les structures sanitaires retenues pour l'enquête. Cette immersion me permettait à la fois d'observer les interactions entre les femmes bénéficiant des soins post-avortement et les soignants qui délivrent ces soins, et aussi d'identifier celles qui allaient être interrogées ensuite. J'ai ainsi identifié au cours de cette immersion 39 femmes prises en charge pour tentatives d'avortement provoqué ou pour des complications post-avortement. Comme j'étais soucieuse de documenter le processus qui aboutit à l'avortement, notamment la prise de décision, j'ai aussi fait le choix de réaliser des entretiens avec les femmes qui venaient solliciter des services d'avortement dans les centres de santé, soit cinq femmes. En plus de ces femmes, j'ai effectué des entretiens avec deux jeunes femmes identifiées en dehors des structures sanitaires grâce à mon réseau personnel de connaissances. Soit en tout 46 femmes dont l'âge était comprises entre 17 et 33 ans.

¹¹Des sortes de bars-restaurant

Pour ce qui est des autres informateurs, j'avais prévu au départ d'inclure parmi mes informateurs les proches des femmes (partenaires, parents, frères, sœurs, amis, etc.) afin de documenter leur place dans la construction de la décision d'avorter et dans le recours aux services d'avortement. Cependant, la sensibilité du sujet a rendu difficile cette tâche car la plupart des jeunes femmes avait effectué leur avortement à l'insu de leurs proches. En outre, lorsque ces derniers étaient impliqués, ils ne souhaitaient pas s'afficher à travers un entretien. Pour ce qui est des partenaires, les jeunes femmes n'étaient plus en contact avec eux dans certains cas parce que la relation avait pris fin à cause de la grossesse ou de la décision d'avorter, et dans d'autres cas le conjoint voulait rester dans l'ombre, ce qui se traduisait par leur absence dans les formations sanitaires ou leur refus de me rencontrer. Ainsi, après 12 mois de terrain, je n'avais eu droit qu'à 10 discussions informelles avec les proches des femmes dont quatre mères, deux conjoints, une sœur, une amie, un oncle et un père. Cette difficulté m'avait conduite peu à peu à renoncer à ces informateurs.

Cependant, au fil des entretiens et de mes premières analyses, j'ai réalisé la place déterminante de celui qui est couramment présenté comme l'« auteur » de la grossesse, c'est-à-dire le partenaire sexuel. Il m'est apparu que les grossesses qui conduisaient aux avortements n'étaient pas toujours des grossesses non planifiées comme le laissaient entendre les discours récurrents sur la question. J'ai remarqué chez un certain nombre de femmes jeunes célibataires que la grossesse qui aboutissait à l'avortement était au départ une grossesse planifiée parfois sur une initiative personnelle et parfois avec la complicité du compagnon. Et dans certains cas, le partenaire après avoir incité la jeune femme à tomber enceinte, reniait la paternité de la grossesse ou exigeait l'avortement. Je me suis alors interrogée sur ce qui se jouait dans ces relations amoureuses et sur les raisons qui pouvaient conduire un homme à inciter une jeune femme à être enceinte et à la pousser à l'avortement ensuite. J'ai par conséquent développé des astuces pour leur donner la parole afin de ne pas m'engager dans des jugements hâtifs. Cela a été facilité, en partie, par la relation de confiance qui s'était instauré avec une bonne partie des femmes identifiées et les conjoints de certaines d'entre elles. J'ai entrepris de les persuader de m'accorder des entretiens, et trois des conjoints ont accepté ma requête. Je suis ensuite passée par mon propre réseau pour avoir quatre autres témoignages. Aussi, j'ai associé à ces entretiens des focus groups avec des jeunes hommes et des jeunes

femmes autour des relations amoureuses et de la place de la parentalité dans celles-ci, soit un groupe mixte, un groupe d'hommes et un groupe de femmes.

Des entretiens (formels et échanges informels) ont aussi été réalisés avec 13 soignants afin de saisir leurs perceptions de l'avortement et de la prise en charge des complications post-avortement. Enfin des personnes ressources ont apporté leur point de vue parmi lesquelles sept cadres d'institutions publiques et d'ONG qui interviennent sur la question de l'avortement, un agent de l'Action Sociale, deux juristes du Palais de Justice, un chef coutumier, quatre religieux (un protestant, un catholique, deux musulmans), ainsi que quatre adultes (deux personnes âgées, une mère et un père de famille).

Étudier l'avortement au Burkina Faso : un terrain sensible ?

L'avortement, en tant que « mauvais objet » (Boltanski, 2004) est entouré de difficultés pour le saisir comme objet, de difficultés d'accès au terrain, et pose à l'ethnographe un ensemble de questionnements éthiques. Tout chercheur qui le prend pour sujet est, *a priori*, susceptible de se confronter à ces difficultés, qu'il choisisse d'enquêter en France, en Tunisie, en Inde ou au Burkina Faso. Toutefois, le statut juridique et social accordés à l'avortement dans ces espaces concourent à différencier les difficultés d'un terrain à un autre. Les contraintes méthodologiques de l'étude de l'avortement dans les contextes de restriction/interdiction juridique et de forte stigmatisation ont été démontrées (Guillaume, 2004) et c'est une des raisons de l'absence d'ethnographie sur la question. Il se pose non seulement des difficultés pour estimer la prévalence en raison d'une sous-déclaration des cas d'avortements, mais aussi pour faire évoquer les expériences sur la question car très souvent, ces avortements ne sont pas admis par les personnes qui sont directement impliquées (la femme, le partenaire, les soignants, etc.). Toutefois, à chaque enquête ses difficultés, mais aussi ses dispositifs pour les contourner. Ainsi, afin d'estimer la prévalence de l'avortement au Burkina ainsi que le profil des femmes concernées, des démographes ont mis en place une méthode dite « des confidentes » (Rossier et *al.*, 2006). Elle a consisté à interroger des individus au sein de la population sur les confidences que leur auraient faites des ami(e)s ou des proches sur leur avortement. Le principe étant qu'il serait plus aisé pour ces personnes de se confier à partir du moment où elles n'étaient pas directement concernées et que cela ne les mettaient aucunement en cause (surtout aux

yeux du chercheur et par rapport aux éventuelles répercussions). Cette méthode, combinée aux statistiques hospitalières, a permis à ces chercheurs de fournir une estimation approximative du nombre d'avortement au Burkina Faso, ainsi que leurs causes, les méthodes utilisées, etc. Il s'agit malheureusement d'une enquête qui n'a concerné qu'une faible minorité de femmes ayant avorté et qui documentent que très peu leurs expériences et réelles motivations.

Cette thèse de doctorat s'inscrivant dans la continuité de mon mémoire de maîtrise sur les évacuations sanitaires de complications obstétricales, dont celles liées aux avortements, j'avais, dès le début de ce travail, une idée assez précise des difficultés auxquelles je risquais d'être confrontée. Pendant cette précédente enquête, sur trois cas d'avortement évacués vers les centres de référence, je n'étais parvenue à rencontrer aucune des femmes à cause de contacts ou d'adresses erronés. J'ai le souvenir de cette réaction lorsque je suis allée vers l'accompagnante d'une des patientes : « *Ma fille, je vous jure que je ne suis au courant de rien, je ne savais même pas que Salimata était enceinte. Voilà aujourd'hui qu'elle veut me créer des problèmes. Vraiment, croyez-moi !* ». Alors qu'elle avait semblé rassurée par mes explications et qu'elle avait accepté de me communiquer ses coordonnées, le numéro de téléphone et l'adresse se sont avérés faux par la suite.

Ainsi enquêter sur l'avortement au Burkina Faso constitue pleinement un « terrain sensible » car portant « sur des pratiques illégales ou informelles, des individus faisant l'objet d'une forte stigmatisation et sur des situations marquées par la violence, le danger, la souffrance » (Bouillon, Fresia & Tallio, 2005, p. 14). En effet, comme précédemment décrit, l'avortement au Burkina Faso fait l'objet d'une restriction qui rend illégale une majorité des avortements qui surviennent dans le pays et expose celles qui y ont recours à des poursuites pénales. De même, l'avortement y fait l'objet d'une forte réprobation sociale comme religieuse. Par conséquent, la pratique de l'avortement dans sa grande majorité est illégale et clandestine. Cette situation contribue à en faire un sujet sensible aussi bien pour les acteurs en présence (les femmes, leurs proches, les agents de santé, les décideurs), que pour le chercheur qui prend pour objet cette pratique. Le champ de l'avortement au Burkina Faso est un lieu de confrontation de convictions diverses où les acteurs naviguent entre non-dits, faux semblants, censures. Enquêter dans ces conditions comporte plusieurs contraintes liées notamment à la relation d'enquête que construit l'ethnographe avec ses « enquêtés ». Cette relation est,

dans un tel contexte, entachée de méfiance et de suspicion. En somme, comment enquêter sur ce qui peut être considéré comme une douleur ou une « délivrance » pour les uns et une déviance pour les autres ? Ou comment faire l'ethnographie de ce qui est connu de tous mais invisible et faisant l'objet d'une « mauvaise fois sociale » (Boltanski, 2004) ?

Une enquête en population partait pour être longue et laborieuse avec aucune garantie d'atteinte des objectifs sur le temps qui m'était imparti pour ce travail. Un des moyens pour contourner la difficulté d'accès au terrain a été alors pour moi de passer par la porte des soins après avortement, une méthode qui avait déjà fait ses preuves dans d'autres pays (Bankole et *al.*, 2008). Elle avait l'avantage de me permettre d'observer non seulement les pratiques entre soignants et soignés, mais aussi de parer à la difficulté d'identification des femmes. Néanmoins, j'ai très rapidement réalisé que cette démarche, même si elle permettait de côtoyer de près les acteurs impliqués dans la pratique de l'avortement, ne constituait pas un acquis pour accéder à leurs discours. Y parvenir requiert du chercheur une grande capacité à réajuster ses acquis méthodologiques, et aussi une habilité à improviser et même à faire montre d'opportunisme par moment afin de surmonter les barrières que ceux qu'il prend pour objet dressent entre lui et leurs discours. Il a fallu au quotidien travailler à ménager les susceptibilités, surveiller mes propos, parfois faire preuve d'autocensure au risque de me faire cataloguer très rapidement de « pro-avortement ». La question « *que comptez-vous proposer à la fin de cette étude? J'espère que ce n'est pas pour proposer qu'on légalise l'avortement* » m'a souvent été posée, me rappelant régulièrement la méfiance des enquêtés et la réprobation de la pratique de l'avortement. Difficile dans un tel contexte de se positionner entre des soignants et des acteurs politiques généralement réprobateurs d'une part, et d'autre part des patientes vulnérables en quête d'attention et de compassion, sans tomber dans le parti pris.

Les enjeux méthodologiques d'une ethnographie de l'illicite et du secret

Sur le terrain de l'illicite et du secret, j'ai identifié trois difficultés qui sont susceptibles de se poser au chercheur : l'accès au terrain, l'identification des informateurs et l'accès à leur discours.

Les difficultés d'accès au terrain et d'identification des informateurs

Accéder aux structures sanitaires comme lieu d'enquête est conditionné par des autorisations d'enquête délivrées par différentes institutions. Après avoir soumis le projet à l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso¹² et reçu son avis favorable, le protocole institutionnel exigeait que nous (les autres intervenants du projet et moi) obtenions les autorisations des institutions dans lesquelles nous avons prévu d'effectuer des enquêtes¹³. Munie de ces « sésames », j'ai pu alors accéder aux différentes structures sanitaires. Une fois dans celles-ci, le plus délicat restait à faire : identifier des informateurs et obtenir leur consentement à collaborer pour cette recherche.

À la différence de mes précédents terrains sur le VIH, où j'ai rencontré au sein des structures de prise en charges des personnes vivant avec le VIH un certain consensus sur les identités et les pratiques (qui est porteur du VIH, qui est prestataire de services, qui fait quoi, etc.), dans le cas de l'avortement il en était tout autre. *A priori*, les espaces dans lesquels j'ai choisi d'enquêter supposaient un relatif consensus autour des personnes concernées par l'avortement. Mais en réalité, les identités et les pratiques liées à ce phénomène ne vont pas d'elles-mêmes. La logique de dissimulation et le caractère tabou du sujet rendent floues les intentions des femmes. Certaines patientes, désignées comme ayant provoqué leur avortement, le niaient. Tandis que d'autres avortements considérés comme spontanés étaient en réalité des avortements provoqués. Face à cette difficulté d'identification, j'ai choisi de prendre comme potentielles informatrices toutes les femmes admises pour des soins post-avortement (spontané comme provoqué), et d'utiliser l'absence de consensus comme une des clés de lecture du phénomène. Une fois cette deuxième étape franchie, l'enquêteur va enfin réaliser qu'identifier et côtoyer ces informateurs n'était pas synonyme d'accès à leurs discours.

¹² Créé le 21 novembre 2002 par décret n°2002-526, le Comité d'éthique pour la recherche en santé au Burkina Faso est un organe de décision qui est chargé du contrôle du respect des principes énoncés par le Code national d'éthique en matière de recherche en santé. Il s'agit d'un organisme indépendant placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère chargé de la Recherche scientifique. Le Comité d'éthique a pour attributions d'analyser et évaluer les projets de recherche en santé au Burkina Faso, d'émettre un avis sur le respect du code d'éthique, des protocoles de recherche et délivrer un certificat d'éthique préalable à toute autorisation de recherche en santé ; de contrôler le respect des principes d'éthique dans la réalisation des recherches ; d'arbitrer tout litige de nature éthique né de la mise en œuvre d'une recherche en santé ; de promouvoir l'éthique de la recherche ; d'élaborer un code d'éthique pour la recherche et le réviser en cas de besoin.

¹³ La Direction de la santé du centre, la Direction du CHUYO, la Direction de l'ABBEF, et le Ministère de la santé.

« L'omerta de l'avortement » : quand le terrain rime avec atermoiements, suspicions et mutismes

Une des spécificités de l'ethnographie de pratiques illicites est l'opacité qui entoure la parole et le discours sur celles-ci. On y observe une certaine culture du silence. Cette opacité s'exprime déjà chez les agents de santé comme en témoignent plusieurs expériences de méfiance et même de refus de leur part à s'exprimer sur leurs pratiques professionnelles. Ainsi, lors de ma première prise de contact au Centre médical X le 25 octobre 2012, j'ai été introduite auprès de la sage-femme responsable du service de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Après lui avoir exposé ma requête et présenté les autorisations d'enquête, elle me suggéra de mener l'entretien avec la sage-femme responsable de la maternité qu'elle estimait la mieux indiquée pour parler de ce sujet. Elle fit appeler la dame concernée dans son bureau et lui soumit ma requête. La dame, manifestement étonnée, accepta de m'accorder l'entretien à condition que j'attende la fin de ses consultations. Lorsqu'elle termina environ deux heures après, elle m'amena dans la salle de réunion de la structure pour l'entretien. Après lui avoir présenté les objectifs de l'étude et le contenu de l'entretien, elle s'étonna : *« je ne comprends pas pourquoi Mme X vous a demandé de parler de ça avec moi. Elle aurait pu répondre aux questions elle-même »*. Puis elle resta silencieuse un moment pour finalement me demander si j'avais déjà rencontré le médecin responsable de la structure. Suite à ma réponse négative, elle me dit alors qu'il était préférable d'en discuter avec lui avant par souci de hiérarchie. Le lendemain, le médecin responsable me renvoya vers elle, et les rendez-vous qu'elle me fixa ensuite restèrent sans suite.

Le silence et la méfiance étaient de mise chez les patientes et leurs proches. L'exemple de Bintou, une jeune femme de 19 ans l'illustre bien. C'est à l'occasion de sa visite de contrôle sept jours après sa prise en charge que j'ai fait sa connaissance. La sage-femme l'avait dirigée vers moi en ces termes *« la dame va discuter avec toi, faut pas avoir peur »*. Bintou me suivit donc dans la salle de garde où j'avais coutume de négocier mes premiers entretiens. Une fois en tête-à-tête, je la sentie très méfiante et apeurée. Elle expédia chacune de mes questions par des réponses brèves ponctuées de longs moments de silence pour se lever au bout de dix minutes prétextant être attendue par son employeur. Je lui fis la proposition de la revoir dans les jours suivants, ce qu'elle accepta aussitôt en prenant l'initiative de me laisser son numéro de téléphone. Je le composai alors sur le champ, mais n'entendant aucune sonnerie, elle m'expliqua

qu'elle avait laissé son téléphone chez elle pour ne pas être dérangée et que je pouvais l'appeler dans la soirée pour qu'elle enregistre mon numéro. Le soir, elle était injoignable, tout comme les jours suivants.

Ces deux situations illustrent les difficultés à parler de l'avortement tant pour les soignants que pour les patientes. Difficile à endosser, le rôle d'informateur suscite crainte, atermoiement, suspicion et mutisme. Ballottée entre différents informateurs d'une même structure ou entre plusieurs structures, j'ai dû faire face à des refus d'informateurs prétextant leur manque de légitimité à s'exprimer sur la question de l'avortement. J'ai aussi été confrontée à des informateurs sur la défensive, qui avaient chaque fois peur d'en dire trop, ou qui demandaient l'interruption de l'enregistrement ou des prises de notes lorsqu'un avis personnel était émis et n'allait pas dans le sens commun, ou en cas de propos dénonciateurs à l'encontre de collègues ou des supérieurs, avec parfois les expressions « *N'allez pas dire que j'ai dit ceci hein !* », « *Est-ce que vous pouvez éteindre le dictaphone ?* ». La suspicion était, elle aussi, courante et s'est manifestée par des mises en garde, s'est ressentie à travers les regards suspicieux, les questions fréquentes par rapport à ce que je cherchais à savoir, ou encore à travers le fait de réclamer le guide d'entretien pour en être imprégné avant l'entretien.

Au sujet des femmes et de leurs proches, entre adresses erronées, faux contacts et rendez-vous, entretiens expéditifs et prétextes douteux, j'ai été confrontée à une résistance pesante, parfois décourageante. Le mutisme récurant, se traduisait par le refus pur et simple de l'entretien ou son acceptation avec le moins disant. Les premiers entretiens ont été ponctués de longs silences et de réponses brèves qui donnaient parfois l'impression de me livrer à un monologue et pouvaient s'arrêter à tout moment sous toutes sortes de prétextes (fatigue, une urgence à régler, etc.).

Cependant, ces situations n'ont rien de fortuit pour l'ethnographe, elles en disent long sur l'objet de recherche et illustrent ce qu'Anne-Marie Losonczy (2002) qualifie d'« énigme réciproque » pour le chercheur et pour les informateurs. Cette « énigme réciproque », loin de constituer un échec (ou d'être ressentie comme tel) serait plutôt le signe d'une ébauche de la relation d'enquête entre le chercheur et l'informateur (Losonczy, 2002). Et c'est lorsque le chercheur prend la peine de l'interroger qu'il peut poursuivre la relation d'enquête au moyen d'un repositionnement de ses pratiques et de son éthique (D'Halluin, 2005). Confrontée à cette « énigme réciproque » au cours de

son enquête sur les pratiques associatives d'aide aux procédures d'asile en France, Estelle d'Halluin (2005) l'a expliquée par le ressenti de l'inégalité dans la relation chercheur-informateur, par la volonté de taire des tactiques et la crainte des risques de persécution. Ce diagnostic lui a permis d'adapter sa méthode et d'avancer dans son enquête.

S'agissant de l'avortement, l'explication de l'énigme peut être recherchée dans ce que Julien Grard (2008, p. 143) appelle la difficulté de se « mettre en récit » et les implications de cette mise en récit de soi. En effet, selon lui, parler de soi est en général pour les informateurs « une activité au carrefour d'un ensemble de pratiques, de significations – morales, sociales – et de relations de pouvoir ». Évoquer l'avortement peut s'avérer ardu tant pour une femme qui a avorté que pour un agent de santé ou un acteur politique. Pour une femme, parler de son avortement renvoie au sexe, à un dilemme intérieur en rapport à la vie humaine, à la déviance, et est par conséquent difficile et souvent douloureux à évoquer. Pour l'agent de santé, il s'agit de lever le voile sur des pratiques ou convictions qu'il n'assume pas nécessairement, mais qui font sens pour lui. Pour libérer donc la parole sur le sujet, la confiance doit être de mise. Or le chercheur au moment où il propose cette « mise en récit » est loin d'être la personne indiquée pour en bénéficier parce qu'il s'agit non seulement d'une intrusion dans une intimité parfois douloureuse, mais aussi et surtout d'une intrusion à un moment où des doutes subsistent quant à son statut véritable et aux desseins que cachent sa requête. Concernant mes rapports avec les soignants par exemple, le début de cette enquête sur l'avortement représentait un retour sur des terrains où les socio-anthropologues jouissent d'une réputation toute faite : ils sont accusés d'être des espions, de ne voir que les mauvais côtés de leurs pratiques et d'avoir un parti pris. En effet, les études anthropologiques décrivant les relations d'enquêtes entre les usagers et les prestataires de soins ont essentiellement privilégié les discours des premiers, mettant en avant les mauvais traitements que subissent les patients dans les services de santé : mauvais accueil, absence de dialogue, actes de violence, rackets, etc. Un des travaux souvent incriminés est l'ouvrage « Une médecine inhospitalière » coordonné par Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003) et connu des professionnels de santé. Aussi, dans le cadre d'un programme de recherche-action sur l'Amélioration de la Qualité et l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence au Burkina Faso (programme AQUASOU), le rôle des anthropologues impliqués (parmi lesquels j'ai brièvement figuré) était, entre

autres, de s'immerger dans les univers de soins comme les consultations prénatales, les salles d'accouchement, etc. pour observer les pratiques des soignants et des usagers, et réaliser des entretiens. Les données recueillies devaient permettre la production de connaissances qui devaient servir à transformer les conduites des personnels de santé et promouvoir les bonnes pratiques. Malheureusement, l'exposition de certaines dérives des pratiques des soignants lors d'espaces de rencontres tels que les réunions sur les audits a été vécue par ces derniers comme une trahison et a jeté des doutes quant à la place occupée par les anthropologues (Gruénais et *al.*, 2012; Richard et *al.*, 2009). Ils ont été perçus comme des espions à la solde de la hiérarchie médicale, dont le travail loin d'aider à améliorer les pratiques, oeuvrait plutôt à ternir l'image des soignants et à briser leur carrière. Dans ce contexte, demander à observer les pratiques et réaliser des entretiens sur un sujet tabou comme l'avortement n'était par conséquent pas bienvenu car certains agents de santé étaient désormais « échaudés » et sur leurs gardes.

Les femmes elles aussi étaient sur la défensive car elles identifiaient mal mon statut de chercheur. Tantôt en blouse, j'étais assimilée au personnel soignant à qui elles désiraient communiquer le moins d'informations possibles ; tantôt à l'écoute et dans le soutien, j'étais celle qui se rapprochait d'elles ; et tantôt celle vers qui les agents de santé les dirigeaient « pour parler », donc une éventuelle espionne à leur solde ou à la solde de la police. Quand, par chance, les patientes répondaient favorablement à mes sollicitations pour un entretien, c'était moins par envie que par souci de « reconnaissance », de « dette » ou d'« obligation » envers les personnels de ces structures.

Ainsi, parler de soi, tâche déjà difficile en soi, devient plus ardue lorsqu'il faut l'assumer face à un interlocuteur suspect et aussi quand les risques de répercussions sont prégnants. En effet, l'avortement étant interdit et proscrit, l'évoquer avec une inconnue dont on ignore le réel statut c'est risquer des poursuites ou la stigmatisation. Les agents de santé, face à des anthropologues réputés traîtres, peuvent craindre les usages et interprétations qui seront faits de leurs propos. Mon statut d'enquêtrice burkinabè vivant dans la même ville que les femmes ou mon assimilation à un membre du personnel des structures de soins ne favorisaient pas, non plus, la discussion sur un sujet qui relevait du secret pour la plupart. Chez les femmes, c'est avant tout la volonté de se préserver des risques de poursuites et de stigmatisations qui était mise en avant, mais aussi une volonté de protéger des « tactiques ». Accéder à l'avorteur est en général un parcours

épineux dans lequel le réseau d'interconnaissance joue un grand rôle et dans lequel les avorteurs et toutes les personnes qui facilitent l'accès à ces personnes sont perçus comme des « bienfaiteurs ». On observe de fait une forme de connivence entre les aidants (les soignants et l'entourage) et les aidées (les femmes, leurs compagnons) pour taire des tactiques permettant de déjouer les systèmes de contraintes établis par rapport à une pratique (D'Halluin, 2006, p. 65). Lorsqu'une femme explique « *je préfère ne pas parler de la dame qui a fait l'avortement, elle m'a aidée et je ne veux pas lui créer des problèmes* », il s'agit à la fois d'une reconnaissance envers un « bienfaiteur » que son silence met à l'abri de désagréments et le désir de lui laisser aussi la possibilité de continuer d'apporter son « aide » à d'autres femmes.

Une fois le diagnostic posé, il s'est agi de trouver les solutions pour réussir la « négociation invisible » (Olivier de Sardan, 1995). Face à ce type de terrain, les formes d'adaptation mises en œuvre par les chercheurs sont légions. L'immersion de manière anonyme et l'utilisation d'intermédiaires comme l'a fait Hamza Medded (2012) dans sa thèse sur des pratiques économiques illégales (trafic de cuivre) en Tunisie, ou le recours à des intermédiaires et procéder par effet boules de neige « un individu étant toujours à l'origine d'une chaîne d'autres individus » comme l'a fait Descorte sur les consommateurs de drogues (2002, p. 42-43), sont entre autres des dispositifs mis en œuvre par les chercheurs pour observer et recueillir les données sur des objets pour lesquels les clés d'observation ne sont pas toujours offertes. Dans le cas spécifique de l'avortement, Sophie Divay (2004) a opté, en France, pour une ethnographie à l'insu de ses informatrices avec tous les enjeux déontologiques et méthodologiques que cela implique. Elle a choisi, en effet, d'utiliser les données recueillies au cours d'entretiens préalables à des demandes d'IVG dans le cadre de son activité en tant que conseillère conjugale dans une association. Pour ma part, la négociation invisible passait par la posture empathique et la construction de liens interpersonnels avec les informateurs.

Les relations interpersonnelles, clé pour une ethnographie de l'illicite

Avec les agents de santé, j'ai d'abord travaillé à les rassurer de manière récurrente sur ma position et les motifs de ma présence, en comptant sur les vertus de l'immersion et ses effets sur le long terme (Schwartz, 1993). Le meilleur moyen pour se faire accepter et se fondre dans la masse était de s'impliquer dans leurs tâches quotidiennes. J'ai été tour à tour agent d'accueil, conseillère, interprète et même aide-

soignante. En tant qu'aide-soignante par exemple, je remplissais les dossiers d'admission des patientes, je remettais aux soignants le matériel requis pendant l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU), je faisais la « *verbacaine* »¹⁴ ou aidais à immobiliser la patiente.

Les gardes et les permanences étaient aussi des lieux de sociabilité avec les soignants car elles offraient des moments de discussions et de partages (les repas), et donc de rapprochement. Aussi la proximité avec certains agents favorisait le rapprochement avec les autres. Être acceptée par un membre de l'équipe facilitait les rapports avec les autres. « *Donc c'est nous que tu n'aimes pas ? Tu viens aux gardes de X et moi tu ne viens pas* » me disait un jour un médecin en apprenant que j'assistais un de ses collègues pendant ses gardes. À ce médecin j'avais répondu que je n'avais pas été conviée aux siennes et que je n'osais par conséquent pas. J'ai été alors invitée à ses gardes suivantes et il prenait, à partir de ce moment, la peine de m'appeler dès qu'il recevait des femmes pour des soins post-avortement. Il en était de même avec les sages-femmes qui, avec le temps, étaient devenues des « *tanties* »¹⁵ pour moi. Progressivement, j'ai bénéficié de l'adhésion des personnels soignants à la recherche qui acceptaient désormais ma présence, la réclamait quelques fois et se mettaient en position de l'expliquer aux patients comme aux autres collègues sans que j'ai eu nécessairement à le demander. En outre, j'ai choisi de privilégier les discussions informelles au début de mon enquête, gardant les entretiens formels pour la fin.

Pour ce qui est des jeunes femmes, j'ai réalisé que mon statut de jeune femme célibataire apparaissait, *a priori*, comme un facteur de rapprochement dans la mesure où certaines expériences nous étaient communes (la complexité des relations amoureuses par exemple). J'ai donc pris le parti d'exploiter ces atouts afin de me rapprocher d'elles, c'est-à-dire privilégier la « *posture empathique* » pour les mettre en confiance sur des discussions autour d'évènements intimes et souvent douloureux (Bila, 2009). Il s'est agi concrètement de privilégier des rencontres répétées dans lesquelles le premier contact jouait un grand rôle car de celui-ci dépendait la suite des rencontres. Ainsi, lorsque la femme était admise pendant ma présence dans les centres de santé, je participais à sa

¹⁴ La « *verbacaine* » est un néologisme fondé sur le terme Xylocaïne qui est un produit anesthésiant utilisé aussi pour atténuer la douleur pendant l'AMIU. Le principe consiste à détourner l'attention de la patiente pendant l'acte de l'AMIU en espérant qu'elle ressente moins la douleur.

¹⁵ Formule de politesse pour désigner les femmes adultes susceptibles d'être une grande sœur, une mère ou une tante.

prise en charge en aidant les soignants dans leurs tâches et en jouant le relais entre la femme et ses accompagnants (transmettre ses doléances, les tenir informés sur son état de santé). Il s'agissait de se rapprocher autant que possible d'elle, de jouer la carte de l'empathie sans pour autant l'envahir. C'est en participant à ces urgences qui traversaient leur vie et en étant proche d'elles et de leurs accompagnants que j'obtins la confiance des patientes désormais disposées à ce que nous échangions nos contacts et qui m'appelaient parfois pour me remercier. La relation ainsi construite se renforçait au fil des rencontres suivantes.

Par contre, lorsque j'étais absente au moment de la prise en charge et que le lien s'établissait à partir des soignants ou des collègues doctorants en médecine, je transformais les premiers entretiens en discussions informelles. Je mentionnais très peu, sinon pas du tout, l'avortement au cours de ces échanges. Nous évoquions plutôt son état de santé, la suite de sa prise en charge, je lui parlais de moi, de ce en quoi consistait mon travail, je proposais de la revoir de temps à autre et de faire de même si elle ressentait le besoin d'échanger avec quelqu'un. Après ce premier rendez-vous, les appels et les échanges SMS (j'y reviendrai en détail plus loin) aidaient à renforcer les liens et l'entretien véritable n'intervenait généralement qu'au bout de deux ou trois rencontres. Parfois je me contentais des échanges informels très riches. L'avantage des liens interpersonnels et des rencontres répétées est qu'ils permettent de recueillir des informations sur les aspects malaisés du problème sans avoir à poser des questions. Aussi, permettaient-ils de lever le voile sur la non-concordance des diagnostics. Il arrivait donc que des femmes après avoir soutenu devant les agents de santé et les autres membres de l'équipe que l'avortement était spontané, me révèle des mois plus tard, sur un ton de confiance « *tu sais quoi, l'avortement là, c'est moi-même j'ai fait ça* » (propos d'Assetou, 20 ans).

Il s'agit aussi de terrains où les prises de notes et enregistrements s'avèrent problématiques, car perçus par les informateurs comme des sources de traçabilité. Je mobilisais donc ma mémoire au quotidien pour retenir le maximum d'informations possible. Les prises de notes se faisaient une fois chez moi ou à l'abri des regards dans des salles de garde. J'utilisais parfois mon téléphone portable comme support de prise de notes, car tapoter sur le clavier d'un téléphone au cours d'une discussion informelle intrigue moins que de griffonner dans sur calepin.

Les technologies de la communication : une alternative ?

Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) qui connaissent un essor en Afrique depuis la dernière décennie sont désormais partie intégrante des modes de communication dans les pays (Dibakan, 2002). L'usage du téléphone mobile par exemple aurait doublé entre 2008 et 2011, passant de 246 millions à plus de 500 millions d'abonnés, soit plus de 50 % de la population africaine¹⁶. L'utilisation quotidienne de ces moyens de communication à travers les échanges de messages SMS, les appels téléphoniques, les échanges email, le tchats, etc. donnent lieu à des pratiques nouvelles qui redéfinissent les codes de la communication tant dans les pays occidentaux que dans les pays du sud (Alzouma, 2008 ; Ledjou, 2010 ; Licoppe, 2002). Utilisées à différentes échelles dans ces sociétés, les Technologies de l'Information et de la Communication sont de plus en plus présentes dans la recherche scientifique. En effet, ayant déjà fait leurs preuves dans les enquêtes par sondage, elles sont mobilisées depuis une décennie dans le champ de la santé. Elles sont utilisées, par exemple, dans les recherches sur des pathologies comme le VIH, les pathologies chroniques comme les insuffisances cardiaques, le diabète, ou encore en psychiatrie (Atherton et al., 2012; Maiga, 2011). En 2011 par exemple, la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a mis en place une méthode dénommée *Rapid Mobile Phone-based Survey (RAMP-Survey)* pour aider ses institutions, les gouvernements et les ONG à « réaliser des enquêtes de santé à moindre coût, en temps opportun et avec un appui technique externe limité »¹⁷. Les technologies de l'information, c'est-à-dire les téléphones mobiles et l'internet permettraient ainsi de réduire les ressources et le temps nécessaires à la collecte des données, et permettraient aussi un meilleur suivi des patients inclus dans les essais cliniques.

Concernant les objets illicites et sensibles comme l'avortement, leur apport a été plus que déterminant en termes de moyens de maintien du contact avec le terrain et aussi de moyens de construction de liens interpersonnels. En effet, les messages SMS et les appels téléphoniques m'ont permis de rester continuellement avec les structures sanitaires. N'étant pas en mesure d'être présente 24h/24 et sur tous les sites en même temps, j'ai négocié avec les soignants afin d'être tenue au courant des cas d'avortement

¹⁶ *Mobile Africa Report 2011 : Regional Hubs of Excellence and Innovation:*

http://www.mobilemonday.net/reports/MobileAfrica_2011.pdf

¹⁷ http://www.ifrc.org/PageFiles/96432/1226901-case%20study-Ramp-A4-FR_Lr.pdf

qu'ils prenaient en charge. Grâce à ce procédé, j'ai pu assister à la prise en charge et/ou nouer contact avec un certain nombre de femmes dont l'admission avait été faite pendant mes absences sur ces sites.

Pour ce qui est des femmes, les échanges de messages SMS, mails et appels ont été cruciaux dans la construction des liens avec elles et dans le maintien de ces liens dans le temps et dans l'espace. En effet, aujourd'hui très présents dans vie des citadins et surtout parmi les jeunes, le téléphone portable et l'internet ont révolutionné les codes sociaux de la communication et les échanges interpersonnels. Les travaux de Christian Liccoppe (2002, p. 183) sur les usages du téléphone mobile démontrent qu'il est un outil qui aide à la gestion des liens entre les individus et peut servir à négocier les interactions : « L'ouverture des dialogues, le fait de s'installer dans l'échange téléphonique constituent le signe de l'engagement dans le lien. L'autre est composé d'appels courts, fréquents, où le contenu peut jouer un rôle secondaire par rapport au simple fait d'appeler. Le caractère continu de ce flux d'échanges ponctuels permet d'entretenir le sentiment d'une connexion permanente, l'idée que l'on peut ainsi éprouver à chaque instant l'engagement de l'autre dans la relation ».

Ainsi, les appels fréquents et les échanges par SMS ont peu à peu renforcé les liens entre les femmes, surtout les plus jeunes, et moi. De plus, dans la sphère de l'intime et du secret, le téléphone portable faciliterait, selon Michèle Martin (2003, p. 93), la transmission des secrets grâce à l'impression d'intimité créée par les conversations transmises d'oreille à oreille. Il en est de même pour les SMS qui selon elle, constituent « une marque d'attention envoyée à l'autre (on pense à lui), mais de façon discrète, alors qu'un appel risquerait de passer pour intempestif et de déranger, notamment dans l'espace public. Les textos permettent aussi de joindre directement la personne, sans risque d'interception par un tiers, ce qui justement autorise cette extériorisation de l'intimité, ou de ces secrets. De façon plus neutre affectivement mais non moins ludique, les messages sont aussi utilisés dans un souci de micro-coordination pour organiser les rencontres » (2003, p. 9).

Comme j'étais assimilée à une grande sœur, à une amie et donc intégrée dans leurs réseaux, j'ai pu bénéficier, avec elles, d'échanges multiples dans lesquelles elles se racontaient en toute confiance et choisissaient les informations qu'elles étaient désireuses de me fournir, sans craindre l'éventuel regard que j'étais susceptible de poser

sur elles si nous étions dans un face-à-face par exemple. Aussi, ces échanges téléphoniques et par mail ont servi à maintenir les liens avec elles quand elles ou moi étions amenée à nous absenter de Ouagadougou. J'ai pu ainsi être tenue au courant de certains événements qui émaillaient leurs vies durant mon éloignement comme les ruptures, les nouvelles rencontres, un nouvel emploi, etc.

Face à l'avortement : exigences éthiques et souffrance du chercheur

Se distancier ? S'impliquer ?

La question de la juste distance entre le chercheur et son objet de recherche a toujours été un sujet important pour les sciences sociales. La situation d'enquête socio-anthropologique exige en théorie du chercheur une neutralité dans ses rapports à son objet d'étude (Weber, 1959). Dans la pratique cependant, il est de plus en plus ressorti que cette neutralité était quasi impossible pour le chercheur, et qu'elle relevait plus d'une définition normative de ce que devrait être une science que d'une description objective de ce qu'elle est (Fassin, 1999). Norbert Elias (1995, p. 10) explique en effet que la question de l'engagement et de la distanciation loin d'être l'apanage de la recherche, est inhérente aux interactions du quotidien entre les individus. Ces derniers seraient animés d'impulsions qui oscillent entre le désir d'engagement et celui de la distanciation, et qui déterminent le cours de leurs actions. Le chercheur en tant qu'acteur d'une société donnée ou parfois de celle qu'il prend comme objet d'étude (Bila, 2009 ; Ouattara, 2004) s'inscrit, de fait, dans ces impulsions d'engagement et de distanciation, et est ainsi invité à penser ensemble cette dualité dans sa pratique. L'idéal de la « neutralité axiologique » n'étant pas atteignable, la théorie éliásienne permettrait, selon Didier Fassin (1999) de penser la tension entre l'engagement et la distanciation en la représentant sous la forme d'un gradient plutôt que comme deux entités séparées.

Cependant, comme il le relève à juste titre, il existe une diversité des formes d'engagement et de distanciation : « Si la conceptualisation que propose Norbert Elias permet donc de mieux rendre compte de la réalité que ne le faisaient notamment les approches durkheimienne et weberienne, elle exprime en revanche mal la diversité des formes d'engagement et de distanciation correspondant à la multiplicité des paradigmes des sciences sociales » (Fassin, 1999, p. 4). Ainsi, d'un terrain à l'autre, d'un sujet à un autre, engagement et distanciation n'ont pas les même sens. En fonction des objets de recherche, s'engager peut prendre plusieurs formes et avoir diverses implications. Ce

terrain permet de poursuivre le débat sur la diversité des formes d'engagement du chercheur et de ses implications, notamment les engagements à risque (Pirinoli, 2004).

De l'illusion d'une possible neutralité à l'implication : quand la relation d'enquête participe à une transformation de soi

Lorsque j'ai entamé cette enquête sur l'avortement, j'avais mes convictions personnelles sur cette pratique en lien avec mes croyances religieuses et mon éducation. Il me revient en mémoire ces propos entendus plusieurs fois lors de séances de prêche : *« lorsqu'une femme qui a fait un avortement meurt, le jour du jugement dernier elle retrouve l'enfant dont elle a ôté la vie qui l'attend les mains fermées, et qui les ouvre à son arrivée pour lui remettre son châtiment, l'enfer »*. J'ai été éduquée dans l'idée que les femmes qui avaient recours à l'avortement étaient des femmes de « mauvaise vie ». En conséquence, je me suis engagée sur ce terrain avec des convictions contre l'avortement et le fait de baigner dans un univers me confortant dans cette position a exacerbé, en moi, le sentiment d'altérité et créé l'illusion d'une possible distanciation. Une fois l'évidence acquise, mon non-engagement allait de soi, puisqu'il faut se sentir proche d'une cause pour nourrir le désir de s'impliquer (défendre leur cause par exemple).

Le défi pour moi se situait à un autre niveau : comment faire pour ne pas laisser mes perceptions de l'avortement influencer mes rapports à mes informateurs et à mes données, car « certes, nul ne saurait empêcher le savant d'avoir des “convictions personnelles”, pourvu toutefois qu'il ne les mêle pas à ses recherches et qu'il ne les enseigne pas du haut de sa chaire » (Fassin, 1999, p. 44). Il m'incombait alors d'œuvrer à ce que mes convictions personnelles n'entachent pas mes rapports à ces jeunes femmes. Cependant, au fil des rencontres, je me suis aperçue, comme le montrait, Didier Fassin que « l'homme ne se désengage jamais complètement du monde, quel que soit le degré de désenchantement qu'il produise à son égard » (1999, p. 44). L'approche empathique pour vaincre la réticence et la méfiance des informatrices avait fini par créer des liens comme je l'expliquais dans les lignes précédentes. Ainsi, de l'inconnue potentiellement dangereuse, je suis devenue la « tantie », la grande sœur, la confidente qu'on appelle désormais pour demander conseil, se confier ou solliciter un soutien sans risque que l'information ne soit divulguée dans leurs réseaux respectifs. En d'autres termes, on pourrait dire que j'étais l'« amie inconnue ». Il ne s'agissait pas, pour elles,

de m'assimiler comme membre de leur réseau à part entière, mais plutôt de m'y intégrer avec mes spécificités, à savoir comme une « intellectuelle », inconnue de leur réseau social, avec des possibilités de répondre à certaines de leurs préoccupations, etc. En retour, je m'étais prise d'affection pour elles et le temps que je leur accordais me permettait de les côtoyer régulièrement - partager leurs craintes et angoisses, leurs projets et aspirations, leurs difficultés, leurs rapports avec les gens autour d'elles -, de dresser leur parcours et de découvrir les motivations profondes de leur « geste ». Le fait de privilégier des relations personnalisées pour instaurer la confiance et lever la barrière d'accès aux données a transformé à mon insu ma vision de l'avortement. De celle qui juge sans le dire, je suis passée à celle qui comprend, qui se dit qu'elle n'aurait peut-être pas fait mieux et adhère à leur cause. Ce nouveau statut (sur le plan des perceptions de l'avortement) et cette adhésion à la cause impliquait pour moi de les aider à surmonter « leur souffrance » à laquelle j'étais devenue désormais sensible. J'ai ainsi découvert qu'enquêter sur des expériences d'avortement peut faire passer le chercheur d'une perception à une autre de l'avortement, le rendre par moment partisan ou même faire naître chez lui la tentation de se porter défenseur des « causes perdues ». À partir de ce moment, le défi devenait tout autre : comment faire pour ne pas dépasser la « ligne rouge » surtout lorsque le terrain vous sollicite régulièrement et veut que vous soyez actif ?

Ma relation avec Paula et Afia, deux jeunes femmes qui ont connu des expériences d'avortement, permet d'illustrer le type de sollicitations auxquelles j'ai pu être confrontée.

Paula est une jeune femme de 23 ans dont j'ai fait la connaissance en septembre 2011 au cours de sa prise en charge à la suite d'une complication après une IVG clandestine. Elle avait beaucoup hésité avant d'accepter ma proposition de la rencontrer pour un entretien. C'est après plusieurs relances par téléphone qu'elle avait fini par me fixer un rendez-vous chez elle trois mois après sa prise en charge. Quand je m'y suis rendue, j'ai retrouvé une jeune femme nerveuse qui a fini par m'avouer : « *toute la nuit je n'ai pas dormi, je me posais des questions, et si c'est la police qui l'envoie ? Entre temps j'ai même failli éteindre mon téléphone* ». Aussi, pour dissiper ses craintes et son malaise, je me suis contentée d'une discussion informelle qui n'a rien eu à voir avec son avortement. Par la suite, en multipliant les échanges au téléphone et les visites chez elle, nous avons sympathisé et sommes parvenues à avoir notre premier vrai entretien. J'ai

ainsi appris qu'elle était née dans un village à environ 300 kilomètres de Ouagadougou et était venue dans la capitale sous le couvert d'un « oncle ». Maltraitée par ce dernier, elle avait décidé de louer un petit studio et avait trouvé un emploi de serveuse dans un « glacier » pour subvenir à ses besoins. Cependant, au chômage depuis deux mois, elle éprouvait des difficultés à payer son loyer et le propriétaire menaçait de l'expulser. J'ai aussi découvert que l'homme qui « l'avait poussée à avorter » avait mis fin à leur relation amoureuse deux semaines après sa sortie de l'hôpital. Cet abandon et la précarité dans laquelle elle vivait lui avaient donné plusieurs fois des envies de suicide. Elle en avait d'ailleurs profité pour me signifier tout le bien que lui faisaient nos échanges et rencontres.

« Souvent tu es laissée à toi-même, et tu fais des choses que tu regrettes. Depuis que je te connais je me sens moins seule, tu me donnes des conseils de grande sœur. Si je t'avais connue depuis, il y a beaucoup de choses que je n'aurais pas faites ».

À la fin de cet entretien, Paula m'a appris qu'elle se sentait « bizarre » depuis quelques jours.

« Hier j'ai fait du tô¹⁸ et j'ai mangé, mais je n'arrivais pas à digérer. Mon ventre était gonflé et puis ça revenait vers ma poitrine. Donc j'ai bu du thé avec du citron pour essayer de faire passer ça, mais ça va pas. Depuis ce matin je sens que la nourriture est ici [elle montre sa gorge]. Je ne sais pas ce qui m'arrive ».

Tout en la rassurant, je lui ai proposé de faire un test de grossesse, ce qui a eu pour effet de la troubler.

« Je ne peux pas être enceinte, mes seins ne sont pas gonflés, donc ça peut pas être ça. Si c'est ça, walai ! la mort est mieux ! ».

Devant mon insistance, elle a fini par accepter l'idée du test à la condition que je l'assiste au moment de la réalisation. J'espérais au fond qu'elle n'était pas enceinte car je m'étais prise de sympathie pour elle et m'imaginai la difficulté dans laquelle une éventuelle grossesse allait la placer. Le lendemain matin, le test s'est malheureusement révélé positif et je me suis retrouvée avec une jeune femme en pleurs à consoler pendant

¹⁸ Le tô est un plat national au Burkina Faso. Il s'agit d'une pâte à base de farine de maïs ou de mil qui se consomme avec différents types de sauce.

toute une matinée. Elle m'a alors raconté les conditions dans lesquelles la grossesse était survenue.

« Quand mon copain m'a quittée j'étais triste, il y avait l'avortement aussi que je n'arrivais pas à oublier. Donc j'ai décidé de m'amuser pour oublier. J'ai une amie ivoirienne qui m'a fait connaître un de ses frères ivoiriens (...). Chaque fois le gars m'appelait au téléphone et venait me voir, je me suis dit "pourquoi pas ?", au moins il va m'aider à oublier les choses, je n'espère rien, comme je ne prends plus un gars au sérieux, c'est juste pour m'amuser. Quand j'ai commencé à sortir avec lui, il m'a dit que moi je suis le genre de fille qu'eux ils aiment avoir à côté d'eux parce que je suis simple. Tous ses amis le connaissaient dans son affaire de femme, mais bizarrement quand il m'a connue, il ne sortait avec aucune fille, et ses amis même étaient surpris de nous voir ensemble aussi longtemps (...). Donc j'ai commencé à le prendre au sérieux. (...) Il est reparti en Côte d'Ivoire depuis deux semaines, il m'a dit que s'il arrive il va m'appeler et que s'il revient à Ouaga il va m'épouser. Mais depuis qu'il est parti il n'a jamais pris même son téléphone pour m'appeler. Pourtant quand il était là il disait que lui il veut un enfant ».

La décision a été prise sur le coup d'informer le compagnon en question. Elle apprendra alors qu'il est marié avant qu'il ne lui raccroche au nez. Pendant une semaine Paula a hésité entre garder sa grossesse et avorter. Elle appréhendait surtout de revivre les mêmes douleurs que celles du précédent avortement et d'en mourir. J'ai essayé de l'accompagner durant cette période d'hésitation faite surtout de détresse et de larmes. Elle aboutira à la conclusion suivante *« Je sais que je ne peux pas garder cette grossesse, mais si c'est pour revivre ce qui s'est passé la dernière fois, je préfère garder et laisser Dieu faire, s'il faut je vais sortir pour mendier pour qu'on mange »*, pour à la fin me demander de l'aider *« grande sœur c'est Dieu qui t'a envoyée vers moi pour me sauver, aide-moi s'il te plaît ! »*.

La seconde histoire est celle d'une jeune femme qui avait été reçue en consultation en octobre 2012 pour une grossesse non désirée communément désignée par le sigle GND par les professionnels de santé. Je fus sollicitée par la sage-femme responsable de la clinique et une des conseillères pour les aider à gérer le « cas » en question.

« Ça fait presque deux heures qu'on lui parle, mais elle ne fait que pleurer seulement, qu'elle a été violée et elle ne peut pas garder la grossesse. Viens nous aider, peut être que tu pourras la calmer » (propos de la conseillère).

C'est ainsi que je me suis retrouvée devant Afia, une étudiante de 20 ans en quête d'avortement au motif de viol. Elle serait allée dans un « maquis » pour oublier des soucis financiers et aurait perdu connaissance après qu'un homme lui ait proposé un verre. Après cet épisode, elle aurait constaté l'absence de ses règles, elle serait allée en consultation, et des examens avaient révélé une grossesse de cinq semaines. Elle est ainsi venue dans cette structure pour bénéficier d'un avortement sécurisé conformément aux dispositions de la loi, mais elle ne disposait d'aucune preuve du viol.

Après avoir relaté, à mon tour, les faits à la sage-femme responsable de la structure, nous avons décidé de la référer vers le service de maternité du centre hospitalier universitaire. Mais avant cela, elle devait refaire une échographie pour permettre à la sage-femme de juger de la viabilité de la grossesse.

« De toute façon, comme on a dit qu'il faut vérifier dans une semaine, peut-être même que la grossesse n'est pas bonne, peut-être que l'œuf n'est pas bon. Donc patiente dans une semaine on va refaire l'échographie pour voir. Même si tu n'as pas l'argent il faut venir on va t'aider à faire l'échographie » (propos de la sage-femme).

Afia se remit à pleurer en entendant ces propos et me confia ses craintes après le départ de la sage-femme.

« Elles ne veulent pas m'aider. Et si dans une semaine elles me disent qu'elles ne peuvent rien faire ? Je ne peux pas partir d'ici, il faut qu'on m'aide ».

À force de persuasion, je parvins à lui faire accepter l'idée d'attendre une semaine avant toute décision. Et je m'engageai à l'épauler durant cette période d'attente (je lui ai donné mon numéro de téléphone et mon adresse). Cependant, après son départ, les sages-femmes mirent en doute la véracité du viol et conclurent qu'elle mentait. Elles auraient constaté l'absence de concordance entre la date du viol et l'âge de la grossesse. Bien plus, une autre sage-femme disait l'avoir reçue au cours de sa garde et elle aurait prétexté un inceste. Partant de ce doute et de mon souci de neutralité, je choisis alors de ne plus la revoir et de renoncer à son « cas ». Une semaine après, l'échographie révéla

une grossesse évolutive. Revenue à la clinique pour présenter les résultats, aucune des sages-femmes ne voulut la recevoir, et je fis de même car je ne me sentais pas capable de faire face à sa détresse. Je craignais également les interprétations que pouvaient susciter une trop grande attention de ma part. Je me suis donc défilée avec la conscience lourde. En fin de journée ce jour-là, lorsque j'ai rejoint les locaux de l'institution où j'étais accueillie pour ma thèse, j'ai trouvé à l'accueil une note de Afia à mon intention.

« Bonjour tantie Ramatou, je suis passée à X mais les dames-là ne veulent pas m'aider. Appelle-moi stp, je veux te dire la solution que j'ai trouvée. Je suis dans le désespoir total, si tu m'abandonnes je n'aurai plus de choix. Tu es mon seul espoir avant que je ne commette l'irréparable. Afia. Mon téléphone est le ... ».

Que faire face à un tel message ?

De l'aide valorisée à la complicité, chercheur à l'épreuve d'un dilemme moral

Comme le soulignait Blandine Bila (2009 : 5), la relation d'enquête met en contact « d'une part des chercheurs en quête d'informations et prêts à s'investir méthodologiquement, éthiquement et matériellement, d'autre part des participants démunis, isolés pour la plupart, et en quête de soutien thérapeutique, financier, relationnel, et bien souvent, le tout à la fois ». Le chercheur peut ainsi se retrouver dans une situation de don et de contre-don dans ses rapports aux enquêtés : les enquêtés lui fournissent l'information et en retour s'attendent à une rétribution (matérielle, financière, morale). Florence Bouillon (2005) distingue trois types de contre-dons dans les attentes que les enquêtés peuvent avoir vis-à-vis du chercheur : il s'agit de « la présence et l'écoute », de « l'extériorité, marqueurs sociaux et gratification symbolique », et enfin de « l'aide ».

Dans la présente enquête, les jeunes femmes n'avaient, *a priori*, pas d'attentes vis-à-vis de moi. Elles étaient plutôt méfiantes à l'idée de se confier sur un sujet autour duquel la discrétion était de mise, car la divulgation de leur secret impliquait pour elles un risque de détérioration de leurs liens sociaux et des poursuites judiciaires. Mais une fois la confiance instaurée, je me suis aperçue que la présence et l'écoute étaient généralement les premières choses dont elles étaient en demande. Les femmes qui ont eu recours à un avortement provoqué sont susceptibles d'être confrontées à un traumatisme post-avortement (Allard & Fropo, 2007) qui nécessite à leur égard une

attention et parfois un suivi psychologique. Dans les contextes où l'avortement est autorisé et se pratique officiellement, des mécanismes sont mis en place pour accompagner la femme dans son « deuil » à travers la possibilité d'un accompagnement psychologique par exemple. Au Burkina Faso en revanche, la restriction juridique et le caractère stigmatisant de l'avortement font que cette souffrance est « interdite » puisque très peu de personnes sont disposées à l'écouter. D'ailleurs, l'évoquer reviendrait à ouvrir la voie à des épisodes de stigmatisation et parfois de violence. Une de mes informatrices, une élève de 18 ans, avait été suspendue des activités de son Église (protestante) et rejetée par ses parents lorsque les membres de l'Église ont découvert qu'elle avait fait un avortement. Les femmes se retrouvent, de fait, contraintes à dissimuler et à gérer quasiment seules leur souffrance. Lorsque je suis entrée dans la vie de ces femmes, j'endosse le rôle de « psy », de conseillère, de celle qui les accompagne et s'attelle à les aider à dépasser l'épreuve.

Cependant, l'enquête dans des contextes de forte précarité a tôt fait de rappeler au chercheur que l'écoute et la qualification symbolique ne constituent pas toujours des contre-dons suffisants (Bouillon, 2005, p. 85). Ainsi, au fil de la relation, l'écoute comme contre-don peut céder la place à l'aide comme contre-don. Les situations de précarité des enquêtés amènent, en effet, le chercheur à leur apporter un soutien matériel, c'est-à-dire leur donner de l'argent, les aider à payer des médicaments, leur offrir des présents, mais aussi les accompagner dans certaines démarches telles que obtenir un rendez-vous avec un médecin pour elles (parce que la procédure normale s'avère longue), négocier une exonération de frais (échographie, contraception, soins, etc.), les accompagner à des rendez-vous avec les soignants (parce qu'elles pensent que ma présence va leur éviter des situations de stigmatisation), etc. À côté de cette aide, on retrouve aussi les sollicitations auxquelles j'ai été confrontée dans le cas d'Afia et de Paula, qui ne sont que deux cas parmi tant d'autres. Le contexte normatif de l'avortement au Burkina Faso transforme la quête de l'avortement, pour bon nombre de femmes, en une sorte de « chemin de croix » fait de souffrance, de solitude, de vulnérabilité, de violence, de danger et de douleurs dans lequel le réseau relationnel joue un important rôle. Elles tentent généralement leur chance auprès des personnes susceptibles de les aider dans leur réseau social et parfois en dehors de ce réseau (aller vers des agents dans les structures sanitaires, vers les vendeurs ambulants de médicaments, vers des tradipraticiens) avec tout de même à l'idée qu'elles ne doivent

aller que vers ceux qui pourront les aider sans leur nuire socialement (je reviendrai plus en détails sur ces aspects dans le chapitre 5). En tant que nouveau membre de leur réseau, je deviens un de leurs recours et non des moindres. Car comme je le soulignais ci-dessus, je suis intégrée dans ce réseau avec mes spécificités et la demande m'est adressé parce que : 1) je suis une femme intellectuelle donc en mesure de les comprendre et 2) elles ont fait ma connaissance dans un univers qui leur laisse penser que je dispose des moyens pour les aider (je collabore avec des soignants, porte la même blouse qu'eux, etc.). Le chercheur que je suis fait place, à ce moment, à l'individu et je suis sollicitée par les unes en tant qu'agent de santé ou collaborateur des agents de santé, et par les autres en tant que « grande sœur », « tantie », ou amie.

Toutefois, aider une personne qui est dans un dénuement matériel telle une malade qui a besoin d'aide pour acheter ses médicaments, des vivres, une femme qui a besoin de contraception ou de soins après avortement, etc., n'a pas le même sens qu'aider une femme à interrompre sa grossesse. Dans le premier cas il s'agit de ce qu'on peut appeler une aide « gratifiante » de l'ordre de la charité, qui est prônée et encouragée socialement comme religieusement. Par contre, accompagner une femme dans son désir d'avorter en l'assistant dans sa prise de décision, en lui trouvant un avorteur ou en donnant son avis sur le type de méthode à utiliser n'a pas la même portée sociale. L'aide dont il est question, dans le cas présent, même si elle sort la femme d'une détresse et sauve même sa vie, est une aide non gratifiante au regard des valeurs en présence. Elle peut être source de discrédit et met en danger le statut du chercheur, autant socialement que professionnellement. Car lorsque ce type de soutien est rendu public, il passe du statut d'« aide » à celui de « complicité » et est passible de sanctions (juridique comme sociale). Le chercheur se retrouve dans ces moments dans un dilemme moral duquel il ne sort jamais indemne. En effet, agir, c'est-à-dire aider la femme à interrompre sa grossesse implique qu'il va à l'encontre de ses valeurs et des attentes de ses collaborateurs, et ne pas agir lui donne le sentiment d'une « *non-assistance à personne en danger* » vu qu'il dispose des ressources pour l'aider. Afia par exemple, m'a avoué par la suite qu'elle avait décidé de boire de l'acide pour en finir. Que le chercheur décide dans ces cas de figure d'aider la femme ou non, il sera éprouvé moralement. Cette situation que Michel Agier (1997) nomme « inconfort ethnographique », et que je nommerai pour ma part « souffrance ethnographique », comporterait selon lui, une dimension morale intense qui vient de la demande de

compromission individuelle adressée au chercheur par ceux qu'il étudie ou avec qui il coopère.

En somme, avec l'avènement des terrains sensibles, les chercheurs sont amenés à créer des liens interpersonnels avec leurs « objets », qui sont ici des personnes dans des situations de vulnérabilité, de souffrance et/ou parfois très suspicieuses. Néanmoins, ces liens interpersonnels confrontent les chercheurs à des sollicitations qui dépassent le cadre de l'enquête et mettent à rude épreuve les tentatives de distanciation du fait que l'objet de la recherche est rendu alors « trop proche » par la relation d'amitié (Bila, 2009, p. 6). Le désir de femmes en quête d'avortement d'impliquer le chercheur dans leur démarche (les aider à trouver un avorteur, donner un avis sur une décision d'avorter, sur le type de méthode que propose autrui, etc.) et la confrontation à la détresse entourant cette demande sont des formes d'implications qui se posent aujourd'hui au chercheur sur son terrain. Y réagir (répondre aux attentes de la femme ou non) signifie d'une manière ou d'une autre pour le chercheur une forme d'implication susceptible de le plonger dans une souffrance (au regard de ses valeurs propres, du risque d'enfreindre une loi versus rester inactif face à la détresse d'autrui, etc.). Ce type de terrain sensible rend vulnérable le chercheur socialement, juridiquement et éthiquement, et celui-ci est constamment mis en demeure de remettre en question ses outils mais aussi ses théories, ses positionnements éthiques, politiques, etc. (Pirinoli, 2004, p. 181).

Rangées sous le sceau de « *facteurs personnels* » qu'il est malséant de dévoiler, les relations entretenues par le chercheur sur le terrain apparaissent bien souvent essentielles à la constitution même de l'objet d'enquête pris de multiples manières par le milieu qu'il enquête (Renahy et Sorignet, 2006 : 23). Selon Renahy et Sorignet (2006) reconnaître qu'il entretient des relations affectives ou amicales intenses, c'est-à-dire qu'il appartient dans une certaine mesure aussi à un autre univers, c'est faire courir au chercheur le risque d'être délégitimé par ses pairs ou d'être accusé de manquer d'objectivité. Or, mettre en avant ces soucis de distanciation, c'est prendre le risque de ne pas être accepté par les enquêtés (ou une acceptation factice), prendre le risque de taire certaines informations, biaiser l'analyse et mettre à mal, par conséquent, sa mission première qui est d'étudier un phénomène ou un groupe donné.

PREMIÈRE PARTIE : Vulnérabilité face aux grossesses prénuptiales et à l'avortement : des trajectoires de jeunes entre contraintes et « agentivité » pour devenir adulte

Le parcours de vie de Kady, une jeune femme rencontrée en janvier 2012 lors de sa prise en charge permet de situer le propos de cette première partie.

Célibataire âgée de 28 ans et mère d'une fillette de 8 ans, cette jeune femme travaille en 2012 comme vendeuse dans une boutique pour un salaire de 15000 Fr CFA par mois¹⁹. D'une mère ménagère et d'un père retraité qui a déserté le domicile pour vivre avec une femme plus jeune, elle est la huitième d'une fratrie utérine de 11 enfants et vit dans la concession familiale. Jusqu'en 2004, elle était prise en charge par deux de ses aînés immigrés aux USA qui nourrissaient pour elle des projets en vue de sa réussite. Ils l'avaient inscrite dans une école de coiffure après sa déscolarisation en classe de cinquième, prévoyaient de financer un salon de coiffure à la fin de sa formation, et par la suite, elle devait les rejoindre aux USA. Ces projets ont été remis en question lorsque Kady, qui entretenait à l'insu de ses proches une relation amoureuse avec un jeune homme de son quartier, se retrouva « accidentellement » enceinte. Elle avait 20 ans alors, son copain refusait le port du préservatif et elle n'osait pas se rendre dans un centre de santé pour solliciter une méthode de contraception.

Lorsque sa famille découvrit sa grossesse, elle fut renvoyée du domicile familial selon les normes coutumières dans l'ethnie *moaga* à laquelle elle appartient et fut contrainte de rejoindre l'« auteur » de la grossesse. Des épisodes de maltraitance de la part de ce dernier et de sa famille et une grave maladie, poussèrent ses parents à la réintégrer dans sa famille après l'accouchement.

« Quand je suis tombée enceinte de mon enfant, ils m'ont chassée. C'est parce que je suis tombée gravement malade et étais sur le point de mourir qu'ils m'ont ramenée à la maison. Mais avant que je ne puisse retourner à la maison, ils m'ont amenée au village et ils ont fait des sacrifices ».

¹⁹ Le SMIG au Burkina Faso est de 32218 Francs CFA

Toutefois, ses deux aînés, déçus par l'avènement de cette grossesse, décidèrent de ne plus la soutenir. Elle se trouva alors obligée de se « débrouiller » pour subvenir à ses besoins et à ceux de son enfant.

« Depuis que j'ai eu mon enfant, ils n'ont plus affaire à moi, ni à mon enfant (soupirs). Je comprends qu'ils s'en prennent à moi, mais l'enfant n'a rien à voir dedans. Même si je suis malade, c'est moi qui paye mes ordonnances, si mon enfant est malade c'est moi qui achète les médicaments aussi, l'habillement, tout. Ils ne s'occupent plus de moi ».

Cette débrouillardise a consisté pour elle à rechercher des petits emplois très peu rémunérés dans le secteur informel. Elle a ainsi été tour à tour aide-ménagère, serveuse dans un restaurant, gérante de télécentre avant de trouver l'emploi de vendeuse dans une boutique qu'elle occupait au moment de notre rencontre. En marge de cela, elle entretenait, comme toutes ses amies, des relations avec plusieurs hommes, ce qui constituait pour elle une petite source de revenus. Néanmoins, l'argent obtenu ça et là parvenait à peine à couvrir ses besoins et ceux de son enfant.

En plus de la précarité économique, elle dut faire face à des injures fréquentes de sa mère en rapport avec son statut de mère célibataire et à une incitation permanente à se trouver un mari pour partir du domicile familial.

« Mes parents me mettaient la pression, surtout ma mère. Quand elle va se mettre à m'insulter, elle m'insulte devant tous les enfants, de sorte que mes petits frères et sœurs n'ont plus de considération pour moi. Moi-même j'ai fini par leur dire que si c'est la cour que j'encombre, je vais déménager ».

Après plusieurs relations infructueuses (avec chaque fois l'espoir de voir celles-ci se solder par un mariage pour ainsi échapper à la pression), elle s'engagea en 2007 dans une relation amoureuse dont l'évolution lui donna une certaine assurance qu'elle mènerait au mariage. Selon elle, ce partenaire lui jurait fidélité, tenait compte d'elle dans ses projets et lui apportait un soutien financier. En décembre 2011, elle planifia une grossesse avec lui pour solidifier la relation car il devait émigrer en Allemagne.

« On avait décidé comme ça, il a dit que si je tombe enceinte il va me faire partir en Côte d'Ivoire chez ses parents, le temps qu'il aille en Allemagne pour revenir. Comme il avait l'air sérieux et que ça m'arrangeait, j'ai décidé de tomber

enceinte. Comme les gens disent que le 14^{ème} jour c'est l'ovulation, on a tenté ce jour-là pour voir si ça va marcher ».

Après avoir entamé ce projet commun, Kady réalisa que son compagnon entretenait une relation avec une autre fille et qu'il nourrissait des projets similaires avec cette dernière. Elle prit ses distances pour réfléchir et découvrit durant cette période qu'elle était enceinte. Elle décida alors de se rapprocher de son compagnon mais elle apprit qu'il était parti en Allemagne. Comment gérer une grossesse dont le responsable était injoignable (elle n'était pas parvenue à obtenir son contact auprès de ses proches) ? Se sentant déjà marginalisée dans sa famille à cause de son statut de mère célibataire et craignant d'être chassée de la concession familiale à l'occasion d'une seconde grossesse, elle décida de se faire avorter.

Bien que consciente du caractère stigmatisant de l'avortement et de l'interdiction de l'IVG par la loi, elle se rendit dans un CSPS pour plaider sa cause auprès des soignants. Un jeune infirmier tenta gentiment de la dissuader en proposant de la loger et même d'adopter l'enfant si elle le voulait. Elle promit au soignant d'y réfléchir, mais maintint sa décision d'avorter. Après cet échec, elle se tourna vers la pharmacopée. Elle fit ainsi croire à une vendeuse de remèdes « traditionnels » qu'elle avait un retard de règles, une situation récurrente dans son cycle. La vendeuse lui donna une potion à boire avec l'assurance que ses règles reviendraient. La potion provoqua chez elle de fortes douleurs et saignements.

« Quand j'ai bu ça, j'ai commencé à me sentir très mal et je saignais. J'avais tellement mal que j'ai pris mon courage pour aller dans le CSPS. Dieu merci, quand je suis arrivée là-bas, je suis tombée sur le même jeune homme. Il m'a demandé pourquoi j'ai fait ça, que j'aurais pu mourir (...). Il m'a soigné ce jour-là. Il a acheté tous les médicaments, il m'a fait des piqûres et comme j'avais toujours mal, il a appelé quelqu'un qu'il connaissait à l'hôpital et m'a dit d'aller le voir ».

Du CSPS, elle se rendit à la maternité du CHU où une échographie révéla une grossesse évolutive. Elle fut sermonnée par les soignants qui insistèrent sur l'immoralité et la dangerosité de son acte, et ressortit de l'hôpital après un *counseling* sur les risques des IVG clandestins.

C'est à cette étape de son parcours que je fis la connaissance de Kady (janvier 2012) et nous convînmes d'un rendez-vous trois semaines plus tard pour un entretien. Au cours de cette rencontre, elle m'apprit qu'avec l'aide d'une amie, elle s'était rendue le lendemain de sa sortie de l'hôpital chez un agent de santé dans son quartier pour poursuivre son avortement. L'opération lui aurait coûté 20.000 Fr CFA.

« C'est un monsieur qui est comme un agent de santé et qui fait ça dans sa cour. Il est à la retraite. Il met le raccord [une sonde] et du coton dans ton sexe et il te pique ensuite, et tu rentres chez toi. J'ai eu très mal pendant trois jours et quand ça allait sortir, tout mon sang coulait comme ça. J'ai saigné pendant deux semaines et ça s'est arrêté un peu, mais actuellement ça sent beaucoup ».

Bien qu'inquiète, elle n'osait pas repartir dans un centre de santé par peur que les soignants santé ne découvrent qu'elle n'avait pas suivi leurs conseils. C'est après une longue négociation et à force de persuasion que je parvins à la décider d'aller en consultation. Je lui obtins un rendez-vous avec un gynécologue au CHU le lendemain et elle insista pour que je sois présente pendant sa prise en charge.

L'analyse du parcours de vie de cette jeune femme et de l'itinéraire de son avortement, ainsi que ceux des autres jeunes femmes et hommes rencontrés dans le cadre de cette recherche permet de parler d'une vulnérabilité des jeunes femmes face à l'avortement. Les recherches sur l'avortement au Burkina Faso, comme partout ailleurs, confèrent à la pratique un « visage jeune ». En effet, comme relevée dans la problématique, l'occurrence de la pratique s'observerait parmi les adolescentes et jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans et elles seraient aussi les plus exposées aux risques liés à ces avortements (Bankole et *al.*, 2013 ; Guillaume, 2006 ; PASSAGE, 2009 ; Rossier et *al.*, 2006 ; Sedgh et *al.*, 2011). Les données produites dans cette recherche corroborent ces résultats. Sur 46 femmes interviewées, seule une était mariée et la seconde était veuve. Toutes les autres informatrices, bien que certaines avaient plus de 24 ans, étaient, au moment des entretiens, célibataires et sous la tutelle de leurs familles. Aussi, j'ai décidé d'analyser, dans cette partie de la thèse, les causes de cette vulnérabilité et ses mécanismes. Cette vulnérabilité est-elle à imputer à leur statut de « population vulnérable » ou de « population à risque » du fait de leur âge, faisant de ce dernier un facteur de risque si on utilise le vocabulaire de la santé publique ? Ou procède-t-elle d'une autre forme de vulnérabilité induite par leur milieu de vie (normes

sociales, lois, allongement de la phase de jeunesse) ? Dans un contexte où réduire la mortalité maternelle est un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) auquel souscrit l'État burkinabè, je pose l'hypothèse qu'il serait utile, si l'on veut intervenir de manière efficace sur ces enjeux pour diminuer les décès et la morbidité qui leur sont attribuables, d'aller au-delà d'une vision de la vulnérabilité comme une caractéristique propre à un groupe donné, pour l'analyser comme «une notion potentielle», fortement liée à celle du risque et dont l'appréhension engage sur la voie d'un examen des situations sociales dans lesquelles elle apparaît et se diffuse (Delor & Hubert, 2000 ; Soulet, 2005). Il s'agit de s'intéresser de manière précise aux trois dimensions de la vulnérabilité dégagées par François Delor et Michel Hubert (2000) que sont la trajectoire sociale (ou encore celle des fragilités biographiques), les interactions sociales (ou encore celle des influences relationnelles) et enfin le contexte social (ou encore celle des impacts macrosociaux) ainsi que l'articulation de ces trois niveaux et leur incidence respective dans la production de la vulnérabilité.

En tant que pratique, l'avortement a toujours mobilisé différents acteurs et enjeux. Cependant, avec la transformation des modes d'accès au statut d'«adulte social» et ses implications depuis les années 1990 (Antoine et *al.*, 2001 ; Calvès et *al.*, 2006) et le développement de nouveaux enjeux et des pratiques relatives à la procréation, à la parentalité²⁰, au mariage, à la sexualité et aux relations amoureuses, les recours à l'avortement s'inscrivent dans un nouveau contexte qui peut fournir des pistes d'explication et de compréhension de la récurrence de l'avortement parmi les jeunes femmes. En définitive, il s'agira de montrer comment la pratique de l'avortement chez les jeunes femmes et hommes dans la ville de Ouagadougou peut être un indicateur ou un catalyseur de changement social de la catégorie «jeune» dans sa dynamique de transition vers l'âge adulte au Burkina Faso.

Le premier chapitre sera ainsi consacré à l'étape en amont de la grossesse. J'analyserai les conditions socioéconomiques de vie des jeunes femmes et hommes dans la ville de Ouagadougou, de même que les normes auxquelles ils sont soumis afin de saisir les facteurs qui participent à leur vulnérabilité face aux grossesses pré-nuptiales.

²⁰La parentalité, néologisme dérivé du terme anglais *parenthood*, est définie par Catherine Sellenet (2007) comme un processus psychique évolutif et un codage social faisant accéder une femme ou homme à un ensemble de fonctions parentales, indépendamment de la façon dont ils les mettront en œuvre. Elle se décline en trois axes qui sont *l'exercice de la parentalité*, *l'expérience de la parentalité* et *la pratique de la parentalité* (Houzel, 1999). Il s'agit d'un processus qui prend en compte l'étape avant la grossesse, pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant.

Les trajectoires de vie de jeunes femmes à l'image de Kady, mais aussi celles de jeunes hommes permettront de saisir la diversité des situations et enjeux en présence, de même que les aspirations de ces jeunes dans un cadre socioculturel particulier : celui de la ville contemporaine de Ouagadougou, dans laquelle la contrainte économique, en mettant en jeu directement les conditions quotidiennes d'existence, produit des effets directs puissants sur la phase de la jeunesse en termes d'aspirations, de rapports aux autres, de projets de vie. Quant au second chapitre, il appréhendera la phase consécutive à la découverte d'une grossesse pré-nuptiale. Je montrerai comment les perceptions des grossesses pré-maritales en font un facteur de risque pour une trajectoire de vie de jeune. Ce risque sera aussi confronté aux perceptions de l'avortement provoqué comme facteur de risque médical et social. Enfin, j'analyserai le processus par lequel les jeunes négocient entre ces deux risques pour à terme « décider » l'avortement.

Chapitre 1 : Précarité socio-économique et vulnérabilité face au risque de grossesses prénuptiales

La trajectoire de Kady décrite en introduction de cette partie, illustre le fait que la dépendance économique et résidentielle ainsi que l'injonction à la réussite sociale sont l'assise des difficultés et des choix de Kady. En l'occurrence, les deux grossesses sont intervenues dans des rapports sociaux où ses marges de manœuvre étaient littéralement réduites. La première grossesse (à 20 ans) est survenue alors qu'elle n'y était pas préparée, son environnement ne lui permettant pas d'avoir des rapports sexuels protégés. Elle ne le dit pas ouvertement mais on peut aisément comprendre qu'en dépit de ses connaissances sur le risque d'infection par le VIH et de la possibilité d'une grossesse, elle n'était pas en mesure de négocier un rapport sexuel protégé. Dans le second cas (à 28 ans), elle a décidé délibérément de ne pas utiliser de moyen de contraception parce qu'elle désirait une grossesse. Ce choix s'explique par la précarité de sa situation sociale : la pression et l'humiliation de la part de sa mère, le rejet par ses frères aînés du fait de son statut de mère célibataire, sa précarité économique, l'assurance que lui offrait sa relation amoureuse, notamment la possibilité qu'elle s'ouvre sur un mariage, un soutien économique et une occasion de reconquérir l'estime de ses proches.

Tout comme c'est le cas pour Kady, les conditions de vie des jeunes dans la ville de Ouagadougou sont marquées par diverses contraintes sociales et économiques que Jacinthe Mazzocchetti (2013, p. 400) résume en ces termes : « L'élément clé du quotidien de ces jeunes (...) est la tension entre « modernité insécurisée » et modernité mirage (...). Autrement dit, entre un contexte profondément insécurisant qui combine l'affaiblissement des prises en charge coutumières et la non-efficacité de l'État dans ses prérogatives sociales, la pluralité normative et l'impossibilité de faire confiance, et une conversion de fait aux imaginaires consuméristes combinée à une incapacité concrète de réussite socio-économique ». Les jeunes femmes et hommes doivent effectuer leur transition vers l'âge adulte dans un contexte marqué par une précarité socioéconomique induite par l'allongement de la phase de jeunesse qui donne lieu à des formes de « débrouille » pour la survie quotidienne. Il s'agira dans ce chapitre d'appréhender les jeux d'acteurs dans leur complexité afin de saisir la capacité des jeunes à négocier

l'existant, soit pour s'en servir, soit pour s'en démarquer, et surtout montrer comment ils peuvent se solder par des grossesses planifiées comme non planifiées.

1.1. Être jeune à Ouagadougou. À l'épreuve de normes éducationnelles plurielles et antagonistes

Nado, 20 ans, vit depuis 10 ans avec ses parents, ses deux petites sœurs et son petit frère dans un des quartiers périphériques de la ville de Ouagadougou communément appelés « quartiers non lotis »²¹. Auparavant ses parents louaient une maison dans un des quartiers de la ville. Ils seraient allés dans le non loti pour accéder à leur propre parcelle et réduire le prix des loyers. De par la configuration de ce type de quartier, Nado disait en plaisantant que je devais la considérer comme une villageoise parce que leurs conditions de vie étaient similaires à celles des villageois : ils n'ont pas d'électricité, ont une maison construite en terre battue, et une télévision en noir et blanc qu'elle n'avait que très peu l'occasion de regarder. Son père instituteur et sa mère ménagère, d'ethnie *moaga* et fervents protestants, l'ont élevée selon des règles strictes : elle doit rester chaste jusqu'au mariage, éviter de se soumettre à la tentation en se retrouvant toute seule avec des hommes, éviter les mauvaises fréquentations (les amies de mauvaise vie par exemple), s'investir dans ses études, participer aux tâches ménagères, etc. Nado très pratiquante, elle aussi, avait décidé de suivre ces prescriptions parce qu'elles rejoignaient ses convictions, pour servir d'exemple à ses deux petites sœurs, mais aussi parce qu'elle craignait des représailles en cas de désobéissance. Les prêches et les conseils des pasteurs de son Église contribuaient, eux aussi, à la conforter dans son choix. Dans cette éducation familiale, la sexualité était un sujet tabou et ne donnait lieu à aucune discussion avec ses parents.

Parallèlement, Nado, élève dans un des lycées de la ville de Ouagadougou, était imprégnée d'autres valeurs qui participaient d'une certaine manière à son éducation sexuelle. Notamment les cours sur l'anatomie en sciences, les campagnes de sensibilisation sur la santé reproductive menées par des associations et des ONG à l'attention des élèves. Il lui arrivait ainsi de discuter de la sexualité avec ses camarades de classe et de les écouter évoquer leurs expériences amoureuses. Ces échanges l'ont aidée par exemple à ne pas être surprise lorsqu'elle a eu ses premières règles. Face aux

²¹ Les « quartiers non-lotis » sont des quartiers en marge de la ville et qui ne disposent d'aucun assainissement, et n'ont accès ni à l'eau courante ni à l'électricité.

railleries de ses camarades sur son attitude qualifiée de celle de « bonne sœur » et de « villageoise », elle travaillait à justifier ses choix.

« Mes camarades même me connaissent, concernant l'amitié entre fille et garçon. Moi je dis que c'est pas normal qu'une fille et un garçon se connaissent avant le mariage [avoir des rapports sexuels]. C'était ce que moi je disais chaque fois. Ce qui fait que les histoires de préservatifs et autres, ça ne m'intéressait même pas. Et elles se moquaient de moi, que je suis villageoise, elles m'appelaient « sœur Nado ». Je disais c'est pas grave, un jour vous me donnerez raison ».

Elle resta ferme dans ses résolutions jusqu'en classe de seconde en 2010. Elle fit alors la connaissance d'un jeune étudiant dans son Église durant cette année. Elle en tomba amoureuse et s'engagea dans une relation avec lui. Tous les deux décidèrent néanmoins de suivre les prescriptions de leur Église et d'attendre le mariage avant de « se connaître ». Nado présenta le jeune homme à ses parents qui hésitèrent longtemps avant de l'accepter. Cependant, au fil de la relation, Nado commença à s'écarter de ses résolutions. À force d'entendre ses camarades lui rappeler qu'elle risquait de perdre son petit ami si elle ne « *marquait pas son territoire* », elle commença à se rendre régulièrement chez lui pour remplir le rôle dévolu à une petite amie, notamment cuisiner, faire sa lessive et passer du temps avec lui afin de décourager les éventuelles rivales et montrer ainsi que le « *territoire est occupé* ». Malgré cette entorse à ses résolutions, Nado s'imposait tout de même la règle de rester vierge jusqu'au mariage, et cela malgré les injonctions de ses amies à passer outre cette barrière et les préoccupations que leurs conseils faisaient naître en elle.

« Mes copines me disaient que si je continue comme ça, il va tomber sur une fille qui va lui donner ce que je lui refuse et je vais le perdre. Je dis ce n'est pas grave, si ça arrive ça veut dire qu'il ne voulait pas de moi. Mais au fond de moi j'avais peur quand même ».

Comme preuve de son attachement et pour pouvoir discuter plus aisément, son copain lui acheta un téléphone portable. Sa mère, face à ses sorties répétées, la réprimandait régulièrement et Nado mettait ses remarques sous le compte de son rôle de mère « *emmerdeuse* ».

Elle réussit à tenir ses engagements pendant une année. Au cours de l'année suivante, les délégués de son lycée organisèrent un jeu dénommé « jeu d'invisibilité » avec des étudiants. Il s'agit d'un jeu de découverte fréquent chez les jeunes collégiens, lycéens et étudiants dont le but est de permettre aux personnes inscrites de faire des rencontres amoureuses ou amicales. Les organisateurs du jeu choisissent au hasard un « ami invisible » pour chaque participant. Les couples ainsi formés échangent des lettres codifiées pendant un mois et une cérémonie appelée « découverte » est organisée pour permettre aux correspondants de faire connaissance et de décider s'ils poursuivent ou non l'échange. Nado avait été encouragée par ses camarades de classe à participer à ce jeu et c'est ainsi qu'elle se fit un nouvel ami, lui aussi étudiant. Cependant, la relation, purement amicale, selon elle, qu'elle établit avec ce nouvel ami suscita la jalousie de son petit ami et aboutit un jour à une dispute.

« L'ami-là m'a invitée, il est parti à Bobo voir ses parents et il a ramené des chenilles pour moi. Donc c'était à moi de me déplacer quand même chez lui pour aller les prendre. Donc mon copain a dit que c'est pas normal que moi je me retrouve avec lui dans sa chambre, que même si le gars-là ne voulait pas de moi, le fait de me voir va lui donner des idées. Depuis qu'il était au courant de mon amitié avec le garçon, il pensait au fond de lui que moi je pensais tout le temps au garçon là, et ça le rendait jaloux. Donc il m'a dit que tout ça ça va finir, que moi de savoir que je suis plus seule hein, que je dois savoir que je ne dois plus prendre les décisions comme je veux, que je dois demander son avis avant, ou bien lui demander de venir avec moi. Donc quand il m'a parlé..., bon..., façon dont il a parlé là, j'ai eu peur, je me suis dit qu'il va penser que je veux le tromper. Donc moi j'ai pleuré et c'est là maintenant qu'il a voulu me consoler et c'est arrivé... ».

Nado eut, de fait, son premier rapport sexuel, rompant ainsi complètement ses résolutions. Comme elle n'utilisait pas de méthodes contraceptives, elle tomba enceinte et elle fut contrainte d'avorter pour échapper à la furie de ses parents et pour poursuivre ses études. Depuis lors, Nado, après avoir été sanctionnée par ses parents et par son Église pour son triple péché (relation sexuelle en dehors du mariage, grossesse prémaritale et avortement) est rongée par le remord de n'avoir pas su être à la hauteur des attentes de ses parents et de sa foi.

L'histoire de cette jeune femme (ses difficultés à se tenir à ses choix sexuels, sa grossesse et son avortement) met en lumière les tensions normatives auxquelles les jeunes sont confrontées durant leur phase de transition vers l'âge adulte. En effet, les âges de la vie des individus se divisent en différentes temporalités recouvrant des rôles, des comportements, des espaces et des codes relationnels : l'enfance, l'adolescence/jeunesse, l'âge adulte et la vieillesse. L'enfance tout comme la jeunesse apparaissent comme des phases déterminantes dans ces temporalités car c'est durant celles-ci que les individus sont socialisés à leur rôle de femme ou d'homme, et c'est aussi à ce moment que se construisent l'identité et la personnalité du futur adulte. Cette période est conçue comme une « fondation » qui doit être la plus solide possible pour que l'image attendue de l'adulte se réalise. Cette construction identitaire se fait à travers une assimilation de normes, de codes et d'apprentissages (les rôles, les comportements, etc.) prônés par différentes structures sociales et leurs institutions. En analysant la construction sociale de ces âges, je me propose de décrire les formes de socialisation auxquelles les jeunes femmes et hommes de la ville de Ouagadougou sont soumis et les tensions qui peuvent résulter des normes en termes de priorisation dans les choix sexuels, matrimoniaux et procréatifs comme on l'a vu chez Nado, et en termes de conflits dans les relations intergénérationnelles (la mère de Nado l'a accusée ensuite de n'avoir pas suivi ses conseils et d'avoir préféré la voie de la débauche).

La ville de Ouagadougou, à l'exemple de nombreuses villes-capitales africaines, est un lieu où cohabite et s'enchevêtre une pluralité de normes toutes légitimes. La particularité de ces villes, selon Jean-Pierre Chauveau et ses collaborateurs (2001, p. 146), est « une contradiction entre les systèmes de référence normatifs des agents, associée en général à l'opposition entre normes « traditionnelles » et « modernes », et à une problématique normative de l'évolution sociale, renvoyant à l'idée d'une différenciation inachevée des rôles sociaux et des institutions (économiques, sociales, religieuses, etc.) dans les sociétés africaines ». De fait, les jeunes dans leur processus de socialisation en contexte burkinabè sont aux prises avec deux formes de normes éducationnelles. Il s'agit, d'une part, de celle dispensée au sein des familles, que je nommerai référents de la « vieille école » et portés par les aînés sociaux que sont les parents et de manière générale par les adultes, qu'ils relèvent de leur famille ou non, ainsi que les leaders religieux. Et, d'autre part, nous avons celle dispensée hors du cadre familial, les référents de la « nouvelle école », portés par les institutions en charge de

l'éducation telles que l'État à travers le Ministère de l'éducation, de la santé, l'école, les médias, et aussi les ONG et les associations issues de la société civile.

1.1.1. Les « référents de la vieille école » comme modèles éducationnels au sein des familles. Retour sur des classiques

Au sein des familles au Burkina Faso, les individus sont soumis dès la naissance à des apprentissages et doivent intérioriser un certain nombre de normes et de valeurs. Ces normes éducationnelles sont en général une combinaison de normes dites « traditionnelles », c'est-à-dire celles véhiculées dans les familles (héritées des ancêtres et se transmettant de génération en génération), et de normes religieuses (catholicisme, islam, protestantisme, etc.). Je retiendrai essentiellement les normes qui ont trait à la sexualité, à la conjugalité et à la parentalité. De ce que les jeunes reçoivent comme instructions au sein de leur famille, il ressort les injonctions suivantes : la sexualité ne doit s'exprimer que dans le mariage, la virginité et à travers elle l'abstinence sont essentielles, s'investir dans ses études - une attente nouvelle qui pèse sur la plupart des jeunes filles scolarisées - afin de se trouver un bon emploi est important, une femme ne s'accomplit que dans le mariage et doit se préparer à être une bonne épouse (obéissante envers son mari et ses proches).

1.1.1.1 S'abstenir du sexe

Au sein des familles et dans les lieux de culte, les jeunes femmes et hommes sont exhortés à l'abstinence comme on a pu le voir pour Nado. Cette éducation chez les *Moose*, par exemple, et au sein de bon nombre de groupes ethniques au Burkina Faso dérive de normes que les parents ont reçu eux-mêmes de leurs aînés, et elles sont considérées comme les valeurs ultimes pour optimiser le passage au statut d'adulte et faire d'eux de « bonnes épouses » ou de « bons époux ». Pour la jeune fille, par exemple, la phase de jeunesse, *pugsadre* en *moore* ou *soungourouya* en *dioula*, est un âge où elles se préparent à leur futur rôle d'épouse et travaillent leurs attributs féminins afin de se faire remarquer sur le marché matrimonial par les époux potentiels (Lallemand, 1977 ; Vinel, 2005). Virginie Vinel (2005) montre dans le cas des *Sikomse* du Burkina Faso que les jeunes filles, d'une part, poursuivent leur apprentissage des rôles féminins (piler, mouliner, confectionner des repas, préparer la bière de mil, cultiver) en intégrant ainsi le rôle de future épouse. D'autre part, elles jouissent d'une certaine liberté qui leur permet de se consacrer à elles-mêmes et d'investir leur temps libre aux

parures, aux soins du corps, à la galanterie envers les garçons et aux activités économiques personnelles. Il s'agit, selon elle, d'une période consacrée à la séduction, durant laquelle la jeune femme apprend de ses aînées les codes de conduites de toute jeune femme respectable : se faire belle, fréquenter les lieux de sociabilité pour se faire remarquer, séduire et susciter l'intérêt des hommes et même des femmes à son égard. Elle décrit par exemple la place déterminante du marché dans cette phase du *pugsadre* de la jeune fille : « Faire le tour du marché » pour la jeune femme répond à plusieurs exigences. Il s'agit d'abord et avant tout de se montrer, d'exhiber sa beauté et sa parure (...). Le tour du marché consiste à actualiser une position dans un monde connu » (Vinel, 2005, p. 93). Un père ou une mère pourront alors trouver la jeune fille convenable pour son fils, ou un fils pourra la trouver à son goût et en informer ses parents.

L'étape du *pugsadre* était (et est toujours) ainsi conçue comme la phase du *rolemdo* pour reprendre les termes de Suzanne Lallemand (1977), une phase de badinage amoureux. Les consignes des aînés durant celle-ci ne consistaient pas à soustraire totalement la jeune femme du monde extérieur, mais plutôt à l'outiller pour qu'elle se fasse remarquer positivement comme épouse potentielle, tout en ne franchissant pas la ligne rouge qui est celle de « *connaître l'homme* » avant le mariage. La virginité était en effet de rigueur, surtout pour la jeune femme. Une mère de famille de 73 ans me disait à ce propos :

« À notre époque, on n'avait pas le droit de coucher avec un homme avant le mariage, c'est maintenant qu'on assiste à cela sinon à notre époque, ce n'était pas possible. C'est la raison pour laquelle lors des mariages, on mettait le pœlga²² dans les affaires de la nouvelle mariée parce que si elle n'a réellement pas connu un homme avant son mari, il y a une membrane qui protège son sexe et pendant le rapport, elle s'éclate et comme le couple est supposé se coucher sur l'étoffe de tissu, elle sera tachée et le matin, on ira chercher le tissu pour le présenter au public et c'était une fierté. C'est ce qu'on essaie d'apprendre aux enfants aujourd'hui, mais c'est compliqué ».

Cette prescription s'inscrit dans les règles de vie de nombreux groupes ethniques au Burkina Faso. Amadé Badini (1978) rapporte qu'il est dit chez les *Moose* que l'humain

²² Étoffe de tissu de couleur blanche.

doit savoir maîtriser sa bouche (la parole) et son sexe s'il aspire au statut de vrai homme : « La satisfaction des besoins physiologiques, par l'ouverture des orifices (la bouche et le sexe) et l'exposition des parties les plus intimes qu'elle implique, concourt aussi à ouvrir l'individu sur l'extérieur. Ceci est particulièrement sensible dans le cas des relations sexuelles. (...) Nous pensons, de toute manière, que c'est de là que proviendraient ses multiples implications avec la maladie et la mort. C'est à cet égard que la deuxième partie du proverbe, relative à la maîtrise du sexe, s'impose en tant que symbole des précautions et règles rigoureuses qui entourent l'activité sexuelle de toute personne qui tient à sauver son intégrité, donc sa vie » (Badini, 1978, p. 100). Il montre par exemple qu'un des rites du mariage de la jeune fille consistait à franchir le seuil de la maison des ancêtres, *kimserogo*. Pour mériter l'honneur de franchir ce seuil, la jeune fille devait être sûre de sa virginité. Ainsi, celle qui « connaissait déjà un homme » s'arrêtait à la porte, ce qui constituait du même coup un aveu solennel de sa situation de jeune fille qui a perdu sa virginité et qui ne manquait pas de jeter le déshonneur sur son *buudu* (lignage), en l'occurrence sa mère. La perte de la virginité pouvait même, selon lui, faire perdre à la jeune femme qui était ainée, le privilège inestimable et l'insigne honneur de recevoir sur ses cuisses la tête de son père agonisant et même le droit d'assister à ses funérailles (1978, p. 135). De ce fait, « connaître un homme » avant son mariage et perdre sa virginité étaient source de honte, et la grossesse avant le mariage, la honte ultime dont la conséquence était l'exclusion et le bannissement de la jeune femme. Toujours selon Amadé Badini, une telle emphase sur la virginité de la jeune fille doit être comprise comme reflétant l'ensemble du système social à prédominance masculine chez les *Moose*. En effet, ce groupe estime que la fidélité de la femme, gage de la cohésion conjugale, serait plus facilement garantie chez une femme vierge à son mariage et qui ne connaîtrait donc que son mari.

Dans cette logique, la sexualité ne faisait pas (et ne fait toujours pas) partie des composantes de l'éducation dispensée aux jeunes dans les familles, comme on l'a vu dans le cas de Nado. Pour revenir aux travaux de Virginie Vinel (2005), elle montre que l'absence d'information sur la sexualité s'expliquait par le fait que parler de sexualité était non seulement source de *yande* (honte) et de malaise, mais aussi et surtout, par l'idée qu'éduquer et passer à l'acte sont intriqués. Enseigner à une fille ce qu'est la sexualité, comment connaître son corps, comment se prévenir d'une grossesse par exemple, est une façon de la pousser à s'essayer à la sexualité et prendre le risque

qu'elle « *connaisse l'homme* », ou pire, qu'elle tombe enceinte. La mère d'une des jeunes femmes rencontrées se refusait d'ailleurs d'éduquer sexuellement ses enfants.

« Le meilleur moyen d'empêcher que les enfants aillent vers le sexe, c'est de ne rien leur dire, parce que quand tu leur expliques un peu seulement, ça éveille leur curiosité, et bonjour les problèmes. En tout cas jusqu'à demain, moi je ne me vois pas parler de ce genre de choses avec ma fille » (40 ans, mère de cinq enfants).

Et parler de sexe selon Pierre peut être source de problèmes dans sa famille : « *Chez moi si tu t'amuses et tu prononces le mot fesse même tu as tous les problèmes* » (19 ans, élève en classe première).

Si en plus des *Moose*, plusieurs groupes ethniques au Burkina Faso tels que les *Peul*, les *Bisa*, les *Gourmantché*, etc. préconisent la virginité avant le mariage, des travaux sur d'autres groupes comme les *Lobi* « traditionnels » (Cros, 1990 ; Labouret, 1931) ou les *Samo* (Héritier, 1981) font cas d'une certaine permissivité par rapport à la sexualité prémaritale. Henri Labouret (1931, p. 266) montre, dans le cas des *Lobi*, qu'au nombre des pratiques avant le mariage, le fiancé chez les *Birifor*, les *Lobi* et les *Teguessie* pouvait, dans le cadre des prestations pour courtiser sa belle-famille, être autorisé à passer la nuit dans la maison de sa fiancée, à partager la natte de celle-ci et même à avoir des relations sexuelles avec elle. Ces groupes, selon lui, n'attachaient pas une importance extrême au fait d'entretenir des relations sexuelles avant, pendant et après le mariage. Il s'agissait pour eux d'un geste naturel dont les conséquences pouvaient aisément se racheter et qui ne méritaient pas alors une attention spéciale. La sexualité prémaritale, selon Michèle Cros (1990), avait également pour but d'éviter au mari le danger que pourrait représenter pour lui la perte de sang lors de la défloration de la nouvelle épouse. Ces travaux soulignent tout de même que cette sexualité prémaritale restait une exception, l'idéal étant toujours la virginité, qui était valorisée et source de respect (Labouret, 1931).

1.1.1.2. Jusqu'à être donnée en mariage

Quant au mariage, il est de rigueur car c'est à travers lui que le jeune accède à terme au statut d'aîné. Le célibat au-delà d'un certain âge dévient anormal, et « vieilles-filles » et « vieux-garçons » sont pointés du doigt. Les jeunes sont donc éduqués dans l'idée qu'ils sont destinés à se marier. Traditionnellement, le mariage était orchestré par

les aînés qui étaient chargés du contrôle de la circulation des femmes (Badini, 1978 ; Gruénais, 1985a ; Meillassoux, 1992). Selon Amadé Badini (1978), l'idée du mariage-amour ne faisait pas partie de la conception *moaga* du mariage car avec l'amour, la possibilité de choisir son époux devenait possible. Or le mariage était un évènement qui, dans cette conception, dépassait, dit-il, le cadre individuel du mariage chrétien basé sur un consentement mutuel des époux. Même si l'amour pouvait être présent entre les futurs époux, l'orchestration de leur union était davantage une affaire de lignage de laquelle les désidérata du jeune homme et de la jeune fille étaient entièrement exclus. Le *belengo* (courtiser) des familles des futures épouses, les promesses et les dons de femmes (parfois avant même la conception), la négociation des dots, etc. étaient du ressort des aînés (Badini, 1978 ; Gruénais, 1985a). Yaaba Fati, ma voisine âgée de 89 ans avec laquelle j'abordai la question m'a raconté avoir été promise en mariage au père de ses enfants avant sa conception, au nom de l'amitié entre son père et le père de celui qui est devenu son mari.

« C'est lorsque ma mère était encore enceinte de moi qu'on m'a promise à mon actuel mari en disant à ses parents que si jamais ma mère mettait au monde une fille, elle leur appartiendrait et c'est comme ça que je suis devenue la femme de mon mari. Mon beau-père était l'ami de mon père et comme il y avait plus de garçons que de filles à l'époque, et qu'ils prenaient de l'âge, alors ils ont jugé nécessaire d'unir les deux familles par les liens du mariage afin de faire perdurer leur amitié et d'être sûrs que leur famille s'agrandira. Il a dit s'il plaît à Dieu et si ma femme accouche dans de bonnes conditions et que l'enfant est une fille, cette fille sera à toi. Et voilà c'est dans ce foyer que je suis aujourd'hui avec mes enfants ».

Cette grand-mère dit n'avoir jamais eu de contacts avec son mari, si ce n'est le jour de leur mariage. Informée qu'elle était destinée à cette famille, elle n'a connu l'identité de son mari que lorsque les formalités du mariage ont été entreprises. Tout comme dans son cas, les liens étaient supposés inexistantes entre les concernés. Les éventuels échanges amoureux, s'ils existaient, devaient se faire par personne interposée et officieusement, en l'occurrence une tante, une amie, une belle sœur, etc. La dimension officielle était l'affaire des aînés/aînées qui avaient cette possibilité de choisir et les cadets, c'est-à-dire les jeunes filles dans le cas présent, étaient appelés à se conformer à ce choix. Seules trois situations exclusives dans la logique *moaga* permettaient à une

jeune fille de « choisir » son époux, selon Amadé Badini (1978) : quand il s'agissait d'une fille *kinkirga* (jumelle) pour laquelle personne ne voulait prendre le risque métaphysique de lui imposer un conjoint ou encore la jeune femme exagérément belle et supposée hantée par des esprits ; lorsque la jeune fille devait obéir à son *siigre* qui définit dès sa naissance le type d'homme susceptible d'être son partenaire ; et enfin lorsque la jeune fille se trouvait placée par les ancêtres dans l'obligation d'épouser un *Peul*. Le choix était laissé à la fille dans ces cas de figure par peur des conséquences néfastes sur la société (mort de l'époux, stérilité, calamités, etc.) en cas d'imposition. Cette manière de concevoir le mariage (de par sa précocité et ses arrangements) avait selon les aînés l'avantage d'aider à éviter les errements, de réduire la tentation et le long célibat, et était garante de la longévité du couple.

Ces conceptions de la sexualité prémaritale, du mariage et des rapports aînés/cadets étaient présentées comme le modèle idéal puisqu'elle permettait, selon ces aînés, d'éviter bon nombre de dérives sociales auxquelles sont confrontés les jeunes d'aujourd'hui. Aussi, le passage des missionnaires catholiques et l'arrivée de l'islam par la suite, ont-ils été essentiels dans le renforcement voire l'émergence (dans le cas de certains groupes) de la norme de virginité. Ainsi, devenus chrétiens ou musulmans, des parents dont les aînés n'avaient pas la virginité comme norme, l'inculquent aujourd'hui à leurs enfants.

En somme, les normes éducationnelles au sein des familles et reçues des aînés, de manière générale, préconisent l'abstinence jusqu'au mariage. Et le silence autour de la sexualité est inhérent à ces normes et participe à leur efficacité. L'initiation et l'expérience sexuelles ne sont appelées à se réaliser que dans le cadre du mariage. Ces normes sont censées guider les comportements des jeunes tout au long de la phase de jeunesse. Lafissa, par exemple, dit être surveillée comme « *du lait sur du feu* ».

« Mon papa est sévère et il n'accepte même pas que quelqu'un s'approche de notre maison, surtout les garçons. Depuis que je sors avec mon petit ami il n'a jamais mis pied dans ma maison. On veut même pas que je sorte, sauf pour aller à l'école, et quand tu sors il doit savoir où tu vas, et des fois il envoie mon petit frère me surveiller en cachette pour savoir où je vais » (18 ans, élève en classe de première).

Lorsqu'un jeune homme ou une jeune femme choisissent de se conformer à ces normes, il peut s'agir d'une adhésion volontaire à celles-ci ou par peur des représailles en cas de non respect. De manière générale, les jeunes dans les sociétés régies par ces normes dites traditionnelles (et peut être encore en milieu rural) semblaient se conformer (du moins aux dires des adultes) à ces prescriptions. Cette situation était rendue possible par une certaine uniformité des référents éducationnels dans ces sociétés. Cette manière d'éduquer, dont le principe est de soustraire autant que possible le jeune à la tentation en le confinant dans l'espace familial et en lui fournissant le moins d'informations possible sur la sexualité, est à double tranchant, surtout dans le cas des jeunes vivant en ville. Ils semblent, certes, peu tentés de s'adonner à la sexualité par exemple, mais lorsque d'une quelconque manière le jeune échappe à ce dispositif et entre en contact avec les référents de la nouvelle école, la combinaison peut parfois s'avérer problématique comme on l'a vu dans le cas de Nado.

1.1.2. Les « référents de la nouvelle école », une ouverture vers les « dérives sexuelles » ?

En marge des normes inculquées au sein des familles, les jeunes, particulièrement ceux qui vivent en milieu urbain, sont régulièrement en contact avec d'autres référents qui participent à leur éducation. Ceux-ci sont diffusés à travers une pluralité de canaux qui vont des médias aux institutions en charge de la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

1.1.2.1. Les médias entre culte de l'érotisation, de l'amour et du libre choix

Dans les centres urbains contemporains, l'information sur la sexualité qui était traditionnellement du domaine des aînés et du privé, se retrouve aussi dans l'espace public. En effet, on ne peut plus nier l'apport des romans-photos à partir des années 1950, du cinéma, puis de la généralisation de la télévision à partir des années 1990 et enfin celui de l'internet, des téléphones portables et autres supports dans l'éducation « publique » des jeunes générations. Même si cette recherche n'a pas spécifiquement investigué la question, on peut toutefois poser l'hypothèse que ces technologies et supports de communication influencent d'une manière ou d'une autre les pratiques sexuelles, amoureuses et matrimoniales des jeunes. En effet, les feuilletons brésiliens et mexicains, les films romantiques ou pornographiques, les clips de musique, les vidéos et images diverses de par leur mise en scène des relations amoureuses, du rôle de

l'amour, du registre des activités sexuelles, en somme, de tout un ensemble d'influences, semblent intervenir sur la structuration des scénarios sexuels interpersonnels. Dans un autre registre, la scolarisation contribue elle aussi à la culture de la sexualité des jeunes à travers les cours d'éducation sexuelle et les soustrait de la tutelle des familles. À l'école, ils prennent part à des activités comme celles des jeux d'invisibilité auxquels Nado a participé et qui les initient aux jeux amoureux et aux rencontres. De même, les jeunes y côtoient des pairs ou des aînés, du même sexe ou du sexe opposé qui participent, eux aussi, à leur éducation. Les échanges d'expériences concourent à les socialiser, à leur faire découvrir de nouveaux modèles, et, dans une logique d'imitation, ils sont tentés de les reproduire.

1.1.2.2. Éduquer sexuellement les jeunes, un impératif de santé publique

L'avènement des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH, la multiplication des grossesses « non désirées » et les avortements à risque à la fin des années 1980 et au début des années 1990, ont donné lieu à des mesures de prévention qui ont contribué à l'émergence d'un discours public autour de la sexualité. Suite au constat que les jeunes ne recevaient pas d'éducation sexuelle au sein des familles, ce qui les rendait particulièrement vulnérables aux conséquences des rapports sexuels non « responsables », l'État à travers la Direction de la santé et de la famille (DSF) et des organismes internationaux et nationaux (UNFPA²³, Family care, IPPF²⁴, ABBEF, ASMADE²⁵, etc.) ont établi des programmes d'informations afin de les protéger contre ce qui apparaissait comme une question de santé publique. Il s'agissait de leur inculquer très tôt les règles de la « sexualité responsable et saine » à travers des enseignements et informations sur : 1) le fonctionnement de l'appareil reproducteur, les droits reproductifs, les comportements à proscrire ; 2) l'utilisation des moyens de protection ; 3) les structures vers lesquelles se diriger pour bénéficier des informations et des méthodes de prévention. Ces informations sont diffusées via des campagnes de sensibilisation dans les établissements d'enseignement, dans les médias, dans les quartiers (salon de coiffure, marché, maquis, etc.). Des structures dénommées « centres jeunes » sont aussi ouvertes dans les quartiers de la ville pour créer des espaces de rencontre entre les jeunes, et pour faciliter leur accès aux informations et aux soins.

²³ UNFPA : *United Nations Population Fund* (Fonds des Nations Unies pour la Population).

²⁴ IPPF : *International Planned Parenthood Federation*

²⁵ ASMADE : *Association Songui Manégré/Aide au Développement Endogène*

Les jeunes acquièrent ainsi des informations sur la santé sexuelle et reproductive qui sont censées guider leurs choix en la matière et réduire les risques. Ils se retrouvent, de fait, dépositaires de savoirs sur la sexualité dépassant parfois ceux de leurs parents. Un humoriste ivoirien disait à ce propos qu'autrefois, lorsque des scènes sensuelles étaient diffusées à la télé, les parents demandaient aux jeunes de fermer les yeux ou de s'éloigner de la télé, mais de nos jours c'est le contraire. Investis de ces connaissances et normes « modernes », les jeunes urbains se construisent alors une nouvelle vision de la phase de jeunesse et des pratiques qui en découlent. À cet effet, le *pugsadre* ou le *soungouruya* des années 2000 à Ouagadougou se traduit par la mise en évidence des attributs de la féminité, en se faisant belle et désirable pour être remarquée par l'autre sexe (en cela il partage les mêmes traits que celui en milieu dit traditionnel). Mais en plus, il implique des sorties avec des ami(e)s pour aller au cinéma, au maquis, à des bals de collège et lycée, d'avoir un copain ou des copains avec ou sans l'accord des parents. Contrairement aux référents de la « vieille école », le *rolemdo* contemporain laisse une grande marge à l'expression sexuelle avant le mariage, en dévient même le fondement. Les jeunes croient en la nécessité des relations sexuelles, qui sont désormais présentées comme un besoin physiologique tant pour les garçons que pour les filles. Pour Nadia, étudiante de 21 ans, à un certain âge le corps oblige à avoir des relations sexuelles.

« À un certain âge donné, on a une sensation, c'est-à-dire que l'envie nous habite physiquement, et on est obligé de faire. C'est naturel ».

Les rapports sexuels sont aussi présentés comme un impératif inhérent au processus de mise en couple. Dans un contexte où le libre choix est prôné par les référents de la nouvelle école (avec l'interdiction des « mariages forcés » par le Code des personnes et de la famille du Burkina Faso et la possibilité pour les jeunes filles de dénoncer les « dons de femme » et de s'y soustraire), le processus de mise en couple met en avant les acteurs concernés, la jeune fille et le jeune homme. Ceux-ci sont appelés à se courtiser, à se connaître en dehors du cadre du mariage car, pour reprendre les propos d'Ibrahim (28 ans) au cours d'un des groupes de discussion « *on ne peut pas acheter le poisson dans l'eau. Il faut s'essayer pour voir avant d'aller au mariage. Il faut voir si vous vous entendez sexuellement* ». Ils sont donc susceptibles de se retrouver en couple sans être passés par le mariage et procréer en dehors de ce cadre. Le recours aux aînés n'intervient que lorsqu'ils sont certains de leur choix et désirent officialiser les liens. La virginité jusqu'au mariage serait donc aujourd'hui une norme transgressée par une

majorité d'individus. Claudia Roth (1996, p. 219) montre dans le cas des jeunes femmes à Bobo-Dioulasso que « les interdits et colères des pères demeurent sans effet, de même que la menace de bannissement en cas de grossesse. Arriver vierge au mariage, ce précepte a encore cours aujourd'hui, mais il est à peine observé. Pratiquement dans toutes les cours se trouve une fille-mère ». Les jeunes femmes, selon elle, seraient très habiles pour contourner les interdits rigoureux des pères : « Si une femme veut aller danser la nuit, elle fait porter par un enfant sa jupe et ses chaussures dans la cour voisine et sort ensuite en pagne sans éveiller les soupçons ».

1.1.3. « Runda kamba ». Des normes et rapports intergénérationnels producteurs de vulnérabilité

Comme on l'a vu, les normes véhiculées en milieu urbain ont perdu de leur unité et la cohérence, et les jeunes sont désormais face à plusieurs référents ayant chacun leur légitimité qu'ils doivent concilier ou choisir. En pratique, que ce soit sur le plan de la construction identitaire ou dans les relations familiales, les jeunes sont, comme l'a montré Jacinthe Mazzocchetti » (2009), particulièrement touchés par la difficile mise en cohérence de la pluralité des normes transmises et par les exigences de chacun des détenteurs de ces normes. Dans le champ matrimonial, par exemple, ils sont aux prises à des injonctions multiples, voire contraires. Les parents attendent des filles qu'elles se trouvent un époux sans qu'elles ne côtoient des hommes, n'aient de relations sexuelles et ne procréent hors du mariage, alors qu'elles évoluent dans un environnement où elles sont contraintes par les normes contemporaines à fréquenter des hommes et à avoir des rapports sexuels. Cependant, il faut souligner que si les discours produits autour de ces référents génèrent le sentiment de deux univers cloisonnés, il semble que les choses soient moins dichotomiques qu'elles n'en ont l'air. En effet, le contenu de ces deux référents est beaucoup plus complexe que le fait de simplement provenir de deux mondes, l'un du passé et l'autre du présent. L'analyse des référents de la « vieille école », par exemple, montre que s'ils sont bâtis sur des valeurs et pratiques conçues comme idéales, ils n'excluent pas nécessairement toutes les pratiques reprochées à la « nouvelle école ». En effet, les travaux indiquent que la « vieille école » n'était pas exempte de transgressions. Il arrivait que des femmes fuient leurs époux ou que des jeunes décident de passer par le rapt pour contraindre les aînés à admettre leurs choix (Gruénais, 1985a). Il en est de même pour la sexualité et les grossesses prémaritales. Aussi, la différence présentée et revendiquée n'est-elle, en réalité, qu'une élaboration

complexe et originale qui tient par les discours produits et surtout les omissions et silences tendant à confiner les rapports sexuels exclusivement dans le lien du mariage. Ainsi, ce décalage entre les prescriptions et les pratiques induit aujourd'hui la dichotomie observée et qui donne aux jeunes l'impression que leur accomplissement passe nécessairement par une adhésion à l'une de ces écoles au détriment de l'autre, plutôt que de composer avec elles. Or, c'est de ce cloisonnement que naissent un certain nombre des difficultés que rencontrent les jeunes.

En effet, avoir uniquement comme référents ceux de la vieille école, c'est prendre le risque de se fermer ou de ne maîtriser que partiellement les autres normes et leurs codes. Une jeune fille qui reste, par exemple, enfermée chez elle, refuse de rencontrer d'autres jeunes et de se plier aux exigences masculines, réduit ses chances de se trouver un conjoint. Or le fait d'être célibataire constitue une source de marginalisation et toute jeune femme se verra à un moment donné poussée à se trouver un conjoint, ce qui implique une désobéissance et provoque des conflits avec les parents. De fait, les relations intergénérationnelles enregistrent des tensions et des conflits récurrents avec des parents qui n'hésitent pas à chasser leur fille parce qu'elle est souvent absente du domicile, ou des enfants qui choisissent de fuir les parents parce qu'ils les trouvent trop sévères. Lorsque les aînés évoquent les *runda kamba* (« enfants d'aujourd'hui » en *moore*) et leurs pratiques, leurs propos oscillent entre une idéalisation du passé et une mise en cause des modes de sociabilité contemporains avec une mise en avant de l'altérité : « eux » et « nous ». Ils se présentent ainsi comme une génération qui était à l'écoute de ses aînés et des prescriptions normatives. Les *runda kamba* par contre sont désignés comme des insoumis qui pensent tout savoir parce qu'ils ont d'autres référents sociaux : la télévision, les pairs etc. Les aînés dénoncent aussi l'autorité suprême, celle de l'État, qui inculquerait des valeurs inappropriées à leurs enfants et qui irait jusqu'à leur demander de changer leur manière de les éduquer.

« Les gens de nos jours ne facilitent pas l'éducation de nos enfants. Si on dit aux enfants de prendre des médicaments ou d'utiliser des préservatifs pour ne pas tomber enceinte, n'est-ce pas les amener à avoir une vie sexuelle non contrôlée ? Si je sais qu'en prenant un simple médicament ou un préservatif, je peux éviter de tomber enceinte, alors, pourquoi ne pas devenir une bordelle ? Les jeunes de nos jours n'ont peur de rien, alors là, absolument rien. Ils savent des choses que

nous-mêmes ne savons pas. Que voulez-vous qu'on fasse ? » (propos de la mère d'une enquêtée).

Les jeunes de leur côté s'estiment livrés à eux-mêmes et sous pression, jugeant que les adultes n'inculqueraient pas les bonnes valeurs aux enfants. Ils dénoncent, par exemple, l'absence de communication avec les parents, surtout en ce qui concerne les questions de sexualité, ce qui les rendrait socialement et sexuellement vulnérables.

« J'ai vu l'expérience de mes sœurs avec ma mère, même quand elles essayaient de se rapprocher de maman, elle créait une distance. Et avec moi c'est pareil, elle ne m'a jamais parlé de sexualité, même pour les règles elle ne m'a rien dit, du genre " ma fille fait attention maintenant, comme tu as tes règles, si un homme te touche tu peux tomber enceinte, faut faire ci ou ça ", rien. En fait, c'est comme si elle n'avait jamais été infirmière même. Elle agit comme les parents qui ne sont pas allés à l'école là. Je pense que le fait d'avoir des amies qui n'ont pas été scolarisées et de discuter avec elles l'a changée, donc elle est devenue comme quelqu'un qui n'est pas allée à l'école » (Nadia, 21 ans, étudiante).

Certains parents, conscients des changements sociaux et des enjeux contemporains, intégreraient les référents de la « nouvelle école » dans l'éducation au sein des familles. Cependant, il semble, de l'avis des jeunes rencontrées, que très peu de parents sont dans ces dispositions. Même s'ils sont de plus en plus conscients de la nécessité d'éduquer sexuellement les jeunes pour éviter les risques de grossesse ou d'infections par exemple, certains parents, à l'image de mes deux grandes sœurs, sont confrontés à un blocage qui les empêche de faire le pas. Elles m'ont chargé de discuter avec leurs filles devenues des adolescentes parce qu'elles ressentaient une gêne à l'idée d'évoquer la sexualité avec elles.

En somme, les jeunes à Ouagadougou font face à des normes contraires, censées chacune aider à leur transition vers l'âge adulte. Dans le point suivant, je montrerai comment ces tensions normatives, lorsqu'elles sont combinées à la précarité économique peuvent amener les jeunes femmes à se mettre en situation d'être enceintes pour avoir un mari et échapper à la pression des parents (ou considérer l'enfant comme une source de revenu), ou sortir avec des hommes fortunés pour pouvoir assumer sa part de charge dans l'économie de la famille.

1.2. « Trouver sa voie à Ouagadougou ». Entre modernité insécurisée et transformation des modalités d'accès au statut d'adulte

Safia, Paula et Thomas sont trois jeunes qui vivent dans la ville de Ouagadougou. Voici un aperçu de ce à quoi ressemblait leur quotidien lorsque j'ai fait leur connaissance.

31 octobre 2011 : je rends visite à Safia (25 ans) dans sa famille sise au quartier Dapoya. Je la trouve en pleurs, elle vient de se disputer avec sa mère et elle m'interpelle : « *Grande sœur, pardon, aide moi à trouver un petit travail sinon je vais mourir* ». Tout serait parti d'une histoire de nourriture. Elle a voulu servir à manger à son fils et sa mère lui a demandé de veiller à ce qu'il en reste pour les autres. Elle lui a répondu que ce n'est pas le fait de servir son enfant qui allait priver les autres de nourriture, ce qui aurait énervé sa mère : « *elle m'a dit "espèce de vaurienne, qui te permet de me répondre de la sorte ? Si tu étais capable tu ne serais pas ici à prendre le peu de nourriture que j'ai pour nourrir ton bâtard, tu serais chez un mari, ou en train de travailler comme les autres. Au lieu de ça, tu passes tes journées à dormir ici et à faire la bordelle"* ». Selon Safia, ce genre de scènes et de remarques sont courantes, raison pour laquelle elle fait tout ce qu'elle peut depuis quelques temps pour y mettre un terme par un travail ou un mari.

02 juillet 2012 : je rends visite à Paula (23 ans) à l'improviste. Elle a passé toute la journée dans les rues de Ouagadougou : « *J'ai passé toute la journée à marcher, regarde comment mes pieds sont pleins de poussière. J'ai cherché du travail partout, quand je vois maquis, je rentre pour demander, restaurant, je rentre, je suis même rentrée dans une jolie cour, j'ai dit à la dame "pardon, même si c'est pour me payer 10.000 Fr, je veux, j'ai besoin de travailler, et je ferai tout ce que vous voudrez"*. Mais elle m'a dit qu'elle a déjà quelqu'un ». Paula a perdu son emploi à la suite de son avortement et depuis qu'elle a recouvré sa santé, elle essaie tant bien que mal de se trouver une autre source de revenu car elle doit payer le loyer de la maison dans laquelle elle vit (le propriétaire menace d'ailleurs de l'expulser), assurer ses besoins quotidiens et aider sa mère au village. Mais la lassitude se fait de plus en plus sentir face à l'absence d'opportunités. « *C'est tout ça qui fait qu'on finit par se mettre dans les problèmes. Si tu n'as pas de travail et que tu n'as personne pour te donner de l'argent, tu vas chercher un moyen de survivre, et c'est pas toujours le bon moyen* », me dit-elle.

12 Septembre 2011 : Thomas (29 ans) vient de terminer son stage dans une institution de la place. Il a obtenu ce stage dans le cadre du Service National de Développement (SND)²⁶. Renvoyé de l'université faute de résultats, il s'était engagé dans le SND afin de bénéficier du pécule d'un montant de 35.000 Fr CFA et dans l'espoir de se créer des opportunités de travail. Ce pécule lui permettait d'assumer autant que possible ce qu'il nomme sa « bêtise » commise il y a deux ans. Il avait mis une jeune femme enceinte et s'était retrouvé en couple avec un enfant à sa charge alors qu'il vivait toujours dans la concession familiale. Thomas est affecté par la fin de ce stage car il signifiait beaucoup pour lui : il s'y est investi tout le temps en espérant séduire les responsables et décrocher un poste. Malheureusement cela n'a pas été le cas. Du coup, il se retrouve au chômage et perd sa source de revenu : « *C'est reparti pour la galère* ».

Comme on peut le voir, ces trois jeunes, en plus de résider dans la même ville, ont en commun la précarité économique et statutaire au quotidien, ainsi que la volonté de s'en sortir.

1.2.1. De la précarité économique et statutaire

Les jeunes²⁷ de 15 à 35 ans, selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2006 représentent 33,2% de la population totale du Burkina Faso (Sie-Tioye & Bahan, 2009). Parmi eux, 29% vivent en milieu urbain contre 71% en milieu rural. La majorité des jeunes urbains dans le pays vit à Ouagadougou.

Le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays africains, connaît des problèmes engendrés par la dégradation des structures sociales et économiques du fait de la crise économique des années 1980. En effet, suite au déséquilibre financier et à l'endettement croissant des pays du sud dans les années 1980, les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) ont été imposés par les organismes financiers internationaux (FMI, Banque Mondiale) afin de résorber la crise. À l'époque, l'octroi de prêts par ces institutions financières était conditionné par l'engagement des pays demandeurs à assainir leur situation économique et financière à travers l'application de ces programmes dont les principes consistaient en l'ouverture des économies au marché

²⁶ Le SND est l'équivalent du Service Militaire.

²⁷ Les personnes de moins de 20 ans représentent 57% de la population totale estimée en 2006 à 14 017 262 habitants.

mondial, la libéralisation interne et la baisse et la restructuration des dépenses. Ces programmes ont eu des effets sociaux considérables liés notamment à une réduction des dépenses publiques en matière de politiques sociales, sanitaires et éducatives. Ainsi, les populations de ces pays ont vu leurs conditions économiques et sociales se dégrader au fil des années, ce qui a eu pour conséquence de nombreux mouvements sociaux dans plusieurs pays. La crise a contribué ainsi à instaurer une « modernité insécurisée » (Bréda, Deridder & Laurent, 2013) et à faire de bon nombre de jeunes des « laissés-pour-compte » du système (Mazzocchetti, 2009). En effet, la précarité des moyens économiques des parents et le taux de plus en plus élevé de chômage se sont manifestés par un nombre accru d'abandons scolaires et universitaires par les jeunes (Lange, 1998 ; Kobiané, 1999). Les données du RGPH de 2006 montrent que plus de 2/3 des jeunes ne sont jamais allés à l'école, et ceux qui y sont allés sont touchés par un fort taux de déscolarisation. Sur 100 jeunes burkinabè, par exemple, 70,8% n'ont jamais fréquenté l'école, 19,3% l'ont déjà fréquentée mais n'y sont plus inscrits et 9,9% ont déclaré qu'ils sont toujours à l'école (Sie-Tioye & Bahan, 2009).

De même, ces jeunes sont confrontés au chômage qu'ils soient scolarisés, déscolarisés ou diplômés. La province du Kadiogo, dont Ouagadougou est le chef-lieu, enregistre un taux de chômage de 14,39%. Jacinthe Mazzocchetti (2013, p. 402) montre dans le cas des étudiants et jeunes diplômés de l'université de Ouagadougou que l'emploi, la sécurité financière et la redistribution qui sanctionnaient la fin du parcours universitaire ont cessé d'aller de soi. En effet, avec davantage de jeunes formés et peu d'emplois créés en retour, la fonction publique se retrouve dans l'incapacité d'employer tous les diplômés comme cela a pu l'être à une certaine époque. De fait, « de plus en plus, beaucoup de ces jeunes, même un diplôme à la main, se retrouvent dans une situation de grand dénuement : abandonnés par l'État dont les politiques économiques ne sont pas orientées vers la création d'emplois qualifiés et qui ne procure pas de rente de survie (du type RMI, allocation de chômage) ainsi que par leurs familles, elles-mêmes en situation précaire et confrontées à l'échec de leur investissement (la scolarisation des enfants s'inscrit généralement dans un projet de sécurisation et d'ascension sociale familiale) ». Ainsi, la réussite économique et sociale étant de plus en plus mise à mal et avec elle « la reconnaissance au sein des familles et de la société qui en découlait », les jeunes se retrouvent alors sans ressources, confinés dans un échec dans des univers où les référents valorisés sont l'argent et les mises en scène de

réussites économiques (Mazzocchetti, 2013, p. 407). Pour l'Église pentecôtiste, très présente dans le pays, la pauvreté est conçue comme une malédiction divine (Laurent, 2003), ce qui peut renforcer la souffrance, puisqu'en plus de subir le fait d'être pauvre, ils sont aussi en proie à une culpabilité.

Par conséquent, trop pauvres pour se loger à leur compte ou pour se marier, ils peinent à franchir les autres étapes de la transition que sont le mariage et l'autonomie résidentielle (Calvès, 1999 et 2007 ; Antoine et *al.*, 2001 ; Sévédé-Bardem, 1997 ; Diagne, 2003). De fait, bon nombre de ces jeunes apparaissent comme d'« éternels cadets » ou sont pour le moins dans une situation extrêmement précaire (Mazzocchetti, 2009). Quant aux jeunes non scolarisés, leur situation est tout aussi peu reluisante. Sans diplôme pour pouvoir espérer un poste de fonctionnaire ou d'employé dans le secteur privé, la plupart trouve leur salut dans le secteur informel avec des revenus qui parviennent à peine à satisfaire leurs besoins.

Le vécu du chômage en tant que jeune semble particulièrement difficile pour les femmes. Ces dernières qui désiraient se réaliser à travers leurs études pour répondre aux exigences du monde moderne se retrouvent de plus en plus sans emploi. Les parcours réussis des premières filles à avoir fréquenté l'école ont fait naître l'idée que les femmes pouvaient aussi s'accomplir socialement en alliant parcours professionnel et parcours matrimonial, poussant de plus en plus de parents à scolariser leurs filles. L'idée dominante derrière ce choix était qu'en se trouvant un bon emploi, elles trouveraient un bon mari et pourraient utiliser leurs revenus pour aider leurs parents et faire leur fierté. Un dicton dit d'ailleurs que « *le premier mari de la femme, c'est son travail* ». Cependant, en l'absence de politiques de création d'emplois et devant le grand nombre de diplômés, de plus en plus de jeunes femmes diplômées, qui se sont consacrées à leur parcours scolaire au détriment de leur trajectoire matrimoniale et génésique, se retrouvent sans emploi et obligées de s'investir sur le marché matrimonial.

Le quotidien de ces jeunes urbains est aujourd'hui marqué par une précarité des conditions socio-économiques et une forte dépendance, ce qui rejoint la situation des personnes interviewées dans cette recherche. Des 44 jeunes femmes interviewées (sur les 46), 17 étaient des élèves ou étudiantes, 14 exerçaient dans le secteur informel (cinq coiffeuses, deux gérantes de télécentre, deux vendeuses, une vigile, deux serveuses dans un maquis, une « petite bonne », une couturière, une caissière) et 13 sans emploi. Parmi

elles, seules deux parvenaient à vivre de leurs revenus, les autres étaient dépendantes de leur entourage pour leurs besoins. Pour ce qui est du lieu de résidence, trois habitaient chez leur compagnon, trois vivaient seules en location dans des cours communes et les 38 autres vivaient chez leurs parents ou des membres de la famille élargie (cousin ou cousine, oncle ou tante, sœur ou frère).

1.2.2. Une injonction à la réussite socioéconomique et à la transition vers l'âge adulte

Parallèlement à cette précarité, les jeunes font quotidiennement face à une injonction à la réussite, consécutive à la transformation des modes d'accès au statut d'adulte social. En effet, appeler à se construire sans grand accompagnement avec l'effritement des bases traditionnelles de socialisation et à l'aune d'une pluralité de repères dont ils ignorent lesquels participeront à leur construction véritable, les jeunes hommes comme les jeunes femmes deviennent en quelque sorte les maîtres de leur destin. Il est attendu d'eux qu'ils réussissent leur transition vers l'âge adulte en se trouvant un emploi, en acquérant une autonomie résidentielle, en se mariant et en procréant. Ils sont aussi le fruit d'« investissements » de parents, d'oncles, de tantes, etc. qui cherchent à bénéficier des retombées futures de cette réussite tant attendue et ce malgré la conscience d'une crise socioéconomique généralisée. Ainsi, la figure de la réussite espérée par les jeunes et attendue d'eux, qu'ils soient scolarisés ou non, fille ou garçon, est sans conteste l'emploi rémunéré permettant d'entretenir ceux qui ont investi sur eux, de se marier, de procréer et faire l'honneur de leurs proches. Dès lors, ces jeunes sont régulièrement poussés à cette réussite par leurs familles et par l'ensemble de la société de manière générale.

Pour les jeunes femmes titulaires d'un diplôme (BEPC, BAC et autres diplômes universitaires) et sans emploi, l'obligation de se trouver un mari devient primordiale. Ayant échoué à s'accomplir professionnellement, elles doivent se marier, sinon elles sont considérées comme des filles « bordelles » qui ne veulent pas de mari. Or, ces mêmes diplômes réduisent leurs chances par rapport à leurs congénères. En effet, compte tenu de leur longue formation, elles deviennent « de vieilles filles savantes » sur le marché matrimonial et elles effraient les hommes car elles sont considérées comme ayant perdu les valeurs qui fondent la soumission (le critère de l'épouse parfaite) et acquis d'autres valeurs susceptibles de les pousser à se croire égale – en jouissant de la

même autonomie de décision – voire supérieure à l’homme. Il est aussi attendu d’elles qu’elles s’investissent dans la gestion des familles en participant aux dépenses parce que leur contribution féminine est aussi désormais requise au sein des familles au même titre que celle masculine. En ne pouvant pas s’investir personnellement grâce à un emploi rémunéré (des revenus personnels) c’est par l’intermédiaire d’un mari ou d’un prétendant qu’elles pourront réaliser cet objectif. Une fille qui ramène des « sachets noirs »²⁸, et dont le prétendant offre des présents aux parents (vivres, argent, biens divers) est considérée dès lors comme remplissant son rôle. Il en est de même pour les jeunes femmes non scolarisées ou déscolarisées qui sont, elles aussi, soumises aux mêmes injonctions de mariage et de contribution aux charges familiales. Les jeunes femmes sont régulièrement injuriées lorsqu’elles entretiennent des relations avec des hommes qui ne sont pas en mesure de leur offrir ces présents. Adé (20 ans et vigile) me raconte cette discussion avec sa mère à propos d’un homme qui était venu se plaindre auprès de cette dernière parce qu’elle lui avait extorqué des sous.

« Il est venu dire à maman que moi je venais chaque fois lui dire “je veux du yaourt”, et lui il achète pour moi. Que parfois moi je viens prendre 1000 Fr que mon vélo est gâté, que ceci que cela. Et maman lui a dit “si c’est pas parce que toi tu es un moins que rien, est-ce qu’un homme donne 500 Fr ou 1000 Fr à une femme et puis il fait un tapage autour de ça? C’est parce que l’enfant-là aussi est une petite imbécile, une mauvaise graine qu’on ose me dire des choses pareilles. Comment moi je vais me fatiguer pour te mettre au monde et tu ne trouves rien de mieux à faire que d’aller vers des hommes qui ne peuvent te donner que 500 Fr ou 1000 Fr ? La honte ! Si c’était 10.000 Fr ou 20.000 Fr que tu lui avais donné je pouvais comprendre que tu viennes te plaindre, et moi j’allais te soutenir et lui dire de ramasser ses affaires pour aller te rejoindre. Au lieu de cela tu me parles de 1000 Fr, 500 Fr. Ça veut dire que bientôt ça va devenir 200 Fr même” ».

Cette jeune fille est une « mauvaise graine » aux yeux de sa mère parce que son petit ami s’est permis d’adresser la parole à sa mère. Mais par-dessus tout, ce qui lui est reproché c’est de s’amouracher d’un homme qui ne lui donne que 500 Fr et ou 1000 Fr, sommes insuffisantes pour les partager avec une mère, alors qu’elle aurait pu le faire

²⁸ Les sachets noirs désignent les petits sacs en plastiques utilisés dans les commerces et vendeurs divers, en l’occurrence les vendeurs de viandes ou de poissons grillés. L’expression « ramener des sachets noirs » renvoie aux cadeaux (viandes ou poissons) qu’une jeune femme ramène à sa famille quand elle rentre d’une sortie avec un prétendant par exemple.

avec 20.000 Fr. Les parents, surtout les mères attendent de leurs filles qu'elles se trouvent des hommes susceptibles de les prendre en charge et ainsi honorer leur mère aux yeux des coépouses, des amies ou des voisines. De fait, elles n'hésitent pas à surveiller les fréquentations de leurs filles et les somment fréquemment de se trouver des hommes « capables ». Assetou, 20 ans, dit avoir quitté le domicile de sa tante chez laquelle elle vit depuis l'âge de sept ans pour échapper à cette pression.

« C'est pour ça que j'ai quitté chez ma tante. Tu amènes tes copains à la maison on te demande "il fait quoi? Il travaille? Ses parents font quoi?". Et si jamais tu dis qu'il ne fait rien ou bien qu'il est étudiant elle va te traiter de moins que rien, de fille sans ambition. Ma tante-là, c'était problème seulement ! » (jeune femme célibataire, 20 ans, sans emploi)

Les parents sont d'ailleurs régulièrement pointés du doigt comme responsables des ruptures d'union, ou comme ceux qui poussent leurs filles vers des relations fondées sur des motivations matérielles. Un des participants des groupes de discussion a relaté son histoire avec une fille pendant qu'il était en quête d'emploi après l'obtention de son diplôme universitaire. La jeune femme serait tombée enceinte et il aurait proposé d'assumer la grossesse, mais la belle-mère a préféré qu'elle avorte parce qu'il ne correspondait pas aux critères du gendre dont elle rêvait.

« Sa maman m'a dit qu'elle n'a pas mis sa fille au monde pour qu'elle souffre avec un homme qui n'a rien. Donc elle a obligé la fille à avorter ».

La pression se décuple lorsqu'une jeune femme se retrouve toujours célibataire alors que les cadettes sont déjà mariées ou entretiennent des relations fructueuses tendant vers le mariage. Des jeunes filles verront ainsi leur mère préférer leurs sœurs parce que ces dernières sortent avec des hommes fortunés ou qu'elles ont simplement trouvé un mari, si pauvre soit-il, et quitté la concession familiale. Dans ce contexte, les échecs sont difficilement tolérés, car si elles disposent le plus souvent d'une certaine marge de manœuvre dans leur choix, ce libre choix est assorti d'une obligation de réussite. Lorsque la mère de Kady, présentée en introduction de cette partie, a appris sa rupture avec son petit ami, celle-ci a eu droit à des remontrances.

« Depuis que j'ai dit qu'on a arrêté, la vieille m'insulte tout le temps, que moi je ne veux pas me marier. Les filles de toutes ses amies se marient et c'est moi qui ne me marie pas ».

Ces attentes de l'entourage quant au mariage et à la redistribution des ressources sont relatées sous forme de contraintes et de pressions qui apparaissent comme difficilement négociables vis-à-vis de l'entourage et vis-à-vis de soi-même. En effet, rester sourde à ces injonctions c'est accroître la violence dans les rapports avec les aînés, essayer au quotidien des remarques par rapport à son statut de « vieille-fille » par exemple, et prendre le risque de fragiliser des liens dans un contexte où la dépendance oblige à préserver les liens avec la famille conçue comme un « espace de sécurité sociale, d'appartenance et de reconnaissance » (Mazzocchetti, 2013, p. 410). Au plan personnel, cette situation et les remarques qu'elle induit renforcent le sentiment d'une incapacité personnelle à mener à bien sa phase de transition. Béa, 30 ans et rencontrée lors d'une précédente enquête en 2008, avait décidé après plusieurs relations infructueuses dues à sa séropositivité de ne plus s'engager dans aucune relation amoureuse et de renoncer à l'idée du mariage. Elle avait alors 26 ans et gagnait à peine sa vie avec son emploi de gérante de télécabine. En 2012, elle me révèle à quel point ce choix mine ses rapports avec son entourage et lui donne le sentiment d'avoir raté sa vie de jeune fille. N'ayant pas informé ses proches de sa séropositivité, ces derniers voyaient d'un mauvais œil son célibat et son apparente absence d'initiative pour en sortir.

« Tu es assise comme ça, les gens s'imaginent que c'est parce que tu ne veux pas d'un mari. Chaque nouvelle année on te dit "que Dieu fasse que tu trouves un foyer d'ici l'année prochaine". L'année prochaine arrive et tu es toujours assise dans la cour, tu n'as pas où aller parce que tu ne peux pas raconter ce que tu as au fond de toi. J'ai deux hommes qui me suivent actuellement, chacun d'eux veulent faire du sérieux, mais je ne sais que faire. On me dit tous les jours que je ne veux pas d'un foyer, que c'est me promener là qui me plaît, alors que c'est pas ça. Mais je ne peux pas leur dire ».

Elle a fini par se résoudre à retourner sur le marché matrimonial afin d'échapper à cette pression quotidienne. Cela s'est fait à travers une dissimulation de sa séropositivité, qui

constituait, selon elle, la seule alternative pour avoir les mêmes chances que ses congénères.

Il s'agit donc d'afficher au quotidien sa détermination à s'en sortir et de le démontrer par des actes tels amener des prétendants à la maison, ramener des cadeaux, etc.

1.3. Agentivité et débrouillardise face aux injonctions pour devenir adulte. Quand les jeux amoureux rendent vulnérables face à la grossesse

Se sortir du « trou » pour échapper à la pression et réussir son entrée dans l'âge adulte dans les « sociétés du risque » (Beck, 2008) n'est pas une chose aisée compte tenu de la multiplicité des contraintes induites par ce contexte. Néanmoins, en tant que sujets dotés d'une « agentivité », les jeunes en contexte contemporain burkinabè mettent en place des formes de débrouillardises face à l'insécurité sociale quotidienne (celle des liens, des choix de vie, des statuts et des appartenances) (Mazzocchetti, 2009) en vue d'enrayer le risque de demeurer éternellement « vieille fille » ou « vieux garçon » dépendants des parents. Dans la « modernité insécurisée » burkinabè, l'invention du quotidien (Certeau, 1990) et la quête de l'ascension sociale se réalisent au moyen de stratégies et de tactiques que sont par exemple les usages du corps, des affiliations dans des réseaux politiques, le clientélisme et la corruption (Mazzocchetti, 2013). Jacinthe Mazzocchetti montre par exemple dans le cas des étudiants et jeunes diplômés de l'université de Ouagadougou, que ce qui compte n'est pas le chemin emprunté mais le résultat obtenu (2013, p. 420). Il s'agirait pour ces jeunes en quête de distinction symbolique, faute d'ascension sociale avérée, de jongler avec les possibilités offertes (les normes, les lois, les rêves), de savoir profiter des opportunités mais aussi d'être capables de les créer. Inscrits désormais dans un monde qu'elle qualifie de « monde mirage » et au sein duquel le pragmatisme et l'opportuniste dictent les actions, les jeunes se livreraient à une compétition que les plus forts remporteraient. Il s'agirait d'une bataille dans laquelle la ruse au moyen de l'apparence et la possession des objets permettent de se démarquer, de faire preuve de réussite, de faire des autres des « obligés » et de s'octroyer un contrôle sur les relations. Au nombre des pratiques mobilisées pour l'ascension sociale, on assiste au développement de nouvelles pratiques pour se mettre en couple et dans lesquelles le « monde de mirage » est fortement

mobilisé. Cela peut, par conséquent contribuer à la vulnérabilité des jeunes femmes face aux grossesses pré-nuptiales.

1.3.1. Logiques masculines et féminines au sein des relations amoureuses

Avec la transformation des modes d'accès au statut d'adulte social, la précarité économique et l'injonction au mariage et à la réussite sociale, le processus de mise en couple et les relations amoureuses sont, comme le montre Fred Eboko (2004, p. 125), « au centre d'une problématique qui cumule des désirs intimes (érotisation de la vie sexuelle, valorisation de l'espace corporel, hédonisme individualiste), des projets personnels (reconnaissance et respect de la féminité et de la masculinité), des aspirations (mariage, mobilité sociale) et des contraintes sociales (pression familiale, subordination relative de la femme à l'homme, etc.) ». Inscrits au centre de cette problématique, les jeunes rencontrés résument les enjeux au sein des relations amoureuses dans la ville de Ouagadougou à une sorte de « guerre ». Dans cette « guerre » plutôt symbolique marquée par la dimension matérielle des relations, jeunes hommes et femmes utiliseraient des stratégies et des mots pour s'embrouiller mutuellement et parvenir à leurs fins respectives : se faire épouser pour les jeunes femmes et trouver du plaisir pour les hommes.

1.3.1.1 Récits de logiques et de pratiques dans le processus de mise en couple

Les études de cas de Madi et d'Assetou, deux jeunes ouagalais permettent de saisir ce qui se trame réellement dans ces relations amoureuses et les interactions avec l'entourage.

Madi, celui qui a souffert pour Asseta parce qu'il était pauvre et voulait faire du sérieux

J'ai fait la connaissance de Madi au cours de l'hospitalisation de sa petite amie Asseta pour une complication post-IVG. Il a 25 ans, est apprenti couturier et est parallèlement en classe de terminale en cours du soir. Originaire du village de Dapelogo à environ 35 kilomètres de la capitale, il entretenait une relation amoureuse avec Asseta (17 ans) et leur relation se heurtait depuis quelques mois à des difficultés. De passage à mon domicile le 10 novembre 2012 pour me faire part de ces difficultés, le jeune homme habituellement souriant, avait laissé la place à un homme en colère et ensuite triste à mesure qu'il me relatait ses déboires.

« Trop c'est trop, j'ai accepté tout, je n'avais rien, mais je faisais de mon mieux pour l'aider comme je pouvais. Moi je ne sais pas, ils m'ont pris comme un nez percé, ou bien quelqu'un qui ne connaît pas les choses pour me faire ça ? Ou bien c'est parce que moi je suis un débrouilleur qu'ils me traitent comme ça ? ».

Les raisons de sa colère et de sa tristesse étaient les suivantes. Madi est un « villageois » qui a immigré à Ouagadougou en 2008 pour essayer de réussir. Déscolarisé en classe de troisième et sans diplôme, il a choisi d'apprendre la couture et de poursuivre ses études afin d'atteindre une meilleure situation. À Ouagadougou il réside à Toudoubweogo, un quartier non loti, se déplace à vélo et vit du peu d'argent que lui donne de temps en temps le patron de l'atelier où il est apprenti : parfois 15.000 Fr CFA dans le mois, parfois plus et parfois moins, selon les recettes du patron. Malgré cette situation guère reluisante, Madi espérait tout de même se trouver une épouse car ses parents restés au village lui rappelaient régulièrement qu'il avait atteint l'âge de se marier. Ils lui avaient même proposé une fille qu'il a refusé car désormais néo-citadin, il rêvait d'une épouse à la hauteur de son nouveau statut : une femme avec les attributs de la modernité (habillée à la mode, alphabétisée, etc.), mais tout de même soumise. Néanmoins il essuya pendant longtemps des échecs dans ses tentatives de séduction. C'est en décembre 2010 qu'il finit par séduire Asseta, une élève en classe de quatrième, fille d'un cheminot et d'une ménagère. Asseta, au cours des entretiens, m'a confié qu'au départ c'est le désir d'avoir, elle aussi, un copain comme ses amies qui l'avait poussée à l'accepter, et elle l'aimait aussi « *un peu* ». Madi, quant à lui, en était très amoureux et y était très attaché. Il avait décidé dès les premiers moments qu'il voulait l'épouser. Il était allé se présenter aux parents d'Asseta comme le copain de leur fille et avait déclaré son intention de l'épouser. Le père d'Asseta, très musulman et imprégné des valeurs *moose*, donna sa bénédiction à Madi. Mais le jeune homme sentit tout de même que la mère n'était pas très ravie à l'idée de l'avoir comme gendre, malgré une joie simulée. Aussi, Madi se donna pour mission de convaincre la mère, et aussi celle qui était désormais à ses yeux sa fiancée, qu'il était le gendre parfait. Il ne parvenait cependant pas à être à la hauteur de ses ambitions faute de moyens financiers : il n'avait qu'un vélo, ce qui rendait difficile les sorties le samedi soir car il ne pouvait pas la transporter ; il ne lui donnait que de petites sommes d'argent, 2000 Fr CFA par ci, 1000 Fr CFA par là. Pendant ce temps, d'autres hommes commençaient à s'intéresser à Asseta et l'un d'eux, contrairement à Madi, avait une moto et était plus généreux financièrement. Asseta

décida donc de s'engager avec ce dernier tout en maintenant sa relation avec Madi. Elle était encouragée dans cette entreprise par sa mère, qui avait définitivement décidé que Madi n'était pas le mari qu'il fallait pour sa fille. Asseta se mit à entretenir des relations sexuelles avec les deux hommes. Elle se retrouva enceinte en juillet 2011 et décida d'avorter avec la complicité de sa mère, mais à l'insu de Madi. Malheureusement, l'avortement se compliqua et elles furent obligées de recourir à Madi pour les aider. C'est au cours de cette prise en charge que je fis la connaissance de Madi, qui enrageait alors contre Asseta et sa mère pour avoir éliminé son enfant. Asseta m'a confié que le père était en fait l'autre partenaire et qu'elle avait choisi d'avorter parce qu'il avait nié en être le responsable et qu'elle ne voulait pas donner à Madi un enfant qui n'était pas le sien. Mais comme elle ne pouvait pas lui révéler sa double liaison, lui qui se saignait pour lui faire plaisir, elle avait préféré le laisser croire qu'il était le père. Elle alla jusqu'à faire porter la responsabilité de l'avortement à sa mère et Madi décida alors de confronter cette dernière.

« J'ai appelé la maman et je lui ai demandé, elle a nié, qu'avec les enfants d'aujourd'hui on ne sait jamais, qu'elle n'est pas au courant. J'ai lui ai dit que si elle me cache la vérité, je vais les convoquer et on saura la vérité. Donc elle m'a dit qu'elle demande pardon pour ce qui s'est passé, que vraiment les enfants même on sait pas comment faire avec eux. Donc moi j'ai laissé tomber l'affaire pour ne pas que son papa découvre et parce que je tenais à elle ».

Malheureusement, le père d'Asseta finit par découvrir l'épisode de l'avortement. Il chassa dans un premier temps la jeune fille et sa mère de la cour, mais des négociations permirent, par la suite, à toutes les deux de rejoindre le domicile quelques jours après. Il refusa à la rentrée scolaire suivante de l'inscrire et l'envoya passer trois mois dans son village en guise de punition.

Cet entracte améliora pendant un temps les relations entre les deux jeunes, la mère ayant décidé d'accorder une chance à Madi. La déscolarisation d'Asseta la décida aussi à s'investir dans la relation et elle tomba de nouveau enceinte en janvier 2012. La famille fut informée, des rituels furent réalisés pour demander pardon et Asseta déménagea chez Madi. Toutefois, au fil de la cohabitation et suite aux remarques de la mère et de la tante d'Asseta, cette dernière prit conscience qu'elle avait fait un mauvais choix car Madi ne pouvait lui donner que de petites sommes jugées insuffisantes pour satisfaire

les multiples « envies » d'une femme enceinte. Sa mère lui citait l'exemple des autres filles du voisinage qui étaient avec des hommes « capables » et reprochait à sa fille de s'être laissé prendre la tête par un homme pauvre.

« Depuis qu'elle est chez moi les choses sont devenues pires. Asseta me fait des foutaises. Je demande à sa maman de lui parler mais elle ne m'écoute pas. Quand je lui donne de l'argent elle trouve que c'est petit, elle me dit de ne pas me foutre d'elle à cause de mon petit argent parce que si c'est l'argent, son père a l'argent. Et c'est pire quand elle va passer la journée avec sa mère et elle revient. Elle ne veut même plus me sentir. Quand je lui donne de l'argent elle le prend avec dédain ».

Madi tenta de raisonner Asseta en lui conseillant de ne pas se laisser influencer par sa mère et sa tante et briser leurs relations.

« Tu sais quoi, il y a des gens qui vont te flatter, tu vas déraciner ta propre plante, et après tu vas courir pour poursuivre l'ombre des autres arbres. Il faut savoir que la valeur d'une femme c'est dans un foyer ».

La situation s'envenima avec l'accouchement durant lequel Asseta et sa mère manquèrent de respect aux parents de Madi et à ce dernier parce qu'il n'arrivait pas à assumer, à leur goût, les charges de l'accouchement et du bébé.

« J'ai fini par aller parler avec sa mère. Je lui ai dit, vous savez, même si vous êtes plus riches que moi, sachez que vous n'êtes pas née avec, c'est un don de Dieu. C'est parce que vous voyez que je suis pauvre aujourd'hui que vous me faites tout ça, mais un jour viendra où vous connaîtrez ma valeur ».

En novembre 2012, Asseta décida de retourner chez ses parents et Madi regrette, rétrospectivement, de s'être embarqué dans une relation où il considère avoir été le dindon de la farce.

« Moi j'ai été trop bête dans l'histoire. En fait, quand elle est tombée enceinte la deuxième fois, j'aurai dû refuser la paternité. Ils allaient souffrir et me chercher avec torche pour comprendre ma valeur. Mais je leur ai facilité la tâche parce que je voulais faire du sérieux. Elle a sa cousine qui est tombée enceinte d'un homme, ils ont tout fait pour la pousser dans les bras du monsieur parce qu'il

avait de l'argent, et c'est quand elle est tombée enceinte qu'ils ont su que c'était un homme marié. Quand le monsieur a quitté la cour le jour où ils lui ont annoncé la grossesse, ils ne l'ont plus revu. Tu vois, c'est ce genre d'homme qu'ils préfèrent, les faux types là. Ils ne veulent pas les gens qui veulent faire du sérieux ».

Cette conversation a eu lieu en novembre et jusqu'en mai, elle n'était toujours pas retournée chez lui. Il m'a confié plus tard qu'elle était venue ramasser le reste de ses affaires, signe d'une rupture consommée.

« Elle a trouvé que moi j'étais un bon à rien. Elles vont tomber sur les hommes qu'elles veulent, les riches-là, et ils vont leur montrer la réalité(...). Moi je pensais que c'est quelqu'un qui voulait un foyer, mais je réalise que non, elle ne voulait rien de tout ça, c'est l'argent qu'elle voulait. En tout cas moi mes yeux sont ouverts maintenant, je ne me laisserai plus avoir encore. Moi en tout cas, si c'est aimer là, je l'ai aimé, j'ai tout supporté pour elle, mais je comprends que ça ne suffit pas toujours. J'ai su maintenant que quand tu es pauvre, il ne faut pas aller chercher une fille riche, sinon tu vas souffrir ».

Telle est l'histoire et la résolution de Madi, un homme dont l'amour a été bafoué parce qu'il était pauvre. Il a décidé après cette expérience de tout mettre en œuvre pour réussir, et en attendant, de mobiliser la ruse pour réussir ses futures conquêtes. On parvient à travers son histoire à saisir la place déterminante de l'argent, qui tout au long a façonné les choix des personnes en présence, en l'occurrence ceux de Madi, de la jeune femme et de sa mère. Si un « peu » d'amour et un besoin d'être dans une relation pour remplir les critères de la jeune femme « normale » aux yeux de ses copines et de sa mère ont expliqué l'engagement d'Asseta dans cette relation, l'argument économique a été le moteur de ses attachements et détachements. Ainsi, Asseta a été enceinte la première fois parce qu'elle cherchait à renforcer les relations avec un second partenaire plus généreux et mettre fin à celles avec celui qui l'était moins, c'est-à-dire Madi. La deuxième grossesse était, elle, la preuve de son investissement dans une relation devenue déterminante pour son accomplissement (elle n'était plus scolarisée). Madi, quant à lui, voyait dans les deux grossesses de la jeune femme un moyen d'affermir des liens que son incapacité financière menaçait de dissoudre à tout moment.

Assetou, celle qui jonglait pour gagner du temps et subvenir à ses besoins

La rencontre avec cette jeune femme a eu lieu en novembre 2011 au cours de sa prise en charge pour un avortement spontané qui s'est avéré par la suite être un avortement provoqué, comme elle me le confia plus tard. En février 2012, nous nous retrouvons dans un restaurant pour un entretien informel après plusieurs entretiens téléphoniques alors qu'elle vivait à Dori chez son petit ami. Elle est arrivée avec une moto neuve présentée comme un cadeau de son copain. Assetou a 20 ans et est sans emploi. Originnaire de Bobo-Dioulasso, elle est arrivée à Ouagadougou à l'âge de sept mois. Elle venait de perdre son père et sa garde avait été confiée à sa tante paternelle qui l'avait amenée vivre à Ouagadougou. Benjamine d'une fratrie utérine de sept enfants, elle n'a jamais été scolarisée mais s'exprime dans un français correct appris à Abidjan où elle a vécu avec sa tante.

« Je ne me sens pas différente des filles qui sont allées à l'école dèh ! Elles sont branchées et je suis branchée, elles parlent français et je parle moi aussi, la seule différence c'est qu'elles ont un diplôme. Mais ça ne me dérange pas parce que je ne suis pas dans le besoin, même si je ne travaille pas, j'ai de quoi m'occuper de moi-même ».

Elle vit seule depuis 2010 et partage son temps entre Ouagadougou, Dori et Bobo-Dioulasso où elle rend régulièrement visite à sa mère. Après un moment d'échange, elle reçoit le coup de fil d'un homme et par leur conversation, je comprends qu'il essaie de savoir avec qui elle est. Elle le rassure en disant qu'elle est avec une amie et devant l'insistance de l'homme, elle me passe le téléphone afin que je puisse corroborer ses dires. Lorsqu'il raccroche, je lui demande si c'est l'homme de qui elle était tombée enceinte. Sa réponse est négative, il s'agit d'un nouveau copain, celui qui paye le loyer de la maison où elle vit quand elle est à Ouagadougou. Quant au responsable de sa grossesse, elle m'apprend que leur relation n'est plus au beau fixe.

« On est toujours ensemble mais ce n'est plus comme avant. Il ne sait pas que je suis à Ouaga présentement. Il pense que je suis à Bobo avec maman puisqu'on était allé ensemble pour la voir tout récemment. Il m'aide pour la vieille, donc je ne peux pas le laisser, même s'il est possessif et n'est pas sérieux ».

Je m'en étonne un peu et l'interroge avec une certaine curiosité pour savoir si l'un des deux hommes (celui qui a appelé et le responsable de la grossesse) est celui avec qui elle vit à Dori : « *grande sœur c'est une autre personne [rires]. Je n'ai pas le choix* ». Je la relance alors sur ce « non choix » et elle me donne l'explication suivante :

« Si tu suis une seule personne et ça ne marche pas, tu fais comment ? J'avais un copain qui était inspecteur de la douane, je n'avais de copain que lui, tout le monde le connaissait, mais à la fin là, c'est ma copine qu'il a mariée. J'ai pris le temps de chercher un autre et ça n'a pas abouti non plus. J'ai vécu ça trois fois. C'est pour ça que j'ai décidé de ne plus compter sur une seule personne. Avant j'étais sérieuse, mais tu suis quelqu'un pendant longtemps, tu places ta confiance en la personne, et il te laisse tomber, ça fait mal et tu perds du temps. Donc moi aussi j'ai fait mon choix, je prends plusieurs hommes et si une des relations se termine bien ce sera ça. Je ne vais plus mettre mes œufs dans le même sac. En plus de ça comme ils sont nombreux, je ne manque de rien ».

J'ai réalisé ainsi qu'elle entretenait simultanément des relations avec trois hommes dont chacun jouait un rôle précis dans sa vie :

Homme 1 (H1) : la relation avec cet homme a été entamée en novembre 2010. Il a 25 ans, est issu d'une famille aisée et lui offre l'appui financier dont elle avait besoin

« Ses parents ont les moyens, son papa est conseiller dans une ambassade, donc son papa lui donne de l'argent. C'est quelqu'un qui est très généreux, il me donnait toujours de l'argent et du coup je n'avais rien à envier à mes copines. Comme moi je ne fais rien et que je n'ai pas de famille riche non plus ».

Célibataire, il voulait faire d'elle son épouse et elle l'aimait. Construire une relation avec lui était donc assurément un moyen pour avoir l'assise financière que son train de vie exigeait. Pour cela, elle décida d'en faire son « titulaire » (celui avec lequel elle a des projets de vie commune), même si elle était consciente qu'il entretenait des relations avec d'autres jeunes filles.

« Je me suis dit, même s'il voit d'autres filles, c'est moi qu'il aime, c'est moi qu'il a choisie. Les autres-là c'est pour s'amuser. Donc j'ai misé sur lui en me disant que je vais tout faire pour éloigner les autres ».

Dans cette logique, elle décida de tomber enceinte en octobre 2011, mais la grossesse lui révéla un homme possessif et exagérément infidèle. Elle décida alors d'avorter pour recouvrer sa liberté.

« Si je gardais cette grossesse et que je mettais son enfant au monde, j'allais être obligée de le supporter tout le temps, de l'avoir dans ma vie, c'est pour ça que j'ai préféré avorter. Je ne peux même pas sortir, il a même pris des gens pour me surveiller, où que je sois il sait. Quand il m'appelle comme ça il me dit qu'il savait que j'étais à tel endroit, j'étais habillée comme ça. Toi tu me contrôles, moi je supporte, et toi tu n'es pas sérieux. Quand je veux parler il passe le temps à me dire que c'est les filles qui le draguent, qu'en plus un homme a le droit de prendre jusqu'à 10 femmes. Donc je pouvais pas supporter ».

C'est suite à cela qu'elle décida de le « dé-titulariser », tout en maintenant sa relation.

Homme 2 (H2): C'est celui qui m'a parlé au téléphone. Sa relation avec lui date de 2010, elle a fait sa connaissance en même temps que H1. Il dirigeait sa propre société, avait lui aussi une bonne assise financière et constituait, donc, un bon parti bien qu'il soit marié.

« Mais le problème c'est qu'il était marié et avait deux enfants, donc il ne m'intéressait pas, c'est l'autre là qui m'intéressait. Je me disais que comme lui il était célibataire, j'allais pouvoir me marier avec lui alors qu'avec celui-là je ne pouvais rien espérer».

Elle choisit de s'engager dans une relation parallèle avec lui pour en « profiter » car, dit-elle, *« ça fait du bien d'être courtisée et les cadeaux on n'en a jamais assez »*. Elle lui attribua alors le statut d'« à côté » selon ses propres termes, ou « CDD²⁹ » selon d'autres filles. Cependant, avec l'échec de ses projets avec H1, elle redéfinit sa relation avec H2 dans un nouveau sens.

« Présentement c'est lui qui est devenu mon titulaire, je veux même faire un enfant avec lui. Je lui ai dit que je ne peux pas perdre tout mon temps à gauche et à droite, donc il dit qu'il va s'engager. Hier il a pris le numéro de ma mère, qu'il va aller la voir. Il est musulman. Il a dit que sa femme-là, qu'il l'a pas amenée à la mairie [mariage civile]».

²⁹ Contrat à Durée Déterminée

Du statut d'« à côté », il est passé depuis quelques temps à celui de « titulaire », ou encore « CDI³⁰ ».

Homme 3 (H3) : c'est l'homme avec qui elle vit lorsqu'elle se rend à Doris. Elle entretient une relation avec lui depuis décembre 2011 et définit leurs relations en ces termes :

« Lui là c'est "en attendant", je ne peux pas vivre avec lui. Il travaille au niveau des mines d'or, les sociétés minières. Il a une bonne situation, mais il aime trop les sorties, il boit trop. Si je me marie avec lui, il va aller boire un jour et venir me frapper. Mais il a pris une maison pour moi, je suis là-bas avec les copines de ses amis. C'est lui qui paye la maison ».

Elle n'exclut tout de même pas du « sérieux » avec lui un jour. En somme, ces multiples engagements dans lesquels tous les partenaires n'ont pas le même statut, lui permettent de ne manquer de rien et, surtout, de ne pas « perdre du temps ».

« Tu vois, c'est sûr qu'en faisant comme ça, je ne manque de rien, et je ne perds pas du temps, si tout va bien peut être que d'ici la fin de l'année, je serai mariée avec celui qui t'a parlé là ».

Aucun de ces trois hommes n'est au courant de l'existence de l'autre selon elle. Elle « jongle » et use de prétextes (visite chez sa grande sœur, chez sa tante, chez sa mère) pour maintenir les trois relations. Comme on a pu le voir, la grossesse figure au nombre des stratégies qu'elle mobilise pour être à l'abri du besoin et surtout se trouver un mari. Elle négocie tour à tour avec l'infidélité, la polygamie, la grossesse hors mariage, etc., des pratiques décriées ou encouragées selon les référents. Ainsi, au lieu d'être cloisonnés comme on a pu le constater dans les discours, on constate plutôt une frontière diffuse entre les référents, qui se déplacent et se modèlent en fonction des enjeux contemporains et urbains tel celui du mariage.

1.3.1.2. Le mariage, une assurance économique et sociale à acquérir

L'importance du mariage dans la trajectoire des jeunes n'est plus à démontrer. Comme on a pu le voir, le mariage (coutumier, religieux, civil) et plus généralement l'entrée dans la vie de couple constitue une pièce maîtresse dans l'acquisition du statut

³⁰ Contrat à Durée Indéterminée

d'adulte social. En effet, en plus de sa fonction assurantielle (Calvès, 1999), le mariage constitue également un moyen d'accession à la reconnaissance sociale aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Il est perçu par bon nombre de femmes comme source de respect et gage de l'identité sociale. Ainsi, les jeunes hommes et les jeunes filles sont constamment incités au mariage, avec une pression sociale accrue essentiellement pour les jeunes filles, qu'elles soient instruites ou non. Cependant, le libre choix étant actuellement plus valorisé, les démarches inhérentes à la mise en couple reposent aujourd'hui sur les acteurs concernés qui doivent alors trouver la femme ou l'homme escompté pour répondre aux exigences sociales. Ce libre choix associé à des facteurs comme la scolarisation des filles, le chômage, la précarité économique, contraignent désormais de nombreux jeunes au célibat prolongé (Calvès, 2007 ; Calvès & Schoumaker, 2004 ; Sévédé-Bardem & Gobatto, 1995). Par exemple, en 1980, le célibat à 25 ans ne touchait que 10% des jeunes citadines au Burkina Faso, alors qu'elles étaient plus de deux tiers à être dans cette situation en 2000 (Calvès et *al.*, 2006). Accéder au mariage ne dépend donc plus seulement de la volonté des uns et des autres, mais se trouve soumis à une multiplicité de facteurs qui contribuent à réduire les chances des uns et accroître celles des autres. Et comme tout repose sur les épaules de ces jeunes, c'est leur « performance » et, du même coup, leur responsabilité qui est en jeu. Ainsi un célibat prolongé sera imputé à une incapacité à se faire désirer ou à choisir. Un dicton *moaga* dit, à ce propos, que lorsqu'on laisse à la femme le choix de son époux, elle finit par ramener dans sa famille un aveugle ou un borgne. Aussi, en cas de séparation ou lorsque le jeune homme ou la jeune femme alignent des échecs sentimentaux, leur capacité de discernement est pointée du doigt. Il s'agit donc de trouver la ou le bon conjoint dans un délai acceptable, de préférence avant les 30 ans. Dans un contexte où une pluralité de facteurs rend difficile voire improbable la mise en union, et face à l'injonction de réussite, différentes stratégies sont mises en œuvre par les jeunes hommes comme par les jeunes femmes pour se mettre en couple et échapper aux contraintes induites par le long célibat. On y observe des logiques de concurrence dans les rapports hommes-femmes, hommes-hommes et femmes-femmes ou dans les rapports dans les familles (entre les filles de coépouses ou entre sœurs), qui peuvent être chargées de violence. C'est à celle ou celui qui usera au mieux de ses atouts pour parvenir à ses fins en se jouant de l'autre. Dans ce qu'on peut désormais considérer comme une « arène », la ruse est très afférente à ces stratégies et sa mobilisation donne

à voir une pluralité de pratiques et une réinvention des codes et des modalités du processus de mise en union.

1.3.1.3. *Se mettre en couple à Ouagadougou, un « marché serré »*

Sur le marché matrimonial à Ouagadougou, les hommes sont considérés comme un bien rare. Ceci s'explique en partie par le ratio homme/femme dans le pays. Les données du RGPH 2006 indiquent un rapport global de masculinité de 85 jeunes hommes pour 100 jeunes femmes. Hormis cette variable, les époux potentiels sont confrontés, comme on l'a vu, à une précarité économique qui retarde leur désir ou habilité à s'unir. Ces deux facteurs induisent une sorte de système de marché dans lequel l'offre masculine est faible par rapport à la demande féminine. Cette faiblesse de l'offre par rapport à la demande contribue à reconnaître aux hommes une plus-value qui fait l'objet d'une quête et d'un engouement. Comme le dit Boureima (28 ans) « *le prix du kilogramme d'homme coûte cher de nos jours à Ouagadougou* ». Les candidates potentielles au mariage doivent donc faire preuve d'ingéniosité pour gagner la compétition. Néanmoins, sur ce marché matrimonial où l'homme est rare, tous les hommes ne sont pas logés à la même enseigne et côtés de la même manière. Nous avons ainsi les « bons partis », les « banquables » ou les « hommes capables » qui sont les fonctionnaires, les commerçants, les « fils à papa », les hommes d'affaires et autres disposant de ressources et qui peuvent subvenir aux besoins d'une femme et offrir des présents à sa famille. Ce type d'hommes est l'espèce prisée dans l'« arène » matrimoniale parce qu'il constitue une assurance économique pour la femme et pour sa famille. C'est le type de gendre rêvé par les mères pour leurs filles car il permet de se distinguer aux yeux des coépouses et des amies. Le genre de gendre qui était rêvé par la belle-mère de Madi.

À l'inverse, on trouve une catégorie d'hommes que les jeunes femmes appellent les « rien-neux » (qui n'ont rien), les « mauvais partis », les « *talse* » (pauvres en *moore*) parmi lesquels on compte les chômeurs, les élèves, les étudiants, les jeunes diplômés sans emploi et les autres travailleurs précaires (pousseurs de barrique, vendeurs ambulants, serveurs, etc.). Ceux-là, par définition, sont sans ressources et dans l'incapacité de fournir aux jeunes femmes le confort matériel attendu d'un homme. Madi par exemple avait ce profil et nous avons vu les difficultés auxquelles il a été confronté pour établir une relation de couple avec Asseta. Ils sont la hantise de certaines mères, même si parfois ils constituent un investissement qui peut être payant dans le

futur, car la roue de la fortune tournant, ils peuvent se retrouver dans la catégorie des « banquables » grâce à un emploi bien rémunéré. Madi disait ainsi à sa belle-mère qu'il aura certainement une meilleure situation économique un jour et qu'Asseta et elle regretteraient de l'avoir rejeté. Mais toutes les filles ne sont pas prêtes à s'investir dans cette probabilité car de l'avis d'Assetou (et partagé par de nombreuses femmes) *« lorsque tu souffres avec un homme dans sa pauvreté, lorsqu'il devient riche il te préférera une autre »*.

Pour ce qui est des femmes, nous retrouvons aussi deux catégories selon la logique masculine, mais les critères diffèrent. Il s'agit des femmes de « dedans » et des femmes de « dehors ». Les femmes de « dedans » sont les femmes mariables, celles qui remplissent les critères de la bonne épouse, et les femmes de « dehors » sont celles avec laquelle on « s'amuse », avec qui on prend du bon temps, mais qu'on ne veut pas chez soi. Cette distinction « dedans » / « dehors » passe par l'habillement et le comportement. Affi, 25 ans, m'a appelée un jour, totalement outrée, car son copain avec qui elle avait passé huit ans de sa vie venait de rompre et de lui annoncer ses fiançailles. Il a justifié la rupture en faisant référence à son statut de femme de « dehors ».

« Tu te rends compte, il a dit que je suis pas le genre de fille avec qui il voulait se marier. Après tout ce que nous avons vécu ensemble en huit ans, après m'avoir fait avorter trois fois, j'ai souffert avec lui et aujourd'hui comme il a l'argent, c'est maintenant qu'il trouve que moi je ne lui conviens pas ».

Pour les jeunes femmes, il est donc essentiel de s'arranger pour être de celles qu'on considère comme une femme de « dedans ». Les enjeux féminins pour être considérée comme la femme mariable, pour trouver le bon parti, ainsi que les enjeux masculins, surtout pour les « jeunes pauvres » pour se mettre en couple donnent à voir une diversité de pratiques sur le marché matrimonial ouagalais.

1.3.2. De l'impératif de stratégies pour conquérir : usage du corps et du « paraître »

Les deux types d'hommes sur le marché matrimonial, les « bon partis » et les « rien-neux », sont préoccupés par le souci de se trouver la bonne épouse, mais ils ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés. Les hommes considérés comme « bon parti » ont en général l'embarras du choix en termes d'épouses potentielles. Tout ce qu'ils ont à

faire sur ce marché, c'est de montrer de quoi ils sont capables financièrement et d'afficher leurs ambitions, notamment le désir de se marier, pour parvenir à leurs fins. Chez les hommes sans ressources par contre, la situation est tout autre. Même si ces derniers affichent d'emblée leur volonté d'établir une relation sérieuse, ils n'obtiennent pas toujours gain de cause. On l'a vu, Madi a montré dès le début de sa relation avec Asseta son désir de l'épouser et a travaillé tout le long de la relation dans ce sens. Pour autant, cela n'a pas empêché que sa relation avec cette jeune fille se termine mal. Il faut noter aussi que ce sont parfois des jeunes hommes qui recherchent des filles ayant une certaine assise financière par elles-mêmes ou par leurs parents, car dans leur logique celles-ci auraient moins de besoins et participent à leur prestige social. Cependant, compte tenu du fort taux d'échec auquel ils se confrontent, ils développent de plus en plus de ruses comme par exemple le fait de fonctionner sur les apparences. Jacinthe Mazzocchetti (2009, p. 257) relève dans le cas des étudiants et jeunes diplômés comment le « faire semblant » est mobilisé pour tenter sa chance : « Parmi les étudiants et les jeunes diplômés, beaucoup n'ont guère les moyens d'assumer une relation, mais faire semblant peut être une manière d'attirer une fille ne serait-ce que pour un soir et de tenter sa chance. (...) Le corps et l'apparat sont des instruments de débrouille, de séduction ainsi que de reconnaissance sociale ». Il s'agit de s'afficher avec de beaux vêtements, une moto ou une voiture empruntée, d'inviter la fille dans une belle maison qu'on fait passer pour la sienne, bref, construire un monde fictif fondé sur le mensonge.

Pour les jeunes femmes, chez qui l'enjeu est de montrer aux hommes qu'elles sont une femme du « dedans », le corps et le paraître seront mobilisés dans un contexte où la concurrence est « rude ». En effet, l'imaginaire psychologique de la féminité associe la femme à son corps, à savoir la beauté et la santé ainsi que la rareté sexuelle (Théry, 1999). Cette dernière caractéristique serait décisive selon Irène Théry (1999, p.116), car c'est elle qui « lie l'imaginaire physiologique et la norme morale, les images et les usages du corps : être une “ vraie femme ” c'est non seulement avoir un corps désirable et beau, et avoir un corps sain, accueillant et prolifique, mais c'est aussi avoir un corps qui soit un bien rare au plan sexuel ». C'est ce statut de « vraie femme » qui constituera, par exemple, un atout pour une jeune femme sur le marché matrimonial. Il s'agit pour ces jeunes femmes de mettre en valeur ces attributs de la féminité et de la bonne épouse : la beauté, la santé, la capacité à enfanter, savoir rester à sa place, gérer un foyer, prendre soin de son mari, mettre au monde des enfants, respecter sa belle-

famille, etc. (Attané, 2006 ; Mazzocchetti, 2013). Cette mise en valeur se réalise à travers les vêtements, la possession des objets tels que les portables et motos, la couleur et la texture de la peau (une femme claire avec la peau soyeuse). Jacinthe Mazzocchetti pour ce qui est des étudiantes, cette fois-ci, montre que « les vêtements, les coiffures, les objets mais aussi le corps en tant que tel, sa « forme », sa couleur sont importants. (...) Le corps permet d'exister dans la société, mais aussi dans une logique de plus en plus marchande du « donnant donnant » ; il octroie la possibilité de s'inscrire dans les systèmes d'échanges où il devient parfois le seul élément de « valeur » à « donner » (2009, p. 243).

Assetou par exemple a utilisé les produits éclaircissants et disait dépenser beaucoup d'argent pour les vêtements, les chaussures et la coiffure car pour elle « *si tu n'entretiens pas ta beauté ils vont aller voir ailleurs, donc il faut tout faire pour les attirer. Les hommes aiment les femmes claires qui s'habillent bien* ». Attirer et garder les hommes passe donc par la possession des attributs de la féminité et de la modernité. Il s'agit alors de travailler à attirer les regards et plaire, mais sans en faire trop non plus au risque de rester dans la catégorie des filles du « dehors » non épousables. Et il est question surtout d'attirer le regard des hommes qui peuvent aider à rester belle et « branchée » grâce à l'argent et aux cadeaux qu'ils sont susceptibles de donner. Dans cette logique, les jeunes femmes travaillent plus à attirer le regard des « bons partis », à s'investir dans les relations pour se faire épouser et cela sans perte de temps ni errance (je reviendrai plus en détail sur cet enjeu).

Cependant, les échecs de stratégies de part et d'autres et les déceptions qui peuvent en résulter induisent à leur tour d'autres pratiques qui, à terme, brouillent les codes des jeux amoureux.

1.3.3. Des hommes « goûteurs de sexe » aux filles « vénales jongleuses ». Naviguer dans un marché aux codes brouillés.

1.3.3.1. Des hommes rares et « goûteurs de sexe »

À Ouagadougou, de nos jours, les hommes considérés comme des bons partis et ayant une assise financière, et les hommes « laissés-pour-compte » sont en rivalité pour la conquête des filles et, à ce jeu, la seconde catégorie semble perdante. La rivalité est fondée sur la volonté des premiers de tirer profit d'une situation où ils sont considérés comme rares en multipliant les conquêtes, et pour les seconds sur un désir de se jouer de

filles considérées comme matérialistes. Parmi les « bons partis », on compte, d'une part, des célibataires à la recherche de la femme épousable, et d'autre part, des hommes mariés dont la pratique consiste à cacher leur statut ou à prétexter des crises dans leur couple pour conquérir les filles. Aujourd'hui, tous ces hommes, « rien-neux » comme « bons partis » ont la réputation d'être des *yind lemsa* (expression en *moore* signifiant littéralement « goûteurs de sexe ») car ils cumulent des relations amoureuses, dont la finalité, comme l'indique Stéphanie Mulot (2009, p. 72) dans le cas des Antillais, n'est pas « l'installation dans une relation durable mais essentiellement la conquête et sa multiplication, même si la promesse d'une relation stable et officielle peut faire partie des stratégies de séduction ». Les jeunes hommes et parfois des hommes plus âgés, rivalisent ainsi d'apparats et surtout de fausses promesses, dont celle du mariage par exemple. Pour les hommes en situation précaire, il s'agit de jouer sur le paraître en donnant de soi une image qu'on n'a pas ou en s'investissant dans des domaines laissés vacants par les « bons partis » tel que le mariage.

« La fille c'est la confiance, c'est l'assurance. En fait, il n'y a pas cette fille qui ne veut pas être rassurée. On vient vous dire voilà, je vous aime, je veux qu'on se marie. À ce moment vous [les jeunes femmes] vous sentez rassurées. Vous dites que non, avec ce monsieur tout va bien se passer. Erreur ! Puisqu'à ce moment elle devient confiante, elle ouvre la voie et puis nous on passe sur l'échangeur [coucher avec la fille] » (Pierre, 26 ans, et sans emploi).

Il s'agit, comme l'illustrent ces propos, d'un jeu dans lequel la patience joue un rôle déterminant. Celle-ci permet d'instaurer la confiance et d'« endormir » ou d'« anesthésier » sa proie selon leurs termes. Pierre, explique, toujours, qu'il est doué dans l'art de la patience.

« Moi je peux personnellement attendre cinq ans pour avoir une fille, le temps de l'endormir ».

On rencontre ainsi des hommes capables de multiplier les PPS (sigle couramment utilisé et se rapportant au *pugpusom*, fiançailles en *moore*) pour pouvoir légitimer socialement la relation et avoir tous les droits sur la fille. La mère d'une des enquêtées me confiait d'ailleurs son désarroi face à l'attitude des hommes envers sa fille.

« Avant on disait qu'ils rencontraient les filles dehors sans chercher à connaître leurs parents et que c'est pour ça qu'il y avait des problèmes. Aujourd'hui ils viennent chez toi à la maison, se présenter, te dire qu'ils veulent de ta fille, que c'est pour l'épouser. Mouni même y a plusieurs personnes qui sont venus promettre ici qu'ils voulaient l'épouser, y a un monsieur qui est même venu donner la kola, il a réuni les vieux ici et après plus rien. C'est resté comme ça pendant trois ans. Après lui il y a des gens qui sont venus ici demander sa main et nous avons refusé parce que lui il était déjà là. On est resté dans ça jusqu'à découvrir un jour qu'il y avait une femme chez lui. Alors qu'il venait ici tous les jours. Il a retardé la petite là ici pendant trois ans ».

Mario, 30 ans, commerçant, confirme cette pratique.

« Moi j'ai un ami, sa technique c'est de faire les PPS des filles juste pour avoir des relations sexuelles avec elles. En réalité, nous on est capable aujourd'hui de passer, tu as un tonton ici, on va voyager aller connaître ton tonton juste pour avoir ce qu'on veut ».

On assiste ainsi à un détournement des symboles qui constituaient autrefois l'engagement et l'officialisation d'une relation, en l'occurrence le *pugpusom*, et face auquel des parents peinent à s'adapter. Il génère par exemple des tensions entre les jeunes femmes et leurs parents qui les accusent d'échecs.

Du côté des jeunes femmes, la multiplication de ces pratiques masculines fait naître aussi des stratégies visant à limiter ou déjouer leurs effets.

1.3.3.2. Des filles « vénales et jongleuses »

Le sentiment d'être « utilisées » et de perdre leur temps oblige à une redéfinition des stratégies. On observe ainsi ce que les hommes et les aînés appellent « des filles vénales qui jonglent », qui n'est autre que le multipartenariat féminin. L'exemple d'Assetou est très illustratif de ce type de pratique et on l'a aussi constaté chez Asseta, la petite amie de Madi. Il s'agit d'une pratique observée chez les jeunes contemporains et de plus en plus utilisée. Si cette pratique décriée trouve une certaine légitimité sociale chez les hommes et leur est globalement concédée (Mulot, 2009), chez la femme elle est plutôt désapprouvée. Différents termes sont utilisés pour désigner la jeune femme soupçonnée de multi-partenariat et témoignent de la réprobation vis-à-vis de cette

pratique : « elle distribue au hasard », « elle donne », « elle est très généreuse », etc. Entretenir des relations amoureuses avec plusieurs hommes est inacceptable socialement car cela donne de la femme l'image de la « prostituée » avec qui on n'envisage jamais de relation sur le long terme. Dans l'imaginaire, la femme est destinée à un seul homme, et elle devra son respect et son statut à sa capacité à être fidèle à son homme (Badini, 1978).

La dimension pécuniaire de cette pratique est souvent mise en avant pour l'expliquer. La précarité économique et sociale pousserait les jeunes femmes à s'engager dans plusieurs relations amoureuses afin de bénéficier des retombées économiques et matérielles. Les jeunes femmes s'adonnant à cette pratique reconnaissent cette dimension. En effet, à cause des épisodes de désillusions, du sentiment d'être abusées par les hommes, et aussi à cause de la précarité économique et sociale, elles conçoivent désormais leur relation avec les hommes comme une relation d'échanges et n'hésitent pas, au besoin, à les instrumentaliser pour parvenir leurs fins. Nombreuses sont celles qui entretiennent de plus en plus des relations sexuelles avec des hommes mariés ou célibataires susceptibles de leur donner de l'argent et des cadeaux, et qui rompent une fois leurs objectifs atteints. Dans ces aventures sans lendemain, elles sont guidées par l'idée que « la fin justifie les moyens », mettant en avant les intérêts pécuniaires ou matériels. Safia, 25 ans et en relation avec quatre hommes, dit avoir réalisé que les hommes ne cherchaient qu'à tirer profit des relations, et s'est alors donné pour principe d'entrer dans ce jeu où le *ri taaba* (littéralement « se manger »), selon elle, est de rigueur : les hommes cherchent à « manger » les femmes au sens physique, c'est-à-dire avoir des rapports sexuels avec elles, et les femmes veulent « manger » (profiter de) leur argent.

Cependant, l'aspect pécuniaire n'est pas l'unique motif qui guide cette pratique. Dans un contexte où se trouver un mari rapidement est un impératif, entretenir des relations amoureuses ou sexuelles avec plusieurs hommes simultanément chez les jeunes femmes obéit aussi à d'autres logiques. Il permet « d'assurer ses arrières » face au caractère souvent éphémère des relations amoureuses. Le principe consiste à avoir ce qu'elles appellent un « titulaire » ou « CDI » qui est généralement l'homme avec lequel on a des projets de mariage ; et aussi les « à côté » ou « CDD » qui constituent des garde-fous. Le but recherché est de ne pas perdre son temps, de ne pas retarder le projet de mariage. Cet enjeu peut être résumé dans le schéma suivant :

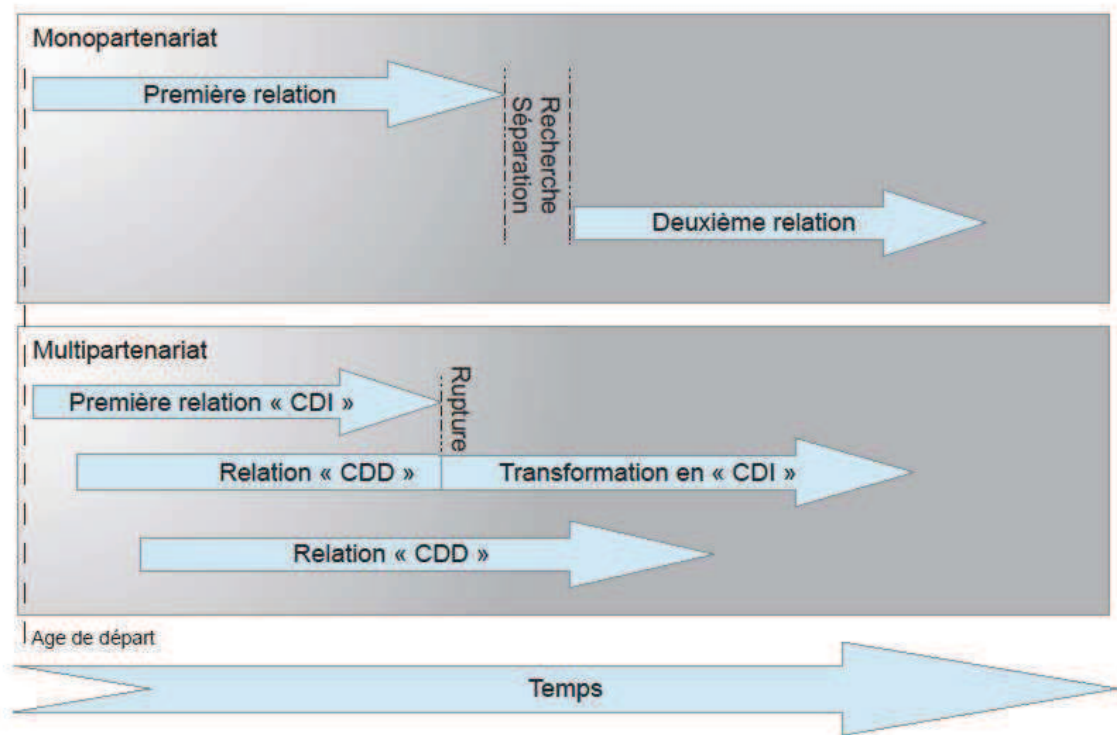


Figure 1 : Multipartenariat et rapport au temps

Comme l'illustre le schéma, le multipartenariat permettrait un gain en temps. La possibilité de puiser dans le « réservoir » de maris potentiels aiderait à concrétiser plus rapidement les projets de mariage contrairement au monopartenariat. Car le rapport au temps est très important dans la quête matrimoniale. En effet, plus la jeune femme célibataire prend de l'âge plus la pression sociale s'accroît et plus difficile est la rivalité avec des cadettes considérées comme des « fraîchinies » par les hommes et de ce fait très prisées. De la jeune femme « fraîchinie » ou encore « *bi-poolle* » (jeune fille tendre) elle passe au statut de « vieille-fille » ou « *kudre* », et voit ainsi ses opportunités de « bon mariage » s'amenuiser. Une jeune femme qui a perdu du temps peut être obligée de se contenter du premier venu, d'un « rien-neux » par exemple, juste pour entrer dans le moule social. Il faut donc travailler à ne pas se mettre en retard et réduire ses marges de manœuvre dans le choix du mari idéal. Il arrive dans cette logique qu'une jeune femme mise sur un étudiant comme titulaire, le temps qu'il devienne un « bon parti », et dans ce cas, elle se choisit des « à côté » fortunés pour assurer son quotidien. Il arrive aussi qu'à défaut d'avoir un bon parti, une jeune femme se contente d'un « rien-neux » et tire profit des bons partis déjà mariés.

Ce multipartenariat demande une habileté à jongler ou à faire semblant (surtout lorsque les sentiments ne sont pas ou ne sont plus au rendez-vous) au risque d'éveiller les soupçons des différentes personnes engagées dans la relation ou de se faire prendre. Safia, qui « jonglait » avec ses quatre hommes commençait à être fatiguée de la jalousie de son « titulaire », mais maintenait la relation parce qu'elle tenait au mariage avec lui. Pendant les deux premières années, elle s'était évertuée à faire disparaître les soupçons et à le rassurer, mais la lassitude aidant, elle avait fini par renoncer à cette tâche. De plus, lorsqu'elle se retrouva enceinte d'un autre homme et décida d'avorter, son copain s'y opposa par ce qu'il croyait en être le père et voyait dans cette situation un moyen de renforcer leurs liens.

« Il dit que lui il sait que si moi j'enlève la grossesse je vais le quitter. Je dis ah bon, “tu penses que la grossesse va faire et puis je vais rester avec toi même si je ne veux pas ?” Je dis moi j'ai eu un enfant avec quelqu'un, est-ce que lui et moi on est ensemble ? Il me dit que c'est pas la même chose, que quand je faisais l'enfant j'espérais vivre avec son papa, que c'est parce qu'il s'est passé des choses qu'on s'est séparé. Que faut pas que ce qui doit nous unir là va nous sépare³¹ ».

Son choix d'avorter renforça alors les soupçons que ce dernier avait et il finit par découvrir ses autres liaisons amoureuses. Elle a eu droit à plusieurs messages injurieux qui ont mis un terme à la relation.

« Voici le message que j'ai trouvé ce matin “tu es vraiment méchante, pire tu n'es pas sérieuse. (...) Tu me déçois et davantage par ta décision macabre [l'avortement], tu ne mérites pas la lutte que je mène pour toi, au fond tu ne vaux rien, tu ne penses qu'à toi, j'ai tout compris, grosse menteuse !”. Je n'ai même pas répondu et voici un autre message “je suis complètement déçu de toi, tu es malhonnête”. Voici les messages de ce matin, de Mon Amour hier nuit il est passé à Chère Amie “bonjour chère amie, j'espère que la vie est belle, après tout je te souhaite beaucoup de chance et plein de succès, que Dieu veuille sur Didi (mon enfant-là), faut pas qu'il grandisse trouver que chaque soir des hommes viennent chercher sa maman pour juste aller assouvir leurs désirs. Tu fais honte à tes

³¹La grossesse et l'enfant sont supposés créer des liens et l'avortement empêcher, voire détruire ces liens. J'y reviendrai en détail dans le point 4.

parents. Tu es sadique, vouée à la défaite. Dieu guide toujours les pas des justes. Dire que je te voulais pour épouse, quel malheur ! Je remercie Dieu pour la nuit d'hier, nuit de révélation !" ».

Comme on peut le voir, « jongler » n'est pas toujours sans risque. En plus des répercussions sanitaires que cette pratique induit dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida, elle peut être source de conflits et de violence. Si le petit ami de Safia s'est contenté de messages injurieux, d'autres s'en prennent physiquement aux jeunes femmes à cause du sentiment d'avoir été abusés ou escroqués.

En somme, sur le marché matrimonial aujourd'hui à Ouagadougou, on rencontre des hommes dont l'objectif est de trouver la fille du « dedans » tout en prenant du plaisir avec les autres. Face à eux se trouvent des jeunes femmes guidées par la logique de trouver le « bon parti » sans perdre de temps et qui profitent des « à côté ». Lorsque les logiques masculines et féminines s'emmêlent sur le marché matrimonial, on assiste à un brouillage des codes dans lequel le vrai et le faux deviennent difficilement dissociables. Cela qui contribue à créer des projets d'union vagues donnant lieu à des intentions de fécondités floues ou conflictuelles (Rossier, Sawadogo, & Soubeiga, 2013), et susceptibles d'induire des grossesses.

1.3.4. Quand les enjeux relationnels rendent floues ou conflictuelles les intentions de fécondité

Dans les différents parcours de vie présentés jusqu'ici, on a pu constater la survenue de grossesse dont une bonne partie s'est soldée par des avortements. Il s'agit de saisir dans ce point, les logiques desquelles procèdent ces grossesses.

1.3.4.1. De l'importance sociétale de l'enfant

La procréation dans la société burkinabè a fait et continue de faire l'objet d'une promotion sociale essentielle. Avoir un enfant participe à des intérêts privés comme sociétaux : asseoir son statut d'homme ou de femme, obtenir à travers l'enfant un certain confort matériel, remplir un devoir social, etc. Karim, 32 ans, voit en l'enfant un moyen de devenir un « vrai homme ».

« Avoir un enfant, d'abord, c'est pour moi vivre une expérience de père. Et je pense que cette expérience nous sert beaucoup, ça nous donne une autre

dimension de la vie. Être homme c'est bien, mais qu'est-ce qu'il faut faire dans la vie pour être un homme ? Il y a beaucoup de chose dont la paternité. Être père ça permet d'être pleinement homme, un vrai ! » (enseignant, vit en concubinage et une expérience d'avortement).

La parentalité, dans l'imaginaire, participe ainsi à la construction des identités masculine et féminine. Yris Ertugral (2012, p. 26) relève qu'une même norme est établie pour les deux sexes, mais avec une légère différence : « Être femme c'est être mère, c'est inscrit dans la chair, c'est inhérent à la femme. Être homme c'est être responsable, c'est être père ». Pour la femme par exemple, de nombreux travaux ont montré l'importance centrale de la maternité dans la construction de l'identité féminine et la blessure fondamentale dans la féminité que peut représenter la perspective de ne pouvoir enfanter (Descarries & Corbeil, 2005 ; Fine, 2001 ; Grenier-Torres, 2009). En effet, le vécu génésique de la femme s'inscrit dans des contextes de croyances et de modèles qui entourent le rapport à la procréation dans les différentes sociétés. Les femmes font, de fait, l'objet d'une éducation qui tend à les préparer à leur rôle de reproduction (Grenier-Torres, 2009). Les nombreuses chansons et légendes sur l'infertilité ou la quête d'enfant viennent constamment illustrer et rappeler cette importance de la maternité dans la vie de la femme.

Par ailleurs, la parentalité figure au nombre des étapes permettant le franchissement du seuil qui signe le passage du statut de jeune à celui d'adulte. D'où son caractère déterminant dans une trajectoire de vie jeune. Autant d'enjeux qui peuvent faire naître chez les jeunes un désir de grossesse ou d'enfant. Le désir de grossesse peut ainsi procéder de la recherche d'une preuve de sa fertilité (se rassurer qu'on pourra remplir son rôle d'épouse), d'un besoin de préserver son couple, etc.

1.3.4.2 Mais une nécessité de préparer la parentalité

Toutefois, les discours, notamment ceux de jeunes, relèvent qu'on ne devient pas parent de n'importe quelle manière. Les recherches socio-anthropologiques sur les générations antérieures et dans différentes sociétés ont déjà montré qu'être mère ou père obéit à des règles et des codes sociaux qui évoluent avec le temps et les enjeux socioéconomiques. Ainsi, les changements sociaux-économiques depuis la fin du XX^{ème} siècle, la vie quotidienne dans les milieux urbains s'organise à travers des projets de vie, situation que Boltanski et Chiapello (1999) nomment « cité par projet ». Dans ce

contexte, l'enfant est envisagé par les jeunes rencontrés en termes de projet et toute grossesse non prévue est perçue comme un « accident ». Kassoum, un homme de 32 ans, a répété durant tout l'entretien que nous avons eu que la parentalité était quelque chose qui ne s'improvisait pas.

« Moi je considère qu'un enfant est couteux aujourd'hui dans notre contexte et quand il faut mettre au monde un enfant il faut lui donner toutes ses chances, c'est-à-dire faire en sorte que l'enfant soit dans des conditions matérielles assez acceptables, pas vivre dans le luxe ou dans le confort, mais en tout cas le minimum vital. Voilà, il n'y a pas d'improvisation dans la paternité. Moi je ne suis pas un partisan du "comme c'est Dieu qui donne, c'est lui qui va pourvoir". Nous sommes combien de milliards sur la terre? Notre contexte de vie aujourd'hui ne permet plus de penser comme ça, cette façon de voir les choses est dépassée. Et même au temps où il y avait une certaine solidarité, moi je pense qu'il ne faut pas abuser de la solidarité, c'est l'abus de la solidarité qui tue la solidarité en fait. C'est pas parce que la communauté est là que tu te permets de faire des choses et tu veux faire porter le chapeau et la responsabilité aux autres. » (enseignant, vit en concubinage, une expérience d'avortement avec sa compagne).

L'enfant est certes perçu comme un bien communautaire, mais uniquement dans sa dimension symbolique. Pour ce qui est de sa prise en charge (surtout matérielle) elle incombe presque exclusivement à ses géniteurs. On ne fait donc plus d'enfant parce qu'on doit le faire, mais parce qu'on peut s'en occuper, le prendre en charge. La perception de l'enfant comme figure de réussite sociale et affective incite à vouloir le doter de tous les biens affectifs et matériels possibles (Deschambault, 1997) et de ce fait, on ne peut donc le laisser venir « par hasard » (Avon, 2001).

« J'ai eu l'occasion de vivre dans une cour commune où il y avait de petits enfants qui envahissaient ma maison chaque jour que Dieu fait. J'ai également eu l'occasion de voir que c'était des enfants qui étaient bien entourés, aimés par leurs parents, bénéficiant de bons soins et ça faisait honneur à leurs parents. Ça m'a beaucoup inspiré aussi, je dis si un jour je devais avoir un enfant, il faut que ça soit un enfant qui puisse avoir les mêmes conditions que ces enfants qui viennent s'amuser avec moi. » (jeune homme de 28 ans, célibataire).

Cette conception de la parentalité fait en sorte qu'elle requiert en conséquence une préparation. Celle-ci implique d'avoir un revenu qui permet d'assumer les charges, d'avoir son propre domicile et, pour ceux qui sont très attachés aux valeurs de la « vieille école », d'être marié.

Avoir un enfant serait aussi une décision qui se prend à deux. L'homme et la femme qui entretiennent des relations sexuelles doivent nécessairement s'accorder sur l'envie d'avoir ou non un enfant, et sur le moment d'avoir cet enfant. Lorsque Kassoum entama sa relation avec sa petite amie, celle-ci manifesta un désir d'enfant au bout d'une année, désir pour lequel il n'était pas prêt.

« Quand la relation s'est beaucoup consolidée, ça faisait environ deux ans qu'on était ensemble et elle savait que c'est avec elle que je voulais faire ma vie, il a été question de faire un enfant, surtout elle en tout cas elle désirait ardemment avoir un enfant. Bon, on a discuté et moi je lui ai dit que je n'étais pas prêt, je disais qu'il fallait d'abord que je m'installe. Je venais d'avoir mon boulot et il fallait passer par l'école de formation, attendre la longue procédure d'intégration dans la fonction publique pour enfin bénéficier de son premier salaire, etc., etc. Donc y avait tout ce tralala qui faisait que je n'étais pas prêt. Elle a compris et elle a attendu, et c'est quand j'ai été prêt qu'on a eu notre premier enfant ».

Interrogé sur ce qui serait advenu si sa compagne s'était retrouvée enceinte malgré son intention de ne pas vouloir d'enfant en ce moment-là, il évoque la trahison et le refus d'assumer cette paternité.

« Moi je considère ça comme une trahison puisque je pense que j'ai passé un message. Si elle est contre le message elle doit me le dire ouvertement "non je ne peux pas attendre, il faut qu'on fasse, on va s'assumer". Et dans ce cas-là j'hésite pas, d'ailleurs quand c'est arrivé un an après la naissance de notre enfant alors que je lui avais dit de prendre ses précautions pour ne pas tomber enceinte de suite, je lui ai dit que j'en voulais pas, et elle a été obligée d'avorter ».

Comme on le voit avec Kassoum, le refus d'assumer une paternité découle parfois de cette improvisation. Ainsi, la parentalité normale et idéale se négocie à deux, doit s'inscrire dans un projet de vie et nécessite une gestion du « risque de grossesse ».

1.3.4.3. Prévenir la grossesse. Des rapports différenciés au risque

« Le risque de grossesse », de quoi parle-t-on ?

Le contrôle de la fertilité a toujours été l'objet d'enjeux (politiques, étatiques, personnels, économiques, etc.) qui font de la grossesse « un risque » surtout dans les moments où elle n'est pas souhaitée. Dans les « cités par projet » (Boltanski & Chiapello, 1999) le terme « accident » est souvent associé aux grossesses non planifiées en raison de son caractère inattendu et non souhaité. Être enceinte alors qu'on ne le souhaite pas, lorsque les conditions pour cette maternité ne sont pas réunies, est élevé au rang d'accident tout comme un accident de la route, ou toute forme d'infortune qui peut avoir des conséquences fâcheuses dans la vie de la personne qui le subit. Tout est ici en lien avec les perceptions de la parentalité et de ses implications dans une trajectoire de vie. Dans le cas des adolescentes et des jeunes femmes célibataires, la grossesse, selon Charlotte le Van (1998, p. 25) est toujours évoquée en termes de risques et de problèmes, et celle-ci le serait moins dans le sens de risques médicaux que sociaux : « Tout comme les essais de quantification du phénomène, les efforts d'objectivation de la grossesse adolescente par le discours savant paraissent un tant soit peu contestables. Manifestement, ils ne suffisent pas à cerner les déterminants, voire les motivations des grossesses et des maternités, mais tendent plutôt à construire les difficultés individuelles dans une perspective causaliste afin de conforter la norme de l'âge socialement acceptable pour enfanter ». Dans les faits, ce n'est pas la grossesse à un âge jeune qui pose problème parce que les femmes étaient pendant longtemps mariées très jeunes -15, 16, voire 14 ans- et la maternité chez elles ne constituait pas un problème. Ce qui est en cause est plutôt la grossesse chez la jeune célibataire. En effet, dans les étapes permettant de franchir le seuil de l'âge adulte, la grossesse est idéalement la dernière étape. Et lorsque la grossesse intervient avant, elle devient un accident dans la mesure où elle est susceptible d'avoir des répercussions sur le mode « idéal » de transition pour une jeune femme (j'expliquerai plus loin les perceptions autour de cette grossesse chez la célibataire, qui devient « gâtée »). Ainsi, l'éducation aide à faire prendre conscience du caractère anémique de cette grossesse et participe à sa construction en tant que « risque ». La matérialisation ou non du risque défini par Ulrich Beck (2008, p. 60) comme « l'évènement-non-encore-survenu-qui-motive-l'action » et qui doit son existence sociale et sa légitimité à ses effets induits latents, dépend des mesures que prennent les individus en amont pour le prévenir. Face au « risque » de grossesse, différentes mesures sont mises en œuvre depuis l'Antiquité pour réduire la vulnérabilité.

Les méthodes utilisées pour contrôler cette fécondité ont connu une évolution dans le temps. Ainsi, aux méthodes dites naturelles (coït interrompu ou abstinence périodique), succéderont au XX^{ème} siècle les méthodes modernes de contraception constituées de dispositifs mécaniques comme le stérilet et des méthodes médicales (pilule, implant, injection par exemple). Les méthodes médicales sont constituées de substances à activité hormonale agissant sur le fonctionnement des organes reproducteurs. Le principe est d'utiliser ces méthodes durant les périodes où la femme ou le couple ne désirent pas procréer, et d'en arrêter l'utilisation une fois que la grossesse cesse d'être un risque, c'est-à-dire lorsque le désir de grossesse se manifeste.

La problématique de l'accès des jeunes à la contraception, mythe ou réalité ?

Au cours d'une des discussions de groupe, un débat est survenu autour de la notion « d'accident » et de « grossesse non planifiée ». Une des participantes à la discussion avait avancé comme motif de recours à l'avortement la référence à l'« accident ». Son argument avait soulevé une indignation chez l'un des jeunes hommes présents.

« Moi je ne suis pas d'accord avec cette histoire d'accident parce qu'on a tout à notre disposition pour éviter les grossesses non-désirées. Donc je ne peux pas comprendre aujourd'hui, surtout au XXI^{ème} siècle où on parle de contraception partout, même dans les villages reculés on en parle, et c'est pratiquement gratuit, donc je ne peux pas comprendre qu'après tout ça, une fille dise qu'elle a été surprise ».

Le Burkina Faso est engagé depuis plusieurs années dans une phase de diffusion de programmes de planification familiale dans un souci de maîtrise de la croissance de sa population, mais aussi et surtout pour l'amélioration de la santé maternelle (cinquième des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement) (Guengant, 2011). C'est au regard de ce contexte que ce jeune homme a réfuté l'argument de l'« accident », sous-entendant la possibilité pour toutes les femmes d'accéder à ces méthodes. Pourtant, l'accès des jeunes à la contraception a pendant longtemps constitué un problème. Différents travaux ont en effet souligné les difficultés d'accès à la contraception que rencontraient les jeunes au Burkina Faso, malgré une politique nationale qui prône leur utilisation (Amnesty International, 2009 ; Bationo 2007). Il s'agit notamment du déficit d'accès à l'information ainsi que les contraintes auxquelles

se confrontent les jeunes dans leur quête de méthodes contraceptives au sein des structures sanitaires. En effet, la contraception aux fins de planification familiale a été longtemps prônée et perçue, aussi bien au sein des populations que dans les structures sanitaires, comme l'affaire de femmes qui vivent en couple. De ce fait, les jeunes célibataires n'étaient pas attendues dans les services de planification familiale et lorsqu'elles s'y rendaient, elles se confrontaient à des agents qui n'étaient pas toujours réceptifs à leur égard (Ouattara et al., 2009; Guillaume, 2006). Depuis, différentes mesures ont vu le jour pour pallier ces difficultés avec le monitorat des agents de santé pour améliorer l'accueil des jeunes dans les structures sanitaires et l'ouverture de « centres jeunes » où il leur est possible d'accéder aux informations et conseils, aux méthodes contraceptives et à des soins gynécologiques. Pour ce qui est de l'information, face au tabou et au silence autour de la sexualité dans les familles, des actions ont été mises en place à travers les campagnes de sensibilisation dans les médias, lycées et collèges, les dépliants, les affiches, etc. Quant à celles qui ne sont ni instruites ni alphabétisées, des interventions ciblées (marchés, salons de coiffure etc.) ou des campagnes publicitaires dans les langues locales sont élaborées par les institutions étatiques et des ONG comme l'ABBEF, ASMADE, Marie Stopes International, etc. De même des subventions permettent de réduire les barrières financières d'accès : une plaquette de pilule coûte par exemple 100 Fr CFA dans les structures sanitaires publiques comme dans les cliniques des ONG. Au vu de cet ensemble de politiques et d'actions, on peut sans conteste affirmer que l'information sur les méthodes contraceptives est largement diffusée, et qu'une jeune femme qui veut opter pour une contraception est à même, en théorie, d'y accéder pour peu qu'elle se rende dans une structure sanitaire ou dans les centres prévus à cet effet. Toutes les jeunes femmes que j'ai interrogées au cours de cette étude avaient d'ailleurs connaissance d'au moins une méthode de contraception.

Le déficit d'information et les difficultés d'accès aux centres de santé et aux méthodes contraceptives ne constituent donc quasiment plus un frein à leur utilisation et ne suffisent plus comme raisons pour justifier l'absence de pratiques contraceptives chez certains jeunes à Ouagadougou. Celle-ci est à expliquer par d'autres facteurs. Il s'agit en premier lieu des dysfonctionnements dans la mise à disposition des moyens de contraception dans les structures (les ruptures de stocks, l'organisation, les horaires, etc.). Dans le cas de l'ABBEF par exemple, la longue attente est souvent mise en cause

par les jeunes femmes et je l'ai personnellement constatée. La clinique de Ouagadougou étant très fréquentée par les femmes, il est parfois nécessaire d'attendre trois ou quatre heures pour bénéficier d'une méthode de contraception. Or, lorsque la jeune femme est employée et ne dispose que de peu de temps pour venir chercher sa contraception (parfois elle s'y rend à l'insu de ses employeurs), la longue attente peut l'amener à y renoncer, la préservation de son emploi étant prioritaire. De même le nombre élevé de clientes oblige parfois le personnel à refuser certaines clientes qui choisissent de ne plus revenir.

En second lieu, les barrières sociales sont une des causes de la non-utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes. En effet, comme le souligne Charlotte Le Van (1998), l'information sur la contraception, telle qu'elle est véhiculée par le discours social et médical, n'est pas toujours adaptée au vécu adolescent et jeune. Dans le cas des jeunes en France, elle montre que ce qui est reproché à l'information diffusée, c'est de n'avoir pas su concilier discours technique et discours « romantique ». Les messages sur les contraceptifs seraient souvent ambigus, voire traumatiques : ils sont présentés comme des méthodes pour se prémunir contre les grossesses mais en même temps les dangers de ces méthodes anticonceptionnelles sont soulignés, notamment le risque de cancer, de maladies cardio-vasculaires, de stérilité, etc. La structure des messages que les jeunes reçoivent les mettrait en situation de double contrainte, ce qui peut générer des « conduites somatiques » ou des « actes manqués » contraceptifs. Leurs comportements en matière de contraception sont en effet influencés par le paradoxe que créent un discours médical et un discours social et/ou familial, propageant des craintes comme celle de la stérilité.

Les idées reçues sur les effets stérilisants des méthodes contraceptives sont prégnantes dans le contexte burkinabè. Elles sont constamment revenues dans le discours des jeunes femmes interrogées. L'une d'elles pensait à leurs répercussions sur l'appareil reproducteur.

« On dit que ce n'est pas bon, que ça rend stérile. Il paraît que ça s'entasse dans le ventre et ça finit par boucher l'utérus, et après on ne peut plus avoir d'enfant »

Des trompes à l'utérus, les substances contenues dans les contraceptifs comme la pilule, les implants ou les injectables s'attaqueraient aux organes reproducteurs de la femme pour, à terme, causer la stérilité. L'origine de cette croyance paraît difficile à

déterminer. Il s'agit d'une forme de rumeurs de par la manière dont elle s'énonce « *il paraît que* », « *on dit que* ». D'aucuns pensent tout de même qu'elle proviendrait des opposants fervents à la contraception parmi lesquels on compte les leaders religieux. L'une des jeunes femmes avec qui j'ai discuté relate, en effet, avoir reçu l'information d'une amie qui l'aurait entendue, quant à elle, pendant un prêche dans son église.

Contrairement aux femmes mariées ayant déjà entamé leur parcours génésique et qui cherchent, à travers la contraception, à espacer ou à arrêter leur procréation, « devenir stérile » pour la jeune femme célibataire aspirant à la maternité revêt un tout autre sens. Chez les jeunes femmes qui n'ont pas encore entamé leur parcours génésique, le recours à la contraception vise à différer l'entrée dans la parentalité le temps pour elles de réunir les conditions propices à celle-ci (se fiancer, être mariée, finir ses études, trouver un emploi, etc.) (Amsellem-Mainguy, 2009). Il s'agit donc, pour elles, de différer la maternité sans la compromettre compte tenu de la place fondamentale qu'elle occupe dans la construction de leur identité et dans la conjugalité (Bajos et al., 2013). Or, les contraceptifs modernes compromettraient cette possibilité d'accéder à la maternité en temps voulu de par l'incertitude qu'elles génèrent autour de cette probable infertilité. L'altération temporaire de la fécondité dans les premiers mois suivants l'arrêt des méthodes contraceptives (Barnhart et al., 2009) ou d'autres problèmes d'infertilité qui coïncident avec l'utilisation de ces méthodes contribuent à renforcer cette croyance. Elle induit par conséquent des pratiques diverses chez les jeunes femmes allant du refus à l'utilisation sporadique des méthodes contraceptives.

Ainsi, l'idée reçue sur le rapport entre « contraception et stérilité » est une réalité. Son origine, dans les pays en développement comme le Burkina Faso, peut être recherchée, entre autres, dans la manière dont les méthodes contraceptives modernes ont été introduites dans ces pays et présentées aux populations. Contrairement aux pays occidentaux où l'avènement de ces contraceptifs est partie d'une base militante née de l'expression d'un besoin de libéralisation et d'accès à ces méthodes, dans les pays en développement, notamment africains, elles ont été introduites à la faveur de politiques de population visant à réduire la croissance démographique (Ela & Zoa, 2006) impulsées par des organismes comme l'OMS, la Banque Mondiale ou le FMI. Dans un contexte où les pays en développement sont accusés de « faire trop d'enfants », associé à une conscience d'une volonté de l'Occident d'avoir une main mise sur la fécondité des

pays pauvres pour prévenir les flux migratoires par exemple (Ela & Zoa, 2006), on assiste à la naissance d'une psychose selon laquelle les pays occidentaux seraient prêts à tout pour parvenir à leur fin, quitte à passer par des méthodes contraceptives pour rendre stériles les femmes et les hommes. Des idées circulent sur des préservatifs contenant des produits pour rendre inféconds les hommes et des pilules qui rendent infécondes les femmes.

Cependant, cette croyance, malgré sa forte présence au sein des populations, fait l'objet d'une faible attention. Dans l'Enquête Démographique de Santé (EDS) 2010 du Burkina, la rubrique concernant la contraception ne la mentionne aucunement. Or dans un contexte de faible taux de recours aux méthodes contraceptives malgré des politiques visant à lever les diverses barrières, ces représentations devraient porter le label « problème de santé publique » et faire l'objet d'un investissement au même titre que celui accordé aux questions de coûts ou de barrières géographiques. Car des femmes qui ne désirent pas nécessairement d'enfant et qui réunissent les conditions d'accès à ses méthodes les refusent pourtant et sont susceptibles d'être vulnérables aux grossesses non planifiées.

En troisième lieu, figurent les intentions de fécondités floues et conflictuelles (Rossier, Sawadogo & Soubeiga, 2013) qui naissent des enjeux au sein des relations amoureuses et des stratégies pour acquérir le statut d'adulte à travers la parentalité et le mariage.

1.3.5. "L'enfant pion", une stratégie pour se mettre en couple

Dans la perspective de la débrouillardise pour se mettre en couple, et dans la continuité des stratégies et des ruses afférentes, l'enfant est utilisé comme un « pion » tant par les jeunes femmes que par les jeunes hommes pour parvenir à leurs fins.

1.3.5.1. « La grossesse piège ». L'enfant pour se faire épouser ou imposer une relation

Planifier une grossesse dans une relation en construction est l'une des stratégies sur le marché matrimonial. Ces grossesses qualifiées, de « grossesses pièges », peuvent procéder d'une décision personnelle, celle de la jeune femme, ou d'une décision à deux, c'est-à-dire de concert avec le partenaire sexuel. Voici trois cas de figure de relations dans lesquelles ce type de choix est fait.

Margie est une vendeuse de fruits célibataire de 26 ans. Elle entretenait une relation amoureuse avec un homme et espérait voir la relation se solder par un mariage car ce dernier répondait aux critères du mari dont elle rêvait : il est commerçant avec une bonne situation économique, il est généreux et de plus elle en est amoureuse. Cependant, au bout d'une année de relation, son rêve de mariage commença à voler en éclats car elle découvrit que son petit ami entretenait une relation avec une autre jeune femme. Ses menaces et ses scènes n'y faisant rien, elle choisit de prendre une longueur d'avance sur sa rivale pour forcer son compagnon à la choisir en recourant à une grossesse.

« J'ai fait exprès de tomber enceinte parce que je voulais faire chanter mon salaud de copain. Il sort avec une pétasse et je sens qu'il veut me quitter. Donc si je suis enceinte il n'ira nulle part ».

Elle décida pour cela d'avoir avec lui des rapports sexuels non protégés durant toute sa période d'ovulation en lui faisant croire qu'elle était dans la bonne période.

« Je lui ai dit "toi aussi, est-ce que moi je suis folle pour tomber enceinte actuellement ?, tu veux que mes parents me tuent ? Rassure-toi, je suis dans ma bonne période", et il m'a cru ! ».

Dans le cas de Safia par contre, ce n'est pas le spectre de la rupture qui a guidé son choix de devenir enceinte de l'homme avec lequel elle entretenait une relation depuis une année. Âgée de 25 ans, déjà mère célibataire et sans activité professionnelle, son multipartenariat et ses sorties nocturnes étaient source de conflits récurrents avec sa mère. De plus, elle disait aussi en avoir assez des remarques des gens de son quartier sur son statut de mère célibataire vivant toujours chez ses parents. Un jour pendant que j'étais assise avec elle devant leur domicile, l'une de leurs voisines qui passait plaisanta avec elle : « *vieille go ou bien c'est go³² pauvre là même* ». Même si nous avons toutes éclaté de rire et qu'elle lui a répondu en plaisantant « *appelle moi comme tu veux, je m'en fous* », Safia me confia à quel point ce type de plaisanteries devenait à force insupportable : « *C'est à cause de tout ça là que je veux partir, parce que les gens profitent de la plaisanterie pour te dire des choses qu'ils pensent au fond d'eux* ». Elle

³² Équivalent du terme « nana ».

décida alors de tomber enceinte afin de quitter le domicile de ses parents et ne plus subir les injures de sa mère et les allusions des gens du quartier par rapport à son célibat.

Enfin, nous avons le cas d'Oumou, une étudiante de 23 ans. Issue d'une famille musulmane et très pratiquante, elle entretenait une relation amoureuse avec un homme depuis deux ans et ils avaient le projet de se marier. Cependant ses parents s'opposaient à leur union parce que son petit ami était chrétien.

« En fait mes parents sont des analphabètes, donc tu vois non? Quand tu veux faire raisonner quelqu'un qui est analphabète, c'est trop dur. On n'avait pas les mêmes visions, ça faisait que c'est trop dur ».

La solution fut trouvée, de commun accord avec son petit ami, dans une grossesse qui à leur yeux, contraindrait les parents à accepter leur relation.

Tout comme ces trois jeunes femmes, 14 autres ont affirmé avoir délibérément œuvré pour être enceintes. Les « grossesses pièges » sont le résultat de jeux d'actrices (et parfois d'acteurs) face aux contraintes sociales auxquelles elles sont confrontées dans leurs tentatives de mise en union. Parmi ces grossesses, on retrouve celles qui sont planifiées du fait d'enjeux au sein du couple, et le « piège » dans ces cas de figure est destiné au partenaire sexuel afin de créer et/ou de renforcer des liens, ou encore pour tester ses sentiments. Dans cette perspective, plusieurs jeunes femmes s'investissent dans des relations amoureuses où elles prennent des risques à dessein avoué ou inavoué d'être enceinte et de se faire épouser, avec à l'idée que le mariage leur procurerait une sorte d'assurance sociale et économique ainsi que la reconnaissance sociale. On retrouve également la « grossesse piège » prise de concert avec l'homme et dont le « piège » vise d'autres personnes dans l'entourage, notamment les parents. Ces deux pratiques se fondent sur la certitude que la grossesse arrivera à imposer l'union de par la forte portée symbolique de l'enfant et le souci d'éviter une naissance hors norme (j'y reviendrai plus en détail dans le chapitre suivant). En effet, la croyance qu'un homme ou sa famille se refuseront à abandonner leur « sang » et voudront créer les conditions propices à son éducation, notamment le mariage, est très présente. Cette croyance est renforcée par la connaissance de pratiques qui ont toujours eu cours face à ce type de procréation, comme par exemple les hommes qui s'adonnaient au rapt de femmes et ne les ramenaient qu'après qu'elles aient eu un ou deux enfants (Badini, 1978 ; Gruénais, 1985a). Lorsque le « piège » s'adresse à des personnes en dehors du couple, il procède

de l'idée qu'un parent ne prendra pas le risque d'assumer la double honte induite par une procréation hors mariage : avoir sa fille qui procréé hors des liens du mariage et de surcroît d'un enfant « bâtard ». Ce parent se verra donc contraint par ce « piège » à laisser se développer un projet de couple auquel il s'opposait.

1.3.5.2. La promesse d'enfant pour avoir des rapports sexuels

Le désir d'enfant et l'incitation à l'enfantement servent de plus en plus aux hommes comme tactiques pour bénéficier des faveurs des jeunes femmes. Pour les jeunes hommes célibataires, l'argument de l'« enfant » est utilisé comme preuve d'un désir d'investissement dans une relation. Dans un contexte de précarisation de leur situation économique où l'argent occupe une place importante dans les relations amoureuses (Attané, 2009b ; Mazzocchetti, 2009), ils rivalisent dans l'arène des « jeux amoureux » avec des hommes mariés qui ont généralement un avantage matériel sur eux. Ces hommes mariés offriraient d'énormes possibilités financières aux jeunes femmes, à l'exception du cadre essentiel, celui du mariage et/ou la possibilité d'avoir un enfant. En tant que jeunes célibataires sans ressources, étudiants, jeunes sans emploi ou nouveaux fonctionnaires, ils s'accaparent donc de ce champ pour obtenir les faveurs des jeunes femmes en énonçant leur désir d'enfant. À cause de la forte portée symbolique de l'enfant et du mariage, évoquer ces événements pour une femme célibataire traduit le sérieux de l'individu et de la relation qu'il propose.

« Aujourd'hui on est sur le même terrain que des tontons avec des grosses voitures alors que nous on n'a rien. On part perdant d'avance, donc nous aussi on trouve des techniques pour aller. Quand tu parles de mariage et tu lui dis que tu veux un enfant, c'est à ça quoi elle succombe le plus ! Si on dit qu'on va partir vers elles sans technique, elles vont nous refuser, elles vont nous ridiculiser » (étudiant de 28 ans, célibataire).

Ces évocations constitueraient un « talon d'Achille » des jeunes femmes dans les « jeux amoureux ». Il s'agirait du type d'argument susceptible de briser les barrières qu'elles dressent dans l'accession au plaisir des hommes.

La vulnérabilité vis-à-vis de l'argument du mariage et de la parentalité semble s'intensifier avec l'âge des jeunes femmes comme en témoigne le cas de Talato, 31 ans et célibataire. Après un avortement en septembre 2011, elle avait opté pour une

contraception le temps « d'être prête », c'est-à-dire de se marier ou à défaut de se fiancer. En septembre 2012 elle fit la connaissance d'un homme qui l'aurait incité à enlever son implant.

« Il m'a dit d'enlever le Norplan [implant], que lui il veut de moi sérieusement, qu'il veut faire un enfant avec moi. Je lui ai dit dans ce cas épouse moi et on pourra faire l'enfant. Il m'a dit que qu'est-ce que je m'imagine? Que moi je pense qu'avec mon âge-là je peux exiger qu'un homme m'épouse avant que je lui fasse un enfant? Que je ferai mieux d'accepter de faire l'enfant pour espérer le mariage ensuite ».

Devant l'insistance du monsieur, elle finit par accepter de retirer son implant alors que la grossesse qui avait conduit à son premier avortement était survenue dans des conditions similaires. Lorsque Talato se présente au service de planification familiale pour le retrait de son implant, elle explique cette démarche comme murement réfléchie et consécutive à un projet imminent de mariage. Lorsque je l'interroge, une semaine plus tard sur sa préparation à assumer seule une grossesse, elle confie ne pas l'être.

Je ne suis pas prête. Tu sais pourquoi je suis pas prête? Parce que rien n'est encore fait. Il n'a pas fait de présentation de famille, il ne m'a pas épousé, rien n'est encore fait. C'est pour ça que je ne suis pas prête à avoir un enfant. Donc si jamais je suis enceinte et qu'il change d'avis, le mieux pour moi ce serait de mourir plutôt que garder cette grossesse. J'ai déjà un enfant, au lieu de trouver un mari pour m'en aller, c'est un autre enfant que je ramène dans la cour encore, et personne ne pourra me croire si je dis que le monsieur m'a flattée pour me mettre dans cette situation, puisque c'est moi même qui suis allée enlever le Norplan, ça voudra dire que je voulais ».

L'obéissance au désir de son nouveau compagnon est pour elle une réaction à une situation complexe.

« Moi je réfléchis court, je vois pas loin et j'ai aussi mis dans ma tête que les hommes sont devenus rares. Si tu tombes sur un qui semble vouloir faire du sérieux, toi aussi tu fais tout pour ne pas le décourager. C'est pour ça que j'ai accepté d'enlever, parce que si je n'enlève pas il va croire que je veux pas faire du sérieux ».

Sa situation s'apparente à une sorte de dilemme : elle n'est pas prête à assumer une grossesse et un enfant toute seule, mais en même temps elle n'est pas prête à perdre l'espoir de se marier. Devant cette situation, le choix du moindre mal est pour elle d'accepter de répondre au désir de paternité de l'homme pour ensuite « gérer » l'éventuelle grossesse en fonction de l'évolution de la situation. Le multipartenariat et le côté éphémère de ces relations amoureuses font qu'il est difficile de savoir si un réel désir d'enfant se cache derrière cette évocation de l'enfant par ces hommes.

Conclusion

En somme, les dimensions sociales de la procréation et ses enjeux participent à la construction du « risque de grossesse ». L'absence de mécanisme pour éliminer ce risque et la survenue d'une grossesse dans le cadre de trajectoires où elle n'est pas souhaitée sont imputés à différents facteurs comme les barrières d'utilisation de la contraception, mais surtout les intentions de fécondités floues ou conflictuelles, tributaires des enjeux au sein des relations amoureuses dans un contexte où foisonnent des stratégies pour se trouver un mari, une épouse, ou pour s'offrir du plaisir. Les grossesses qui conduisent aux avortements sont généralement présentées comme des grossesses « non prévues » (Guiella et *al.*, 2004; Guillaume, 2004; Rossier et *al.*, 2005) que des femmes contractent du fait de l'absence ou de l'échec de pratiques contraceptives. Les dysfonctionnements dans la mise à disposition des moyens de contraception et les barrières sociales et financières sont, entre autres, les raisons qui expliqueraient le non usage des moyens de contraception malgré une politique qui prône leur diffusion. Cependant, la notion de grossesse « non prévue » ne peut être appréhendée comme une notion homogène, elle est une notion fourre-tout qui recouvre des réalités diverses et mobilise une diversité de motivations (Bachelot, 2002). En effet, l'allongement de la jeunesse et ses contraintes, la précarité économique et la tension apparente entre les normes qui régulent et guident les pratiques des jeunes au quotidien et l'obligation de réussite sociale et de franchissement du seuil de l'âge adulte, font émerger chez les jeunes la trilogie « Amour+Enfant=mariage » et les risques de grossesse.

Que ce soit dans les situations où les jeunes femmes prennent seules la décision de tomber enceinte ou lorsqu'elles le font sous l'incitation de leur compagnon, elles ne sont généralement pas préparées à assumer la grossesse toutes seules. D'où une

nécessité de questionner de nouveau la notion de « désir d'enfant ». Cette notion est très souvent présentée par les psychologues comme hautement psychique (ressentie par la fille dès son plus jeune âge, etc.) (Deschambault, 1997) et du domaine du féminin (Gauthier, 1999). L'expérience montre que le désir d'enfant est aussi bien féminin que masculin et que lorsqu'il se manifeste (ou lorsqu'il est convoqué) il peut servir simplement de monnaie d'échange dans les rapports de genre dans lesquels les femmes et les hommes sont pris. Quant aux rapports de genre (et même les rapports de génération), ils sont fortement marqués par la dimension matérielle des relations. En effet, les jeunes femmes comme les jeunes hommes lisent l'attachement ou le désengagement de leur partenaire à travers cette dimension, occultant presque la place des sentiments, l'amour. Ceux-ci sont pourtant présents dans les relations amoureuses en Afrique sous différentes formes et de manière complexe (Cole & Thomas, 2009). Dans cette recherche, on pu voir l'amour motiver l'engagement de certains jeunes femmes et hommes ou justifier les choix de planifier une grossesse, même s'il est dilué dans d'autres enjeux qui l'éclipsent parfois.

Après cette description des contextes dans lesquels les jeunes femmes se retrouvent en grossesse, il s'agit maintenant d'appréhender le processus par lequel elles aboutissent à la décision d'avorter, surtout lorsque la grossesse la grossesse a été planifiée.

Chapitre 2 : « Je n'étais pas prêt(e) ». Vulnérabilité induite par la grossesse et construction de la décision d'avorter

Extraits de carnet de terrain : 17/11/12, thé-débat avec des jeunes. Nous sommes à l'étape des motivations du recours à l'avortement, et Mader avec qui j'anime la séance prend la parole.

Mader : *Quelles peuvent être les raisons d'arriver à un avortement provoqué ? Qu'est-ce qui peut amener quelqu'un à opter pour cela ?*

Ousséni (jeune homme de 26 ans, sans emploi) : *Je pense que ça concerne plus les filles hein !*

Mariétou (jeune femme de 19 ans, élève) : *Pour moi, c'est parce que la grossesse est indésirée, c'est accidentel. Donc elle n'est pas prête pour la grossesse, surtout quand la personne est élève, elle n'est pas prête pour avoir un enfant.*

Ousséni (jeune homme de 26 ans, sans emploi) : *je n'aime pas le mot « pas prête » là. Dire que tu n'étais pas prête pour la grossesse-là, ça je n'aime pas. Je me dis que quand tu es dans l'action, tu dois t'attendre à tout.*

Assèta (jeune femme de 20 ans, élève) : *Mais elle peut être prête et ça va la surprendre. Tu peux te protéger et bon, être dans l'action et puis ... bon ... on sait tous que les méthodes ne sont pas sûr à 100%, tu vois non ? Et dans ce cas la grossesse n'est pas désirée, et en plus y a ses études, y a les parents, elle se sent jeune, donc forcément elle va décider d'avorter.*

Martin (jeune homme de 29 ans, sans emploi) : *C'est vrai qu'il y a des parents féroces aussi hein. Chez les Mossi par exemple, il y a la tradition qui interdit, une fille ne doit jamais tomber enceinte en étant toujours chez ses parents. Dès qu'ils savent que la fille est enceinte, on fait réunion de famille sap ! sap ! et un matin de bonne heure seulement ils sortent avec des longs bâtons, la fille est au milieu, on demande, elle dit bon, c'est telle personne. Avant même d'aller appeler le monsieur-là, elle va recevoir des coups de fouets. Ou bien elle va fuir pour ne pas qu'on la frappe. Donc quand tu sais ça, quand une grossesse est là tu vas tout faire pour enlever ça avant qu'ils sachent.*

Aoua (jeune femme de 25 ans, couturière) : *Moi je vois qu'en fait vous êtes en train de tourner autour des filles seulement. Et pourquoi pas les hommes ? Ça peut être une cause aussi. Peut-être c'est le monsieur qui amène la fille à avorter ! Ou bien ?*

Lassina (jeune homme de 20 ans, coiffeur) : *Elle a raison, la fille peut ne pas être prête, mais il y a des garçons aussi ... Il y a des garçons dangereux ! C'est pas dit que je défends les filles, mais il y a des garçons dangereux qui vont t'obliger à avorter.*

Aoua : *Moi je prends l'exemple d'une amie, elle était avec le monsieur, ils s'aimaient, nous tous on les enviait comme ça. Un jour elle est tombée enceinte, ça c'est passé l'année dernière. Quand le gars a appris qu'elle était enceinte, il est venu jusque dans sa chambre, dans la maison de ses parents pour l'étrangler. Elle s'est évanouie. Tout ça parce que le gars l'obligeait à avorter et elle ne voulait pas. Donc du coup, l'amour a disparu comme ça, tout ça pour un « je suis enceinte ».*

Bernard (jeune homme de 27 ans, étudiant) : *Il faut comprendre les garçons aussi, parce que quand tu n'as rien et que tu vis chez tes parents, c'est pas facile d'assumer une grossesse parce qu'il y a d'abord le partage même de l'espace familial. Un jeune homme qui n'est pas encore marié, qui est avec ses parents dans deux chambres-salon et cette fille qu'il a enceinté doit venir encore dans cette maison, il y aura un problème de partage d'espace. Et en ce moment, ça peut amener le garçon à forcer la fille à interrompre la grossesse. Il y a la rupture aussi des liens familiaux qui peut arriver, une dispute peut arriver entre le père, les enfants, les sœurs parce que y a certains qui seront contre cette grossesse et il y aura des partisans de cette grossesse. Voilà, donc je pense que si le garçon est contre, il va demander d'avorter pour qu'il n'y ait pas cette rupture.*

Cette discussion houleuse, qui s'est cristallisée autour du concept de « pas prêt(e) » et nourrie d'expériences ou de rumeurs, a permis de déconstruire une formule qui est régulièrement ressortie au cours des entretiens pour justifier l'avortement. Démontée comme une pièce de puzzle par les participants, elle a ainsi mis en lumière les facteurs participant au choix de l'avortement à la suite d'une grossesse « piège » ou « accidentelle ».

Les motifs conduisant aux avortements provoqués ont été rapportés par plusieurs travaux réalisés dans différents contextes (Bankole et al., 2013 ; Bleek, 1981 ; Boltanski,

2004 ; Devereux, 1955 ; Guillaume, 2004 ; Rossier et al., 2006 ; Svanemyr & Sundby, 2007). Au nombre des motifs avancés figurent les raisons matérielles (précarité économique, absence d'autonomie), les raisons personnelles (projet professionnel ou scolaire, sentiments d'incapacité à assumer la charge éducative d'un enfant, etc.), le refus du géniteur d'assumer ou de reconnaître la grossesse, l'honneur de la famille, etc. Ces motifs bien que déterminants, ne répondent en général qu'au « pourquoi » de l'avortement, tout en occultant le processus conduisant à ce « pourquoi ». En effet, par quel processus une jeune femme ou un jeune homme en viennent-ils à se juger « pas prêt(e)s » à assumer une parentalité amorcée ? Ce « diagnostic » est-il établi de manière personnelle ou avec le concours d'un tiers dans l'entourage ? Comment la femme gère-t-elle les risques induits par la grossesse et résumés par l'expression « je ne suis pas prête », et ceux induits par le recours à l'avortement ?

Ce chapitre sera consacré à l'étape qui suit la découverte d'une grossesse, qu'elle ait été « accidentelle » ou planifiée dans le cadre des stratégies des jeunes pour se mettre en union. Il s'agira d'analyser le processus qui conduit une jeune femme ou un jeune homme à se juger pas « prêt(e)s » face à parentalité amorcée, en appréhendant ce processus comme un lieu de négociation de risques : d'une part, le risque social et statutaire procédant de la grossesse hors norme et, d'autre part, le risque social et sanitaire induit par l'avortement. La négociation des « risques » que la prise de décision met en lumière sera appréhendée dans une continuité des jeux d'acteurs pour la réussite sociale et la transition vers l'âge adulte social décrits au cours du précédent chapitre.

2.1. Circonstances de la conception et réactions face à la grossesse. Un continuum ?

Penser le processus de la prise de décision de l'avortement oblige à prendre en compte les circonstances ayant prévalu à la grossesse. En effet, les conditions dans lesquelles la grossesse survient, c'est-à-dire la présence ou l'absence de projet d'enfant, sans nécessairement augurer de son issue, orientent tout de même le processus de la prise de décision. J'ai répertorié trois types de situations dans le cas des jeunes femmes et des hommes interviewés.

2.1.1. « Je ne veux pas d'enfant, mais je ne me protège pas »

Il s'agit de situations dans lesquelles la jeune femme et/ou le partenaire ne désirent pas d'enfant, mais ne prennent pas de précautions pour empêcher l'occurrence d'une grossesse ou alors le font de manière sporadique.

2.1.1.1. L'absence totale de protection contre le « risque »

Aïcha, 20 ans, s'inscrit dans cette configuration. Élève en classe de troisième et domiciliée chez ses parents, elle entretenait depuis plus d'une année une relation avec un jeune commerçant. Elle se présente comme une fille qui aime « vivre », c'est-à-dire aller en boîte de nuit, dans les maquis, se faire belle, etc. Pour cette raison, elle ne se sentait pas prête à être mère car cela aurait entravé ses sorties. Néanmoins, lorsqu'elle a été interrogée sur les circonstances dans lesquelles sa grossesse est survenue et les raisons pour lesquelles elle ne s'était pas protégée du « risque » de grossesse, j'ai pu retenir trois causes essentiellement. La crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives sur la fertilité en est la première.

« J'entendais parler des méthodes contraceptives, la pilule et autre, mais je n'avais jamais essayé. Ça me faisait peur, car il paraît qu'il y a des méthodes, quand ça rate, tu as moins de chance d'avoir des enfants ».

Cette jeune femme redoutait, comme on a pu le voir précédemment, de compromettre ses possibilités futures de concevoir et a choisi pour cette raison de ne recourir à aucune méthode moderne contraceptive. Quant aux autres moyens, elle n'était pas parvenue à imposer l'utilisation du préservatif à son compagnon dès les débuts de leur relation, et ne maîtrisait pas non plus la méthode du calendrier.

« J'entends les gens parler de période dangereuse, mais vrai vrai là ! je ne peux même pas te dire c'est quel moment qui est dangereux ».

Par conséquent, elle n'utilisait aucun moyen de contraception, ni moderne ni naturel. Si la crainte des effets secondaires, en l'occurrence l'infertilité, a eu pour effet une fermeture tangible aux méthodes modernes de contraception, dans d'autres cas cela induit, chez celles qui choisissent malgré tout de les utiliser, une utilisation sporadique qui vise à minimiser les risques et qui se traduit par des « pauses » comme l'ont constaté Nathalie Bajos et ses collaborateurs (2013, p. 23) dans quatre pays dont le Burkina

Faso. Ils expliquent que pour ces femmes « il paraît nécessaire de faire régulièrement des « pauses », voire, en ce qui concerne la pilule, de la prendre de manière épisodique afin de limiter la dose d'hormones ingérée ».

2.1.1.2. Gestion sporadique du « risque »

L'utilisation discontinue des méthodes contraceptives est ressortie des échanges avec les jeunes femmes. C'est le cas d'Ada (20 ans, coiffeuse) qui commençait la pilule, l'arrêtait au bout d'une semaine, pour reprendre deux mois plus tard à cause des malaises, mais aussi parce que sa voisine le lui avait conseillé pour ne pas devenir infertile. Pour Béa (30 ans) par contre, le problème était tout autre. Employée dans un télécentre où sa présence est requise de 8 heures à 22 heures du lundi au samedi, elle avait du mal à honorer les rendez-vous pour le renouvellement de ses injections.

« Des fois quand je demandais la permission pour aller, mon patron refusait parce que si je pars, le télécentre reste fermé et lui perd de l'argent. Au début il acceptait quand je lui demande la permission pour partir à l'hôpital, mais je ne disais pas que c'était pour la planification familiale, je disais seulement que je devais aller consulter, donc il acceptait. Mais comme je durais trop des fois, parce que quand tu arrives et il y a du monde, tu es obligée d'attendre longtemps. Donc à un moment donné il n'acceptait plus ».

Il lui arrivait donc de passer un à deux mois sans utiliser de méthodes contraceptives et de profiter de la visite de certaines de ses amies pour s'éclipser afin d'aller faire ses injections. Et si malheureusement elle n'avait pas ses règles le jour en question, elle pouvait se voir refuser son injection « *on te demande de revenir quand tu auras tes règles* ».

En somme, elles étaient en tout 28 à ne pas utiliser un moyen de contraception ou à l'utiliser de manière épisodique pour des motifs divers en rapport avec l'accès et l'utilisation des méthodes de contraception. Conscientes tout de même du risque de grossesse non planifiée, ces jeunes femmes vivent dans l'espoir que cette situation ne leur arrivera pas.

« Je savais que je pouvais tomber enceinte, mais bon..., je priais dieu seulement pour que ça n'arrive pas. Et il a écouté mes prières, puisque ça avait marché jusqu'à maintenant. Malheureusement, Dieu m'a lâchée cette fois-ci ».

Il semble que le fait d'échapper pendant longtemps à la fatalité, conforte certaines jeunes femmes dans l'idée d'une puissance qui les mettrait à l'abri du risque. Parallèlement, Annie Bachelot (2002) en France montre que cette attitude dénote parfois des désirs inconscients ou refoulés de grossesse/enfant qui se traduisent par exemple par les oublis de pilule. Cette perspective est envisageable dans le cas des jeunes femmes rencontrées, car mettre une grossesse sur le compte du hasard permet à ces jeunes femmes d'adopter une position de compromis entre les choix auxquels les contraintes du quotidien les obligent et l'interdit social qui pèse sur une grossesse à cette étape de leur parcours de vie.

La découverte de la grossesse dans ces situations est toujours une surprise, ce qui peut donner lieu à l'euphorie ou à la tristesse selon la trajectoire sociale et affective de la personne concernée.

2.1.2. « Je veux un enfant, donc je fais tout pour être enceinte »

Le second cas de figure est celui où le désir d'enfant est présent et où l'exposition au risque de grossesse est consciente et délibérée. Ce sont le plus souvent les « grossesses pièges » initiées par la jeune femme seule ou avec la complicité du partenaire sexuel pour contraindre l'union. 17 des jeunes femmes interviewées appartenaient à cette catégorie. Margie et Safia dont j'évoquais les motivations et les stratégies pour tomber enceinte m'ont dit avoir été très heureuses lorsqu'elles ont fait le test de grossesse et réalisé qu'elles étaient enceintes.

« C'était la joie quand j'ai vu que j'étais enceinte, je me suis dit « ça y est, mon plan a marché », on va voir maintenant où il [son petit ami] va aller. » (Margie, 26, vendeuse de fruits).

Oumou (l'étudiante de 23 ans) a, quant à elle, éprouvé une joie teintée d'une légère anxiété qui s'expliquait par l'appréhension de la réaction de ses parents malgré la conviction en la grossesse comme solution.

« J'ai fait deux semaines et je ne voyais pas mes règles, donc j'ai dit à mon copain, "on dirait que notre plan là a marché dèh !", il m'a dit de faire le test de grossesse pour qu'on soit sûr. J'ai acheté le test et j'ai fait le matin, et c'était positif. J'étais contente, mais j'étais trop stressée, je pensais à ce qui allait se passer dans les familles quand nos parents allaient savoir. Mais en même temps

j'étais animée par une force, en fait j'aimais déjà mon enfant, je savais qu'il allait être une solution pour vivre notre amour, donc ça a fait que j'avais le courage pour aller les affronter ».

En effet, l'effet escompté peut ne pas se produire, et la confrontation avec le partenaire ou les parents peut générer au contraire d'autres difficultés auxquelles certaines ne sont pas préparées (on y reviendra dans la suite de l'analyse).

2.1.3. « Je ne veux pas d'enfant, donc je me protège »

La troisième situation est celle où le désir d'enfant est totalement absent et dans laquelle tout est mis en œuvre pour éviter la grossesse par l'utilisation de moyens de contraception. Les grossesses qui surviennent dans ces cas de figure sont dues, concernant les trois cas que j'ai rencontrés, à une défaillance dans les méthodes contraceptives utilisées, notamment le bris du préservatif ou encore le cas d'une jeune femme qui s'était retrouvée enceinte alors qu'elle avait toujours son implant dans le bras. Dans le cas des hommes, lorsqu'ils n'utilisent pas de préservatifs par exemple, leurs pratiques contraceptives sont bien souvent subordonnées à celles de leurs partenaires sexuelles qui en deviennent les garantes. Un homme qui ne désire pas d'enfant et qui convient avec sa partenaire qu'elle doit utiliser une méthode de contraception, peut penser que leurs rapports sexuels sont protégés, alors qu'il n'en est rien (en cas d'intentions de fécondités conflictuelles ou floues par exemple).

Ainsi, Marthe (23 ans et étudiante) qui utilisait régulièrement les préservatifs avec son compagnon ou encore Fred (27 ans, étudiant), qui était convaincu que sa petite amie prenait régulièrement la pilule et que leurs rapports sexuels ne présentaient aucun risque, ont vécu la découverte de la grossesse comme un choc.

« Quand j'ai su pour la grossesse c'était la panique totale, le découragement, parce qu'à la vue du résultat positif du test j'ai commencé à voir mon monde s'écrouler tout autour de moi. Bref tout ce que l'être humain peut ressentir comme détresse lorsqu'on lui annonce le décès d'un proche » (Marthe, 23 ans, étudiante).

« C'était en 2010, en décembre 2010. Un fameux décembre ! On était en examen même, c'était en cinquième année et on devait être en examen pour la deuxième session. Je ne sais plus si c'était avant la composition ou après la composition.

Mais en tout cas je sais que c'est après la composition qu'elle a eu à me dire qu'elle se sent bizarre et tout. Donc on a eu à faire le test-là deux à quatre reprises et c'était positif. Et là ce n'était pas évident, j'ai eu des maux de ventre !
» (Fred, 27 ans, étudiant).

Les réactions de ces deux jeunes gens sont en rapport avec les perceptions sociales de la grossesse prénuptiale.

2.2. Enfanter ou avorter ? Risques induits par la grossesse *versus* risques de l'avortement

En tant qu'évènement, l'occurrence d'une grossesse chez une jeune femme, ou le fait pour un jeune homme d'être le géniteur d'une grossesse, qu'elle soit « non prévue » ou « planifiée », implique nécessairement un impact dans les relations qu'ils entretiennent avec les autres acteurs : le partenaire ou les partenaires sexuels, les parents, les voisins du quartier, les camarades de classe, etc. Selon la trajectoire dans laquelle elle survient et les rapports en présence, la grossesse peut, comme l'a relevé Annie Bachelot (2002, p. 81) « renforcer ou au contraire fragiliser les rapports que la femme entretient avec son partenaire comme avec son entourage ». Face à ces effets ou probables effets, les jeunes concernés sont confrontés à l'alternative suivante : avorter ou poursuivre la grossesse. Or, poursuivre une grossesse « anémique » ou avorter sont tous les deux porteurs de sens dans un contexte où les choix reproductifs sont constamment négociés entre les normes sociales et les enjeux personnels. En effet, chacun de ces choix comporte des risques pour l'individu. Il s'agit des risques induits par la grossesse *versus* ceux induits par l'avortement. Du coup, il ou elle se retrouveront à peser ces deux risques et à choisir le moins dangereux pour leur trajectoire de vie.

2.2.1. De la grossesse prénuptiale comme facteurs de risque....

Entre la perception théorique de l'enfant comme moyen de contourner les contraintes de la longue transition vers l'âge adulte et la parentalité pratique se traduisant par une grossesse, il existe un énorme fossé dont le franchissement ne va pas toujours de soi. Le passage d'une perception théorique à une perception pratique de la parentalité peut mettre en évidence les difficultés d'adéquation à des normes sociales et à des modèles dans le domaine de la reproduction (Bachelot, 2002 ; Boltanski, 2004) et

signer une bifurcation (Bessin, Bidart, & Grossetti, 2010) dans la trajectoire de vie d'un jeune.

Comme relevé dans le précédent chapitre, la procréation est encadrée par des normes et des enjeux au vu desquels une grossesse peut être bien accueillie et procurer du bonheur au moment de sa découverte ou être au contraire une source de détresse. Dans cette perspective, les perceptions et les traitements réservés aux personnes « coupables » d'une grossesse prémaritale peuvent générer un stigmatisme susceptible de constituer un risque pour la trajectoire personnelle, statutaire et sociale de la personne concernée, qu'elle choisisse ou non de poursuivre la grossesse.

« Quand ma copine est tombée enceinte, j'étais perdu, je savais que ça allait être chaud. Pour ne pas trop paniquer, je suis allé me confier à un ami. De la façon dont il a réagi, j'ai eu envie de quitter le Burkina, tellement j'ai eu peur » (étudiant de 25 ans, domicilié chez ses parents, une expérience d'avortement).

Les représentations que les jeunes ont des conséquences de la grossesse sont influencées, comme l'illustrent les propos de ce jeune homme, par les expériences de leurs aînés ou congénères qui en ont déjà fait l'expérience. Ces derniers contribueraient à donner de la grossesse une image effroyable qui n'encouragerait pas à la vivre.

2.2.1.1. Le risque statutaire induit par la grossesse

Devenir mère ou père est perçu comme un événement qui introduit une transformation dans le parcours de vie des jeunes.

Grossesse et parentalité comme facteur de transformation physique

La grossesse implique avant tout des transformations physiques pour la jeune femme consécutives aux neuf mois de gestation, à l'accouchement et enfin à la prise en charge de l'enfant. Elles redoutent ainsi les malaises de la grossesse (nausées et maladies), la prise de poids, la douleur de l'accouchement, l'allaitement, etc. Or il s'agit de changements qui ne s'accordent pas toujours avec les enjeux propres à cette étape de leur parcours. Aline, étudiante de 26 ans et employée dans une société de transport, craignait par exemple les maladies et la déformation physique à un moment où son parcours de vie exigeait une préservation de son apparence.

« Moi j'étais pas prête à voir mon corps se transformer, surtout les maladies. Les grossesses-là, peut être que avant nos mamans n'avaient pas tellement de problèmes, mais à l'heure-là tu vas passer tout ton temps à être malade. C'est des suppositions, tu ne peux pas dire que la grossesse va bien se passer, ou si tu vas passer tout le temps à être malade. Alors que présentement je viens juste de signer un contrat de travail et je suis inscrite à l'école. Pour quelqu'un qui a une société, qui vient d'engager quelqu'un et cette personne commence à faire des petits paludismes, ça va être bizarre. Les employeurs quand ils prennent une jeune fille comme ça, souvent le physique et tout, ils prennent tout en compte. Maintenant si à un moment donné il sent qu'il y a des modifications, ça peut poser problème ».

Aïcha (élève de 20 ans) appréhendait, quant à elle, que la grossesse et l'accouchement ne lui coûtent l'attention de son petit ami et n'affectent ses hobbies.

« En fait, moi je ne voulais pas garder parce que je me disais que si je garde, de un, pendant la grossesse tu ne peux plus t'habiller comme tu veux, tu auras un gros ventre devant toi. De deux je serais fauchée à la maison en train de m'occuper d'un bébé, alors que moi je suis une qui aime sortir, aller en boîte, dans les maquis, j'aime trop ça, et c'est comme ça que j'ai connu mon copain. Et je le connais très bien, si jamais je garde la grossesse, il va se décoller de moi, même s'il ne me quitte pas, ça ne va plus être comme avant, comme quand je n'avais pas l'enfant. Donc j'étais pas prête pour ça ».

Mettant en avant la dimension fugace des relations de couple dans un contexte où l'enjeu est de travailler à ce qu'elles durent le plus longtemps possible pour espérer le mariage, les jeunes femmes telles Aïcha conçoivent la grossesse comme un risque pour la trajectoire amoureuse, surtout lorsqu'elle n'a pas été planifiée. Il en est de même pour la trajectoire scolaire. Dans les établissements scolaires, les railleries seraient courantes, comme on peut le constater dans les propos de ce cet élève.

« Quand on était en troisième, on a eu deux cas de grossesse. Et l'une de ces filles, malgré son état, elle venait aux cours parce qu'elle voulait coûte que coûte décrocher le BEPC. Mais chaque fois qu'elle mettait les pieds dans la classe, il y a quelqu'un qui faisait quelque chose, un rire, un cri, un raclement de gorge pour montrer qu'elle est là et tout le monde se marrait. Et ne parlons pas de notre professeur de mathématiques qui lui disait qu'elle doit payer une double

contribution pour ses frais de scolarité parce qu'elle n'est plus seule à suivre les cours ».

Ce sont ces railleries qu'Abi, élève de 17 ans, redoutait lorsqu'elle s'est retrouvée enceinte.

« Je ne peux pas garder la grossesse parce que mes amies ne vont plus vouloir se promener avec moi. En plus je ne peux pas aller à l'école avec un gros ventre, je me suis déjà moquée de filles qui étaient dans cette situation et je sais qu'on va me faire la même chose aussi ».

Plus que le fait d'être la cible des moqueries, c'est le rejet par ses camarades, comme elle a pu le faire quand d'autres amies étaient dans cette situation, qu'elle redoutait.

Aux transformations physiques, se couple celles d'ordre statutaire.

Grossesse et parentalité comme facteurs de changement statutaire

La grossesse et la parentalité signent aussi le passage d'un statut social à un autre : du statut de fille à celui de mère ou « fille-mère », et du statut de garçon à celui d'homme.

« Le vieux nous a inculqué le sens de la responsabilité. Nous sommes des garçons et il faut qu'on soit responsables. Donc si tu enceintes une fille, tu dois appliquer cette responsabilité. Ce sens de responsabilité fait qu'une fois que tu as commencé à avoir des enfants, tu ne peux plus aller demander de l'aide. Le fait d'avoir un enfant ça te ferme toutes les portes. C'est à dire qu'une fois que tu dis que tu peux avoir enfant-là, ça veut dire que tu es majeur, tu es responsable »
(Fred, 27 ans, étudiant en fin de cycle, une expérience d'avortement).

Devenir mère ou père obligerait à la « responsabilisation » qui implique le renoncement au statut de jeune, à la légitimité de la dépendance, à liberté juvénile, etc., des obligations et des devoirs, en l'occurrence un engagement à vie, une charge financière, etc.

Illustrons toutes ces répercussions avec le cas de Thomas, le jeune homme de 29 ans évoqué dans le précédent chapitre. Il décroché juin en 2013 un boulot d'animateur dans une ONG et acquis une autonomie résidentielle. Ses deux expériences de parentalité (dont une a été menée à terme et l'autre à un avortement) ont eu lieu alors qu'il était étudiant sans ressources et vivait encore dans la concession familiale. Ce

jeune homme qui dit avoir toujours été « sage » pour donner le bon exemple à ses cadets en tant qu'aîné, a vécu difficilement sa première paternité. Il avait alors 26 ans.

« Quand j'ai commencé à sortir avec ma copine, on se protégeait, j'utilisais les préservatifs. Mais au bout de quelques mois on a commencé à faire sans ça. En ce moment la balle était maintenant dans son camp parce qu'elle essayait de calculer en fonction de la période d'ovulation et moi je lui faisais confiance (...). Quand elle m'a annoncé qu'elle était enceinte, je dirais que c'était comme un coup de poignard ».

Ce choc serait lié au fait qu'une paternité ne s'inscrivait pas dans ses projets immédiats. Pour lui, une grossesse rimait avec des charges et des responsabilités à auxquelles son statut d'étudiant dépendant de ses parents ne se prêtait pas.

« Vu que premièrement je ne m'attendais pas à ça et deuxièmement ma situation financière n'était pas ça aussi, ça m'a poussé à lui demander à ce qu'on interrompe ça. Mais quand je suis allé demander de l'aide à ma grand-mère pour l'avortement, elle nous a convaincu de garder ça, que c'est peut-être Dieu qui a envoyé l'enfant pour améliorer ma situation financière. Le vieux a parlé au début, mais il a fini par accepter la situation, et elle a déménagé chez nous à la maison (...). C'est vrai que j'ai essayé de diminuer ma dépendance, quand ça n'allait pas j'essayais de digérer, de sortir, voir des amis pour ne pas dire au papa ou à la maman, ya ceci cela. Mais à la fin je finissais toujours par me tourner vers eux. Tu ne peux pas savoir le malaise que je ressentais à faire ça, la honte que ça peut faire d'aller demander à ton père ou à ta mère de te donner de l'argent parce que ta femme ou ton enfant ont besoin de telle ou telle chose, alors que c'est toi plutôt qui devrait les aider en tant qu'aîné ».

Avoir un enfant c'est devenir adulte, c'est comme passer à ses parents le message suivant *« je suis grand maintenant, je suis responsable, je peux m'assumer et assumer un enfant »*. Lorsque la réalité est tout autre, le sentiment de honte est évoqué. C'est cette expérience qui l'aurait poussé à refuser la seconde paternité trois ans plus tard.

« Je lui ai demandé maintes fois, elle a carrément refusé de prendre une méthode, elle se disait contrôler puisqu'elle se contrôlait avec la méthode traditionnelle. J'ai parlé, parlé et j'ai fini par me résigner. Et ce que je craignais a fini par

arriver, elle est tombée enceinte (...). Ma situation n'était toujours pas ça, j'avais été renvoyé de l'université et je faisais le SND. Je me suis posé des questions, tu n'es pas à l'université, tu n'avances plus dans tes études, après le SND tu vas faire quoi ? Je passais les concours mais ça ne marchait pas. Donc l'idée même d'aller dire à mes parents que ma copine est encore enceinte, je ne pouvais pas. Le vieux même n'arrive pas à s'en sortir déjà. Cette année il avait trois enfants à prendre en charge au niveau scolarité, tous dans des écoles privées alors qu'il est lui-même à la retraite. Et moi en tant qu'aîné, au lieu de l'aider, déjà même je me sentais tellement gêné de ne pas pouvoir amener un sac de riz à la maison durant toute cette période, non seulement je n'arrive pas à l'aider, mais j'augmente ses charges. Donc lui dire ça j'imaginai dans son regard "l'inconscient, l'irresponsable", je ne pouvais pas ».

Déjà vulnérable socialement car très endetté et honteux de son incapacité à remplir son rôle d'aîné et de nouvel adulte, accepter d'assumer cette seconde paternité revenait à renforcer cette vulnérabilité. Il a donc proposé l'avortement à sa compagne qui l'a accepté.

Comme évoqué plus haut, le processus de transition vers l'âge adulte comporte quatre étapes dont le franchissement permet le passage du seuil de jeune vers celui d'adulte. Ces étapes sont l'entrée dans la vie professionnelle (l'autonomie financière), le départ de la famille d'origine (l'autonomie résidentielle), le mariage et la naissance du premier enfant. Lorsque la parentalité survient alors qu'aucune de ces étapes n'est franchie, elle tend à devenir anémique et on parlera alors de transition floue ou complexe (Antoine, Lelièvre & GRAB, 2006). Cette parentalité est anémique parce qu'elle est en inadéquation avec les normes et parce que les conditions matérielles ne sont pas réunies.

La découverte de la grossesse transforme ainsi l'image que la jeune femme ou le jeune homme ont d'eux-mêmes. En effet, l'identité qui intègre les différentes expériences de l'individu tout au long de sa vie se construit au fil des interactions entre le sujet et le monde qui l'entoure (Camilleri, Kastarsztejn & Malewska-Peyre, 1990). Le « moi » du sujet apparaîtrait comme une entité en étroite rapport avec les processus sociaux dans lesquels il se trouve engagé et l'individu s'éprouve lui-même comme tel, non pas directement, mais seulement en adoptant le point de vue des autres ou du

groupe social auquel il appartient. Ces influences le conduisent à se comparer à autrui « en cherchant à saisir ressemblances et dissemblances de façon à se situer et à s'évaluer par rapport au consensus social qui l'entoure » (Camilleri, Kastersztein & Malewska-Peyre, 1990). Les sentiments et les représentations de soi fluctuent, de fait, selon les événements auxquels l'individu est confronté et qui jonchent son vécu quotidien. La grossesse dans une trajectoire jeune et célibataire est de ces événements qui altèrent l'image qu'une jeune femme a d'elle-même. Ces jeunes femmes constamment en interaction avec d'autres personnes, surtout lorsqu'elles sont encore des élèves, peuvent ressentir de la honte à l'idée de se montrer enceintes, rejoignant l'image de la jeune femme frivole, non sérieuse et mal éduquée. La grossesse devient, dans ces conditions, un stigmate et peut entraîner la stigmatisation selon que le stigmate est invisible ou visible (Goffman, 2007).

2.2.1.2. Les risques sociaux de la grossesse chez la célibataire

Extrait de carnet de terrain, 10 janvier 2013. Un mois après sa sortie de l'hôpital, je me rends au domicile familial de Jacky (la jeune femme dont je relatais la prise en charge en introduction) sur invitation de sa grande sœur. Jacky est absente, elle s'est rendue dans leur village pour des funérailles. Le domicile est situé dans un quartier « non loti ». Je suis reçue par sa mère, sa grande sœur et la femme d'un de ses grands frères. La mère de Jacky, après m'avoir longuement remercié pour ce que *nous* (les soignants de l'hôpital et moi) avons fait pour sa fille, me dit sur le ton de la plaisanterie que ce sont ces types de *yele* (problème) qui réduisent l'espérance de vie des personnes âgées comme elle. Elle me raconte que son mari, le père de Jacky, vit en Côte d'Ivoire où il est propriétaire d'une plantation de cacao et de café, et qu'elle est rentrée au Burkina Faso avec quelques-uns de ses enfants (elle en a six en tout) à cause des conflits ivoiriens. Jacky est la benjamine de ses enfants. Elle me la présente comme une jeune fille à « problèmes » et source d'angoisses pour elle.

« Moi je parle, mais ça ne change rien. Quand elle sort, la nuit tombe et elle n'est toujours pas rentrée, mon cœur ne fait que battre. Franchement, avec les enfants d'aujourd'hui on ne sait pas où donner de la tête, il faut prier Dieu seulement. Le petit frère de mon mari dit que c'est moi qui ait très mal élevé les enfants et c'est pour cela que ma fille fait des bêtises pareilles. Alors que j'ai tout fait. J'ai six enfant en tout, je les éduque tous comme je peux. Il m'arrivait même de la suivre

en cachette, au point de me faire battre par la pluie, je vois des hommes l'amener, je parle en vain, elle ne m'écoute pas. C'est les enfants d'aujourd'hui qui sont devenus comme ça ».

Et lorsque Jacky s'est retrouvée enceinte, le petit frère de son mari, selon elle, a été obligé de la renvoyer de la maison parce qu'il s'agissait d'un *kisugu* (interdit) dans leur lignage.

« Quand Jacky est tombée enceinte et que nous avons su, c'est un kisugu chez nous, quand les gens ont vu qu'elle était gâtée [A saaman min en moore], ses grands frères ont informé leur oncle qui est à Tampouy. Elle a été convoquée en famille et l'oncle a dit qu'elle n'a qu'à aller chercher l'auteur de la grossesse pour venir. C'est comme ça qu'elle est allée se mettre dans les problèmes ».

Jacky a été obligée de quitter le domicile familial parce que sa grossesse était un *kisugu* et c'est en l'avortement qu'elle a trouvé un moyen de se soustraire à la violence occasionnée par cet interdit. Au Burkina Faso, la procréation est certes socialement valorisée, mais elle se trouve encadrée par des normes. Et lorsque la grossesse n'est pas en phase avec ces normes, elle peut créer un désordre et fragiliser des liens sociaux comme on l'a vu pour Jacky.

Au nombre des grossesses hors-normes figurent les grossesses pré-nuptiales, extraconjugales, celles issues de viol ou de relations incestueuses.

A saaman min. Des mots pour dire la grossesse chez la jeune femme célibataire

Différents termes et expressions sont utilisés localement pour désigner une grossesse chez la célibataire. Dans ses propos, la maman de Jacky a utilisé l'expression *a saaman min*, littéralement « elle est gâtée » pour évoquer la grossesse de sa fille célibataire. Les proches d'un homme qui aura mis enceinte une fille hors des liens du mariage désigneront son acte par *a saaman bond biiga*, « il a gâté la fille d'untel ». Pour comprendre cette manière de désigner la grossesse chez la célibataire, il convient de la renvoyer aux normes et aux représentations symboliques de la procréation, du mariage et de la sexualité dans la société burkinabè. La « vieille école », je l'ai expliqué dans le précédent chapitre, prône l'abstinence chez la jeune fille jusqu'au mariage. Cette abstinence est gage de sa solvabilité sur le marché matrimonial car derrière elle se cache la vertu de la virginité, mais par-dessus tout, elle vise à mettre à l'abri la jeune femme

de la pire des formes d'être « gâtée », en l'occurrence se retrouver enceinte avant le mariage. En effet, une fille enceinte perd de sa valeur marchande sur le marché matrimonial. Une *bipugla* (jeune fille) de « qualité » est celle qui arrive au mariage vierge et enfante. Si ce processus n'est pas respecté, elle devient « gâtée », et détruit alors son image aux yeux des éventuels prétendants et de leurs familles car porteuse désormais du stigmate visible de la grossesse et plus tard de l'enfant.

Quant au futur enfant, il entre dans la catégorie de ce que Luc Boltanski (2004) nomme « les êtres inclassables ». L'enfant né hors des liens du mariage est le type d'enfant que les *Moose* désignent par *tanpiri*, pour évoquer l'individu sans père, ou *gnan mogo den* (« enfant de la fornication ») et *batara den* (enfant bâtard) en *dioula*. Un enfant conçu en dehors des liens du mariage porterait, selon un imam interrogé, un double tort toute sa vie : être soustrait de sa lignée réelle et vivre la honte toute sa vie.

« Dans les textes de l'islam, vous savez qu'il y a ce qu'on appelle les bases d'analyse. La base d'analyse de l'affectation de cet enfant, c'est la base d'analyse de l'affectation de l'enfant du chien. C'est-à-dire que le petit du chien, on ne cherche pas son papa, les petits appartiennent à la chienne. Et dans l'islam c'est exactement le même texte pour l'enfant né hors mariage. C'est pour ça que je dis que vous portez un double tort à l'enfant, car premièrement vous l'avez soustrait de la lignée de quelqu'un pour le mettre dans votre lignée, c'est un vol que vous avez fait. Et deuxièmement, vous avez couvert pour toute sa vie de honte parce que chaque jour qu'il va se rappeler de sa lignée, il va avoir honte. Par exemple il ne peut pas assumer une certaine responsabilité religieuse. Il ne peut pas être imam par exemple ».

Dans le cas de la jeune femme, le statut de *saaman min* lui enlève la chance de se trouver un vrai mari et peut la contraindre à contracter un mariage de fortune. C'est le genre de jeunes filles qui, selon certains aînés, était donné en mariage aux hommes *komsa* (handicapés), c'est à dire des hommes qui n'ont pas toutes leurs facultés mentales ou physiques ou des hommes socialement handicapés tel que ceux issus de relations sexuelles prohibées par exemple. Le *buudu* (lignage) de la jeune fille est, quant à lui, touché aussi car avoir une fille « gâtée » est source de déshonneur. Il est perçu comme ayant failli à son rôle d'éducateur aux yeux de l'entourage, ce qui servira alors à alimenter les conversations au sein des autres familles et dans les lieux de rencontres.

Pour terminer, l'homme responsable de la grossesse, même s'il n'est pas « gâté » au même titre que la jeune fille, est tout de même celui qui a porté atteinte au bien d'autrui.

« Moi-même en tant que garçon, si ma copine est enceinte, c'est mieux que je cherche un coin dans le non-loti pour la déposer ou bien qu'elle enlève ça pour ne pas que le vieux sache. Parce que si le vieux le sait, en fait c'est pas mon nom qui est problème, c'est le nom du vieux qui est en jeu. Comment tu as pu élever un enfant comme ça qui va faire tant tant ? » (jeune étudiant de 23 ans).

Comme l'illustrent les propos de ce jeune homme, cette situation peut constituer un problème pour le *buudu* du jeune homme qui apparaîtra lui aussi comme n'ayant pas inculqué au jeune homme de bonnes valeurs.

Il s'agit, en somme, d'une situation grave et malaisée qui peut avoir des implications dans les rapports que la jeune femme entretient avec son entourage si son état est découvert par ce dernier.

Implications sociales de la grossesse chez la célibataire

Chez les *Moose*, la consigne selon le *kudumde* (tradition) est le *buudu yiisugu* (bannissement). Yaaba Fati, vieille dame moaga de 89 ans, qui a déjà été témoin de cette sanction, explique qu'il servait à préserver le *buudu*, surtout le père, de malheurs tels que la mort.

« Avant, si on la laissait dans la cour, ça engendrait des malheurs qui pouvaient emporter les adultes de la cour, surtout le père. Les ancêtres proféraient des malédictions et si les parents s'aventuraient à laisser la fille dans la concession familiale, ces malédictions pouvaient les emporter. Et comme les gens savaient ça, ils faisaient très attention »

C'est au nom de cette tradition et de ses répercussions que Jacky a été chassée du domicile familial. Et dans cette logique, son oncle a insisté pour que son père ne vienne pas l'assister à l'hôpital ni que son argent ne serve aux soins pour le sauver de la mort.

En général, la jeune fille est envoyée chez sa *pugduba* (tante paternelle) jusqu'à l'accouchement et son retour dans la famille est conditionné par des rites. La plupart des aînés ignore ce qu'il peut advenir lorsque les parents ne respectent pas l'interdit. En

effet, ils ne disposent pas de preuves tangibles du rapport entre les éventuels décès et le non respect de cette tradition. Toutefois, Yaaba Fati a trouvé une explication logique du lien entre l'interdit et les décès. Pour elle, le *kisugu* serait parti de pères qui se suicidaient pour échapper à la honte car pour les *Moose kuum sanw yande* (la mort est préférable à la honte).

« Cette mort est causée par le déshonneur de leur fille. Très souvent, le père se donnait la mort, c'était la pendaison surtout, pour éviter cette honte qui prouve qu'ils ont failli à leur devoir d'éducateur. Et quand un suicide arrive dans une famille, ça se fait ressentir sur toute les générations ».

Ainsi, ce serait éventuellement la multiplication des suicides qui aurait contribué à ériger l'interdit et à en faire une règle : si le père ne chasse pas sa fille, il meurt.

En plus de la crainte des décès, le bannissement apparaît aussi comme une mesure éducative. Il fait office de sanction visant à montrer à la jeune fille toute la portée de son acte, de mise en garde pour ses petites sœurs.

« Si tu la laisses dans la cour, c'est comme si ça plaisait aux gens de la cour. Mais si on la chasse, on lui montre qu'on n'est pas content de sa conduite et si ses autres petites sœurs assistent à son bannissement, elles n'oseront pas faire de même » (père de famille de 60 ans).

Néanmoins, cette perception négative de la grossesse chez la célibataire et le bannissement ne sont pas communs à tous les groupes ethniques. Michèle Cros (1990) et Henri Labouret (1931) montrent, dans le cas des *Lobi* « traditionnels » (et dans les villages de nos jours), que la grossesse chez la célibataire ne nuit pas à sa valeur sur le marché matrimonial. Elle serait plutôt une plus-value pour elle puisqu'elle constitue la preuve de sa fertilité et peut donc contribuer à augmenter le montant de la dot. C'est aussi ce que Françoise Héritier (1981) a révélé chez les *Samo*. Néanmoins, Sarah, coiffeuse de 22 ans d'origine *Lobi*, m'a confié avoir été chassée par ses parents lorsqu'ils ont découvert qu'elle était enceinte. En effet, avec l'urbanisation et les transformations socioéconomiques associées, les familles *lobi* comme tous les autres groupes ethniques vivant dans les villes sont soumis aux mêmes enjeux et mêmes normes urbaines : la disparition des mariages, la récurrence de l'exogamie, la nécessité de scolariser les filles, etc. Ainsi, une famille *lobi* vivant à Ouagadougou n'est

quasiment plus dans la logique du mariage arrangé et privilégie l'accomplissement de sa fille à travers ses études qui peuvent l'aider à trouver un « bon » mari et à les soutenir en temps voulu. Dans ce contexte, la grossesse chez la jeune élève ne sera bien évidemment pas accueillie comme celle dans une famille vivant au village et soumise à d'autres enjeux et normes. Par conséquent, cette jeune fille urbaine peut se voir renvoyée de sa famille alors même que cette dernière, à la base, n'était pas soumise à cette prescription dans leurs référents. Son renvoi, aujourd'hui, relève essentiellement de la colère. Les parents d'adolescentes et de jeunes qui ont été interrogés sur la réaction qu'ils auraient s'ils découvraient que leur fille était enceinte, ont tous évoqué la colère et le mécontentement pouvant se solder par un renvoi du domicile familial.

« Je lui dirai de savoir quoi faire de sa grossesse. Comme elle a commencé avant l'âge, on lui dit de ne pas faire et qu'elle insiste pour le faire, elle ira où elle peut aller. Elle saura ce qu'elle va faire pour s'en sortir comme elle s'est entêtée. On vous dit d'étudier et vous ne faites que vous promener de chambre d'hommes en chambre d'hommes, et on ne fait que dilapider l'argent pour votre scolarité sans de bons résultats alors qu'on n'arrive même pas à joindre les deux bouts » (propos d'une mère de famille de 45 ans).

La grossesse pré-nuptiale engendrerait ainsi toujours un malaise auprès des proches et pourrait altérer leurs rapports avec les jeunes impliqués dans cette situation (réprimandes, rupture du soutien, rejet, violences physiques, etc.). En dehors du contexte familial, elle est source de stigmatisation. Des sanctions ont été évoquées dans certains cas. Ainsi chez les protestants par exemple, la jeune fille ou le jeune homme peuvent être exclus temporairement des activités de l'Église.

« Chez nous on prend des mesures disciplinaires, elle [la jeune fille] peut être enlevée de son poste de responsabilité. Par exemple, si elle est choriste ou s'il est maître de chœur, on les suspend d'abord pour les punir et ils peuvent être réintégrés plus tard après qu'on ait constaté une vraie repentance » (propos d'un pasteur).

Nado, 18 ans et protestante a subi cette sanction. Choriste dans la chorale de son Église, elle été suspendue pendant six mois, de même son petit ami, et l'a vécu comme une situation de honte intense car cela avait contribué à une publicisation de sa faute (tous les fidèles de l'Église en ont été informés).

Prégnante dans toutes les situations, la vision « anémique » de la grossesse préconjugale se trouve accentuée en situation de multiparité, notamment lorsqu'on devient doublement « fille-mère » ou « garçon-père ». Comme on l'a vu dans le cas de Thomas, elle donne l'image de quelqu'un qui s'enfonce dans sa bévue et qui s'expose davantage à la stigmatisation.

Conscients de ces conséquences sociales, les jeunes hommes et les jeunes femmes tentent d'y échapper. De ce fait, la crainte de la vulnérabilité induite par le fait d'être le géniteur d'une grossesse prémaritale, peut engendrer chez les jeunes hommes une dérobade, puisqu'admettre être le géniteur d'une grossesse peut contraindre à une certaine formalisation de la relation. Fred, étudiant de 27 ans, a senti le spectre la formalisation dès que sa petite amie lui a annoncé qu'elle était enceinte.

« Elle vient d'une famille de polygame, et ça fait qu'ils ont un esprit, c'est ce qui fait que je ne suis pas pressé même. Ils ont un esprit, dès que tu sors avec un gars et que c'est officiel un peu, ça veut dire que c'est lui qui va s'occuper de toi. C'est pour ça que moi je faisais les choses lentement, que je ne suis pas allé me présenter. Il y a de ces familles, il suffit seulement que tu partes te présenter, et à partir de ça, même les frais de scolarité, les frais de carburant c'est toi tu vas gérer. Dans cette situation il y a une grossesse qui vient rentrer. S'ils avaient su, ils allaient carrément lui demander de venir rester dans mon huit tôles [petit studio] ».

Sa réaction montre que cette formalisation n'est pas toujours désirée parce qu'elle peut induire des charges, contraindre à la vie commune et rendre ainsi possible une relation à laquelle on destinait le statut de passade, comme on l'a vu dans le précédent chapitre. Or, la dérobade de l'homme n'est pas sans conséquence pour la jeune femme car elle contribue à la rendre davantage vulnérable. Lorsque la grossesse est admise par le partenaire, la jeune femme peut échapper en bonne partie aux rapports difficiles auxquels elle risque d'être confrontée. La reconnaissance de la grossesse par le géniteur, à elle seule, suffit à certains parents parce qu'elle peut générer des ressources financières à travers l'enfant (Gruénais, 1985b). Dans d'autres cas, elle permet à la jeune femme de partir habiter chez lui. En effet, de plus en plus de familles tentent de redéfinir les normes pour les adapter aux réalités urbaines contemporaines. Papa Madi

qui est originaire du Yatenga, par exemple, a choisi de laisser sa fille célibataire accoucher chez lui.

« Il s'est passé un cas similaire chez moi à la maison. Ils [les membres du lignage] ont interrogé le jeune homme et il dit qu'il veut l'épouser. Donc ils ont décidé qu'une semaine après l'accouchement, il pourra célébrer le baptême de l'enfant avant de célébrer le mariage. Donc en attendant le mariage, j'ai été obligé de la laisser chez moi parce que nous on vient du Yatenga. Avec la distance je ne peux pas rester à Ouagadougou et chasser ma fille pour qu'elle aille jusqu'au village. Elle connaît à peine la famille. En plus, même les gens du village respectent de moins en moins la tradition. Si même les gens du village commencent à ne plus chasser leurs filles, c'est pas nous qui sommes en ville qui allons continuer à le faire ».

Le bannissement, qui était la règle absolue chez les *Moose*, tend ainsi à disparaître car il est difficilement applicable en milieu urbain. En cas de grossesse aujourd'hui à Ouagadougou, la tendance est plutôt d'identifier l'homme responsable, de procéder à des arrangements entre familles, d'envoyer ensuite la fille chez lui ou de la laisser chez ses parents et de formaliser les liens après l'accouchement. Même les musulmans qui interdisaient l'union de la jeune fille enceinte et le responsable de la grossesse ont été contraints d'adapter leurs règles aux exigences urbaines en permettant désormais le mariage dans une logique du moindre mal.

« On est dans un contexte de dépravation généralisée et comme le disent les Bobolais, on gère en ce moment. De nos jours, lorsqu'une jeune fille est déjà enceinte et qu'on essaie de l'éloigner de son copain, on se rend compte que c'est la jeune fille qui souffre le plus. Donc nous préférons célébrer le mariage mais cela ne fait pas partie des principes de l'Islam et les avis sont partagés. C'est une décision qui consiste à leur faciliter la vie parce que nous sommes dans un contexte où nous ne pouvons pas appliquer nos principes dans les normes» (propos d'un imam).

S'il est anormal d'être enceinte hors des liens du mariage, cela l'est encore plus lorsque la grossesse n'est pas reconnue par le responsable. Certaines grossesses planifiées changent de statut consécutivement aux dérobades des hommes. Ève, une jeune femme de 18 ans qui a immigré à Ouagadougou pour chercher du travail, rêvait depuis toujours

d'être mère. Elle manifesta ainsi son désir à son compagnon quelques mois après le début de leur relation amoureuse. Ce dernier se disait « pas prêt », mais refusait tout de même des rapports protégés, ce qu'Ève interpréta comme un désir inavoué d'enfant. Elle décida donc de laisser la nature faire les choses.

« Je savais qu'en se protégeant pas je pouvais tomber enceinte, donc j'ai décidé de ne plus rien faire pour me protéger, et si ça arrive c'est ça. Ce sera Dieu qui l'aura décidé et peut-être qu'il va finir par l'accepter ».

En décembre 2012, un an après le début de leur relation, elle constata sa grossesse et en éprouva une immense joie. Toutefois, lorsqu'elle informa son compagnon, ce dernier réagit négativement, allant jusqu'à nier en être l'auteur. Le refus de son copain de reconnaître la grossesse la plongea dans un grand désarroi et lui fit revoir son rapport à sa grossesse. Elle désirait certes être mère, mais uniquement si son enfant avait un père. La grossesse qu'elle désirait se transforma de fait en grossesse non désirée. Malgré la proposition que lui firent ses employeurs de l'aider à prendre en charge sa grossesse, elle décida qu'elle n'était pas prête à assumer la maternité. Même si elle en avait le désir, les conditions pour la réalisation de cette maternité ne seraient pas encore réunies.

« Je suis rentrée la nuit, je n'arrive pas à dormir. Je vais accoucher un enfant sans père et puis dire quoi ? Je veux d'un enfant mais je veux un enfant qui a un papa. C'est vrai que je veux un enfant, mais je peux pas l'avoir n'importe comment ».

Le spectre de l'enfant sans père, du *tanpiri* a ainsi pesé sur son choix d'interrompre la grossesse.

Dans un autre registre, les grossesses issues du multi-partenariat peuvent devenir, elles aussi, problématiques. Elle pose dans certains cas des difficultés dans l'identification du géniteur, ce qui amène les jeunes femmes à en désigner plusieurs ou à faire assumer la grossesse par un homme qui n'en est pas le responsable. Rappelons-le, le multipartenariat chez les jeunes femmes obéit à des logiques particulières : il permet « d'assurer ses arrières » et aussi d'accroître, dans certains cas, les sources de revenus. Lorsqu'une grossesse survient, la propension est à désigner le « titulaire » comme l'auteur. Toutefois, dans les représentations sociales, faire assumer à un homme une grossesse qui n'est pas la sienne entraîne un désordre social pouvant coûter la vie à la

femme pendant l'accouchement. C'est à ces représentations que Safia, 25 ans, fut confrontée lorsqu'elle tomba enceinte d'un de ses « CDD ». Elle a informé au départ son « titulaire » qui a manifesté une joie à l'idée de cette paternité, mais une discussion avec sa tante l'amena à se rétracter.

« Ma tante m'a dit de faire attention, que si je m'amuse je risque de mourir à l'accouchement, que tu peux arriver à l'accouchement et avoir des difficultés à accoucher, tant que tu ne dis pas au monsieur que l'enfant n'est pas de lui, tu ne peux pas accoucher ».

Elle annonce finalement à son copain qu'elle ne se sent « pas prête » à être maman et veut avorter. Son copain dans sa volonté de la dissuader va la conforter dans sa décision.

« Hier matin il m'a dit que leur famille est compliquée. C'est des Toussian, dans leurs coutumes, les noms des enfants se suivent. Le premier enfant a son nom, le deuxième a son nom, le troisième aussi, chaque enfant a son nom. Lui il a déjà un enfant qu'on appelle Yalbil, si moi je garde la grossesse, ce sera le deuxième et il aura son nom coutumier. Mais si j'enlève, si je prends une grossesse et le troisième naît, on va lui donner le nom du deuxième parce qu'ils ne savent pas que j'ai avorté. Alors que si on n'appelle pas l'enfant par le nom qui lui est destiné, il meurt. Tu vois ça ? Je peux lui donner la grossesse comme je l'avais voulu au début, mais vu comment ils sont dans leur famille, on va donner un nom à l'enfant et il va mourir puisque c'est pas pour lui. Je vais faire un autre, on va lui donner le nom du troisième, lui aussi il va mourir. Est-ce que moi je suis bête pour garder cette grossesse pour aller rester avec toi et faire mes enfants qui vont mourir à tour de rôle ».

Elle n'a donc pas voulu compromettre ses possibilités futures de procréer et a choisi d'interrompre la grossesse.

Lorsque des cas de contestation de paternité surviennent - soit l'homme désigné nie avoir eu des rapports avec la fille ou considère qu'il n'est pas le seul, soit plusieurs hommes sont désignés par la fille - le conflit qui en résulte peut être entendu et géré par les autorités coutumières et religieuses, c'est-à-dire les chefs de quartier, les chefs coutumiers, les imams, les pasteurs. Quand ces autorités échouent dans la négociation,

le problème peut être porté devant des institutions telles que les services sociaux (l'Action Sociale) et la Justice, dont voici une illustration.

Extrait de carnet de terrain : garde du 13 octobre 2011 au FS2. Une jeune femme, Maria, 22 ans et déscolarisée, est admise sur demande de la police pour coups et blessures sur grossesse. Elle a été battue par son petit ami parce qu'elle refusait sa proposition d'interrompre la grossesse. Dans la salle d'accouchement, la sage-femme lui réclame un document officiel avant d'intervenir. La jeune n'a pas le document en question car les policiers ne lui ont rien remis. Elle lui demande alors de retourner le chercher avant qu'elle ne puisse l'examiner. N'étant pas certaine qu'elle reviendrait, je lui propose discrètement de la rencontrer. Elle me donne son accord et nous échangeons nos numéros de téléphone.

20 octobre 2011. Je l'appelle pour m'enquérir de son état de santé. Elle va mieux, mais ne peut pas me parler parce qu'elle est à l'Action Sociale. Elle m'a rappelée l'après-midi même pour m'expliquer que ses parents avaient convoqué le monsieur à l'Action Sociale et qu'ils ont tous comparu : *« Au début il a commencé à nier que c'est pas lui, alors qu'il savait bien que c'était lui. Le type de l'Action Sociale lui a dit que s'il sait que c'est lui il n'a qu'à dire et puis on va gérer ça entre nous sinon ils vont envoyer l'affaire à la Justice. Il a fini par dire que c'est lui, que mais il n'a pas les moyens pour assumer »*.

La jeune femme a pu bénéficier d'un soutien, minimal certes, et de la reconnaissance nécessaire à la poursuite de sa grossesse grâce à la médiation de l'Action Sociale. En matière de gestion de contestation de paternité, cette institution est le premier niveau de recours officiel pour des jeunes femmes comme Maria et ses parents. Cette structure essaie, à son niveau, de régler essentiellement à l'amiable les conflits. Lorsqu'une solution n'est pas trouvée à ce niveau, l'Action Sociale recourt aux tribunaux pour que la jeune fille puisse faire valoir ses droits de manière officielle.

« Si l'homme refuse de reconnaître la grossesse au niveau de l'Action Sociale, elle nous transmet le dossier à partir de ce qu'ils appellent une fiche de liaison dans laquelle ils expliquent ce qui a été fait. La fiche est remise aux intéressées et ils remettent ça au secrétariat ici. Après ce sont les rendez-vous pour faire la confrontation et essayer de régler à l'amiable encore. Les deux parties s'expliquent, exposent les conditions dans lesquelles la grossesse a été contractée,

est-ce qu'il y a eu des rapports protégés ou non, date des derniers rapports, etc. Si l'homme accepte, reconnaît la paternité, on essaie de fixer avec lui un montant pour gérer la grossesse. Mais si l'homme insiste toujours, alors on utilise les textes pour trancher » (propos d'un juge chargé des affaires familiales, palais de justice de Ouagadougou).

Néanmoins, ce processus peut s'avérer long car il est soumis aux aléas de l'administration et à la réactivité aux convocations des parties concernées. L'utilisation des textes et le dénouement dépendent, selon ce magistrat, des juges commis aux cas. Certains juges, par exemple, choisissent d'attendre que la jeune femme accouche pour procéder à des examens sanguins, ce qui implique qu'elle doit gérer seule la grossesse et l'accouchement. Alors que certaines jeunes femmes ne sont pas en mesure d'assumer les frais de la grossesse et peuvent par conséquent décider d'interrompre la grossesse. Face à cette situation qui fait figure de jurisprudence, ce juge m'a confié procéder autrement pour éviter que les jeunes femmes ne soient tentées d'aller vers l'avortement.

« Je caracole avec les textes en fait, j'invoque un principe de droit qui stipule que "l'enfant simplement conçu doit être considéré comme né chaque fois qu'il y va de son intérêt" et aussi la convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant qui dit que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être primordial. Étant donné que l'enfant doit naître vivant et viable, il faut s'occuper des besoins vitaux de la mère, et en faisant ça, on oblige l'homme ou les hommes désignés par la fille à lui verser quelque chose le temps qu'elle accouche et qu'on fasse les examens sanguins. Voilà comment moi je m'arrange ».

La justice peut ainsi obtenir des subsides (pension versée à la femme enceinte) de la part du présumé ou des présumés géniteurs pour la prise en charge de la grossesse en attendant une confirmation sanguine après la naissance de l'enfant. Cependant, compte tenu de la longueur de cette procédure et de l'absence de certitude quant à son issue, ainsi que le malaise social qu'elle implique, poussent certaines filles à ne pas y recourir et à lui préférer l'avortement.

En somme, que ce soit en regard des référents de la « vieille école » ou de la « nouvelle école », la grossesse chez la célibataire renvoie à une situation anormale qui, si elle est connue, peut donner lieu à des situations de « violences » physiques ou symboliques de la part des proches, comme de l'entourage. Les perceptions que ces

acteurs ont de la grossesse peuvent ainsi influencer les perceptions qu'une jeune femme a de sa grossesse. Le changement de statut consécutif aux grossesses stratégiques est ainsi la conséquence de rupture de projets matrimoniaux. La fin d'une relation amoureuse ou la dérobade du partenaire font passer ces grossesses de « planifiées et désirées » à « non désirées ». La peur de perdre un soutien dans un contexte de dépendance et la crainte des implications du statut de « fille-mère » conduisent à opter pour l'avortement. En effet, le statut de « fille-mère », une notion qui revêt une connotation péjorative, expose à la stigmatisation et au rejet, et surtout, il réduit les chances de trouver un mari car la maternité détruit la « fraîcheur » recherchée par les hommes. Le recours à l'avortement devient alors un moyen pour préserver les liens sociaux et économiques en cas d'échec de la stratégie initiale. Néanmoins, l'avortement, en tant que pratique, fait lui aussi l'objet de perceptions et est soumis à des normes qui en font un risque pour la jeune femme.

2.2.2. ...Aux perceptions des risques de l'avortement

La crainte de poursuivre la grossesse est aussi importante que celle liée à l'avortement illégal et non médicalisé. En effet, le recours à l'avortement au Burkina Faso est encadré par des normes et des codes qui exposent la femme qui s'y adonne à un triple risque : risque judiciaire, sanitaire et social.

2.2.2.1. Le sens de l'avortement à Ouagadougou. Des mots pour dire et expliquer l'avortement

Par définition, l'avortement est l'interruption d'une grossesse avant son terme. Il peut se produire de manière spontanée ou intentionnelle. À Ouagadougou, toute une sémantique est associée aux manières dont ces avortements se produisent et toutes les expressions convergent vers la notion de responsabilité et de ses implications/incidences sur les rapports sociaux.

« Puga yiibu ». La logique de l'infortune et de la commisération

Un avortement spontané (ou encore fausse couche) est un avortement pour lequel la grossesse n'est pas interrompue volontairement (Jagnayak, 2005). Il se produit naturellement et n'implique la responsabilité de personne (celle de la femme enceinte

par exemple). En *moore*, un avortement spontané se dit *a puga*³³ *saa man min*, « sa grossesse s'est gâtée ». Cette idée laisse entendre clairement qu'aucune responsabilité n'est en cause, et au demeurant, il est l'œuvre d'une volonté suprême. Ce type d'avortement est sujet à la commisération car « globalement, chacun admet que les causes ne dépendent pas de la femme qui a porté la grossesse ; toute idée d'intentionnalité est repoussée. Ici le sujet est agi » (Moussa, 2012, p. 344). Même si la fausse couche n'engage pas la responsabilité de la femme, elle n'est pas un événement fortuit. Elle est généralement mise sous le compte de l'infortune, et les agents causaux renvoient à Dieu, aux maladies, notamment aux crises palustres pendant les premiers moments de la grossesse, aux travaux pénibles pendant la gestation, aux effets secondaires de certains médicaments, etc. Les conceptions magico-religieuses autour de la procréation sont aussi mobilisées pour expliquer et comprendre le mécanisme de l'avortement spontané. En effet, le *kinkirga*, esprit participant à la création de toute nouvelle vie humaine (je décrirais dans la seconde partie les représentations symboliques du processus de cette création, et comment celles-ci déterminent le statut du fœtus dans la société *moaga* et d'autres groupes ethniques), est décrit comme un esprit très capricieux et susceptible qui choisit vers qui il veut aller et qui peut s'en aller lorsqu'il ne se plaît pas ou n'est pas satisfait du comportement de son hôte : « L'extrême délicatesse du *kinkirga*, sa susceptibilité, ses caprices font qu'il impose des rigueurs considérables à la future mère, en la menaçant constamment de repartir si l'on ne faisait pas ce qui plaît ou si l'on parlait imprudemment de sa présence » (Badini, 1978, p. 108). Amadé Badini (1978) et Doris Bonnet (1988) relient la discrétion de la femme enceinte à ce trait de caractère du *kinkirga* : « L'importance de la discrétion qui entoure la grossesse s'annonce déjà dans la précaution avec laquelle on utilise le mot *pugha*. Tout comme on se garde par exemple de prononcer le véritable nom de son père ou de sa mère, de peur de les « dé-forcer » et de les rendre vulnérables, de même on évite de prononcer clairement le mot *pugha* à propos de la femme enceinte. On

³³Selon Amadé Badini (1978), la personne humaine (*neda*) chez les *Moose* est composée de plusieurs éléments qui renvoient à plusieurs sens. Le *pugha* (qui s'écrit aussi *puga*), composante de ces éléments, renvoie au ventre dans son sens premier. Il s'agit, selon lui, d'un symbole réunissant en lui tout ce qui serait lié aux instincts et aux appétits « charnel et corporel » (p.64). Il est l'endroit où va la nourriture, le lieu où se trouve le *yando* (les intestins) et joue un grand rôle dans l'alimentation. Le *pugha* apparaît aussi comme le siège de la sincérité de l'homme, son intérieur, sa conscience. Enfin, le *pugha* renvoie à la procréation. En effet, ce terme prend une part considérable dans les expressions relatives à la conception et intervient en grande partie dans tout ce qui désigne la femme. « Il n'est pas étonnant que l'essentiel, pour ne pas dire la totalité du sens du terme *pugha* soit en rapport avec la femme, si non avec la féminité » (p. 65).

préfèrera des termes allusifs et des métaphores. (...) La réalité est que le secret absolu dont on entoure la grossesse, qui oblige qu'on ne dise rien à la future mère à propos de son nouvel état, relève d'une rigueur et d'une nécessité d'ordre métaphysique. Les *Moose* pensent que dire à la jeune femme qu'elle est enceinte, avant le sixième mois, provoquerait chez elle une fausse couche » (Badini, 1978, p. 109). Henri Labouret (1931) décrit des précautions quasi similaires chez les *Lobi*. Il fait cas de la nécessité de la discrétion autour du début de la grossesse. On ne dit pas directement que la femme est enceinte car cela est perçu comme susceptible de provoquer un malheur, notamment provoquer une fausse couche. En lieu et place différentes expressions seraient utilisées : elle s'est transformée, elle a changé, elle a mangé du haricot, etc.

Par conséquent, dès lors que l'état de la femme était connu de son entourage, elle était soumise au respect d'un certain nombre de prohibitions dont le non respect pouvait occasionner une fausse couche. Dans le cas des *Moose*, Amadé Badini (1978, p. 110) montre que les précautions visent à « protéger le *kinkirga* incarné d'abord contre lui-même compte tenu de ses exigences, puis contre les autres *kinkirsi* qui, jaloux, voudraient le persuader de revenir auprès d'eux. Cette nouvelle situation spéciale que vit la femme enceinte orientera toute sa vie à travers ses comportements et ses rapports jusque dans les moindres détails : les rapports les plus dangereux pour elle sont ceux qu'elle pourrait entretenir avec ses anciens amants, ne fut-ce qu'une simple salutation. Elle doit se garder de tuer ou de faire du mal, même par mégarde aux animaux. Elle doit surmonter ses envies notamment alimentaires, cacher son état aux esprits malveillants et se protéger des mauvaises vues et langues ».

Chez les *Lobi*, la femme évitera l'infidélité et prendra soin de ne pas « s'asseoir sur les sièges de personnes qu'elle ne connaît pas, elle n'utilisera jamais une chaise d'homme, n'autorisera aucun étranger à porter la main sur le bois dont elle se sert pour alimenter son feu, elle veillera sur sa nourriture, n'absorbera pas d'aliments de provenance suspecte et ne permettra pas qu'on la touche ou la frappe à la hauteur des reins. La femme enceinte doit aussi se garder de tout contact avec un épineux de taille moyenne ayant des propriétés abortives, elle ne mangera ni miel ni sucre, et évitera la vue du sang de crainte de gâter son fruit » (Labouret, 1931, p. 304-305).

Ainsi, chez les *Moose*, les *Lobi* et dans la société burkinabè de manière générale, la fausse couche n'est pas la résultante d'un acte délibéré. Il s'agit d'une infortune qui

en tant qu'évènement subi, donne lieu à la compassion et à la solidarité : on essaiera ainsi de consoler la femme de la perte, de trouver les raisons de la fausse couche en recherchant l'agent pathogène dans les débris ovulaires ou en consultant un devin et en faisant des offrandes pour éviter que cela ne se reproduise. L'avortement provoqué par contre donne lieu à une tout autre interprétation.

« *Puga yiisugu* ». *La logique de la transgression et de l'accusation*

Un avortement provoqué est défini comme une procédure visant à mettre un terme à une grossesse intra-utérine afin de produire un fœtus non viable à n'importe quel âge gestationnel (Berman et al., 1985). En *Moore*, l'avortement provoqué se dit *puga yiisugu* qui signifie littéralement « sortir le ventre », c'est à dire interrompre la grossesse ou avorter, en opposition à *puga dikhre* (prendre le ventre, tomber enceinte). Il se dit aussi *saa min puga* (gâter le ventre) ou en Dioula *ka konon tian* (gâter le ventre) ou *ka konon bo* (enlever le ventre). Dans ces expressions, l'idée de l'action intentionnelle est mise en avant, celui du sujet qui agit, « elle a gâté sa grossesse » contrairement au sujet qui subit, « sa grossesse s'est gâtée », dans l'avortement spontané. L'agent est ici un être humain en l'occurrence les femmes les plus jeunes et célibataires qui sont systématiquement indexées. Ces femmes, guidées par les motifs précédemment évoqués, parviendraient à l'aide d'une pluralité de moyens (qui seront abordés dans la troisième partie) à interrompre l'évolution normale de la grossesse. Cet acte est très réprouvé dans la société burkinabè où il est perçu comme une mauvaise action associée au crime et au péché (les conceptions de la vie intra-utérine et l'avortement feront l'objet d'une analyse poussée dans le chapitre suivant).

2.2.2.2. *Les conséquences de l'avortement. Une réalité juridiquement, socialement et médicalement construite*

Une peine d'amende et d'emprisonnement

Ces notes de terrain permettent d'illustrer les risques juridiques induits par l'avortement et la manière dont les acteurs procèdent dans ces cas de figure.

Extrait de carnet de terrain : 03 janvier 2012, FS1. Une jeune femme, est admise accompagnée de plusieurs personnes dont son père, son compagnon et des proches de ce dernier. L'un d'eux remet un document au médecin de permanence. Il s'agit, dans le jargon médical, d'un « cas médico-légal », une réquisition rédigée par la brigade de

recherche de la gendarmerie nationale. Il est demandé dans cette correspondance adressée au médecin-chef de la maternité de procéder à un examen médical sur la jeune femme afin de juger de la viabilité ou non de sa grossesse suite à des manœuvres abortives. Le début remonterait à environ un mois ; la jeune femme, âgée de 18 ans et élève, a eu recours à une tradithérapeute de son quartier pour un avortement. Celle-ci lui aurait prescrit des comprimés de nature non précisée (dénommés épices) à prendre avec de l'eau chaude et du nescafé, associés à des manœuvres endo-vaginales à l'aide d'un bâton. Le 01 janvier à 8 heures, elle l'aurait consultée à nouveau et aurait reçu d'autres comprimés, de l'eau, du Nescafé et une potion de nature non précisée, le tout associé à nouveau à la manœuvre endo-vaginale. De retour chez elle en fin de journée, elle aurait été confrontée à de violentes douleurs qui ont éveillé les soupçons de ses parents. Devant l'insistance de son père, elle aurait avoué la tentative d'avortement chez la tradithérapeute. Le père aurait appelé le même soir les parents du responsable de la grossesse pour les en informer et le lendemain, ils seraient tous allés chercher la tradithérapeute pour se rendre à la gendarmerie et porter plainte. La gendarmerie a alors ouvert une enquête conformément au code de procédure pénale burkinabè. Après un examen et une échographie, le médecin de permanence fait le diagnostic suivant : patiente de 18 ans, deuxième geste, parité 0, avec un avortement sans antécédent pathologique connu. Admise pour tentative d'avortement, chez qui notre examen conclut à une grossesse intra-utérine évolutive de 23 semaines + 1 jour. Un bulletin est signé et remis à la patiente à 13h20mn ce jour.

18 mars 2012, entretien au domicile de la jeune femme (Mata) à Dapoya. Elle m'apprend que l'avorteuse qui avait été mise en garde à vue, a été relaxée après la remise du rapport de l'hôpital.

« Quand nous sommes allés à la gendarmerie, ils ont pris la femme. Ils avaient dit qu'ils allaient me garder là-bas aussi, mais comme ils voulaient qu'on fasse les examens pour voir si la grossesse est là, on m'a laissé partir. Quand on est revenu avec le papier de l'hôpital, ils nous ont demandé de partir faire une échographie encore et que si après ça l'enfant est toujours vivant, ils vont garder la femme quatre jours et puis la libérer. Mais ils ont dit que s'ils devaient emprisonner la femme, ils allaient m'emprisonner aussi parce que c'est moi qui suis allée voir la femme pour avorter. Donc ils ont dit que c'est moi-même j'ai tort et puis la femme-là me suit. Donc quand on a fait l'écho, ils ont dit que le

bébé se porte bien et ils ont laissé la femme. Quand ils ont laissé la femme, c'est la même nuit que le bébé est parti. Comme mon copain ne voulait pas qu'on m'emprisonne, il a voulu laisser l'affaire comme ça ».

Mata a échappé de justesse à des poursuites parce que sa grossesse était viable au moment de la procédure et parce que ses proches ont décidé ensuite de régler le conflit à l'amiable. Même si ce type de procédure est assez rare, il arrive tout de même que certaines femmes et des avorteurs soient poursuivis et emprisonnés pour des faits d'interruption volontaire de grossesse conformément au Code Pénal Burkinabè. Celui-ci punit l'avortement lorsqu'il n'est pas conforme aux clauses de la loi. Tenter donc un avortement clandestinement constitue un risque car il est passible d'emprisonnement et d'amendes, ce dont les jeunes femmes sont conscientes. En marge de ces risques juridiques figurent les risques sociaux.

L'opprobre comme prix social de l'avortement

Les perceptions sociales de l'avortement ne laissent pas de place à l'empathie bien que les contraintes conduisant au recours à l'avortement sont reconnues. Les jeunes femmes qui ont avorté ou sont soupçonnées d'avoir avorté sont étiquetées comme des criminelles, des filles frivoles et de mauvaise vie.

« Je connais une fille qui a avorté, quand les gens l'ont su, on l'a critiquée, on l'a insultée jusqu'à ce qu'elle n'arrivait pas à sortir de sa maison des fois. Je pense que c'est une bonne réaction, on devrait toutes les traiter comme ça et ça fera que d'autres fille ne feront pas la même erreur » (une jeune de 21 ans, étudiante).

Sur le plan symbolique, une femme qui a avorté est considérée par les *Moose* comme porteuse de *regdo* (saleté, impureté). Doris Bonnet (1988, p. 33) écrit à propos du *regdo* que « si chacun accumule de l'impureté au cours de son existence, sont considérés comme impurs, chez les hommes, les zoophiles et ceux qui ont une « mauvaise mort » ou qui ont commis un inceste ; chez les femmes, celles qui sont en période de menstruation ou enceintes, les accouchées, les veuves (jusqu'à la levée du deuil), celles qui commettent un inceste ou qui meurent, comme les hommes, de « mauvaise mort » ». Toutes les déviations sociales seraient productrices de *regdo* et les personnes porteuses de ce *regdo* représenteraient un danger non seulement pour elles-mêmes, mais aussi pour les autres. Au nombre de ces déviations sociales figure

l'avortement provoqué. Ainsi, une fille qui a avorté est considérée comme impure et constitue un danger pour les autres, surtout pour les êtres fragiles tels que les femmes enceintes et les nouveau-nés. Yaaba Fati (89 ans) m'a expliqué qu'une femme qui a avorté était par exemple interdite de contact avec les nourrissons.

« Quand une fille a fait un avortement, chez nous elle ne doit pas toucher un bébé parce que si elle le touche, comme il est fragile, le redgo qui est sur elle peut souiller l'enfant et le rendre malade ».

Le principe est d'œuvrer à éloigner les femmes soupçonnées d'avortement des personnes vulnérables comme les bébés et les femmes enceintes, ou encore de leur père comme ce fut le cas pour Jacky. Selon sa mère, l'oncle aurait refusé que son père rentre de la Côte d'Ivoire pour être à son chevet.

« Quand son père a appris qu'elle était hospitalisée, il a décidé de venir. Mais leur oncle, le petit frère de leur papa qui est à Tampouy, l'a appelée pour lui dire de ne pas venir, qu'elle est gâtée et qu'elle a avorté. Donc le papa a décidé de ne pas venir ».

Même l'utilisation de l'argent envoyé par le père pour contribuer aux soins de la jeune femme constituait un risque pour lui et pour cela l'oncle a refusé de le remettre.

« Notre petit papa a bloqué l'argent, il dit que comme c'est une affaire de grossesse, que si on utilise l'argent de papa pour les soins il va mourir, et que lui il ne va pas donner l'argent et contribuer à tuer son propre frère » (sœur de Jacky).

Les soins de Jacky ont donc été assurés par son frère jumeau, son grand frère et sa grande sœur.

Les jeunes femmes soupçonnées d'avortement font par conséquent l'objet de stigmatisation et de rejet parce qu'elles sont considérées comme déviantes et dangereuses pour la sécurité des autres. D'où une sorte de mise à mort sociale.

« Si une fille avorte et les gens le savent, pour voir un mec même devant sa cour ça va être un problème. Elle-même pour avoir un foyer, pour avoir un mari même ça va causer un problème. Les gens vont la fuir. Moi-même, si je sais, je vais la fuir parce que tout est gâté en elle. Et si tu n'étais pas au courant et tu pars vers

elle, quelqu'un va te dire "celle-là non ? Elle a avorté, il faut te chercher" »
(jeune homme de 28 ans, sans emploi).

Une jeune femme peut ainsi se voir refuser tout contact avec un bébé de son quartier sur la base de rumeurs, voir sa relation amicale se briser ou réduire ses chances d'être courtisée parce qu'elle aura avorté (ou qu'elle est soupçonnée d'avoir avorté).

Discours de santé publique sur les risques de l'avortement : mortalité et morbidité

Tout un discours médical est construit au Burkina Faso autour des risques de l'avortement et peuvent être constatés dans les notes suivantes.

Extrait de carnet de terrain. 19 novembre 2013, séance de sensibilisation sur les risques de l'avortement clandestin au Centre jeune ABBEF. 20 jeunes filles et deux jeunes hommes sont présents. L'animateur commence par les remercier de leur présence et entame la séance par une question sur ce qu'ils savent de l'avortement et de ses causes. Une jeune femme lève la main.

« Pour moi l'avortement, c'est quand on décide de gâter une grossesse, quand la fille enlève la grossesse. Bon, pour les raisons, c'est parce qu'elle ne veut pas de la grossesse et des fois aussi c'est parce que l'auteur de la grossesse l'a abandonnée. Pour certaines aussi c'est parce qu'elles ont peur des parents ».

Plusieurs participants interviennent pour évoquer d'autres motifs susceptibles de pousser à l'avortement et leurs perceptions de la pratique. À partir de ces réponses, l'animateur prend une boîte à images qu'il commente au fur et à mesure qu'il tourne les pages. La première image est celle d'une élève en face d'une sage-femme : elle vient de découvrir qu'elle est enceinte et imagine la réaction de ses parents. L'animateur explique qu'elle sera chassée par ses parents et qu'elle va devoir certainement renoncer à ses études. La seconde image la montre chez un homme qui lui tend une bouteille avec un contenu : elle serait allée voir un tradithérapeute qui lui donne une potion à boire pour avorter. Sur la troisième image, elle est allongée sur une table tandis qu'un homme en blouse blanche tente de lui introduire un objet dans le sexe et du sang coule : la jeune femme est chez un avorteur clandestin. L'image suivante montre une ambulance et la jeune femme sous transfusion sanguine dans un lit d'hôpital avec sa mère à son chevet : l'avortement se serait compliqué et elle a été conduite dans un centre de santé pour des soins. Et enfin sur la dernière image, un homme et une femme sur la terrasse d'une

maison regardent passer un couple avec deux enfants : la jeune fille est devenue maintenant une femme et s'est mariée, mais elle n'arrive plus à concevoir et elle est triste. L'animateur dans sa conclusion explique que l'avortement est dangereux et que les jeunes filles doivent prendre leurs précautions pour l'éviter car elles risquent différentes complications et peuvent même en mourir.

Cette séance d'animation est une composante des activités de l'ABBEF à l'endroit des jeunes. Elle vise à informer les jeunes filles sur les conséquences de l'avortement clandestin. En effet, l'avortement au Burkina Faso est aussi décrié parce qu'il constitue un risque pour la santé de la femme qui le subit. Compte tenu des conditions de réalisation des avortements clandestins, ils se soldent, dans bon nombre de cas, par des conséquences contre lesquelles un discours de santé publique a été construit par les institutions de l'État en charge de la santé reproductive et par différentes ONG. Les campagnes de sensibilisation dans les lycées, les collèges et les centres pour jeunes, ainsi que les affiches et brochures renseignent ainsi régulièrement la population jeune des différents risques encourus : hémorragies, rétention de débris, lésions traumatiques du col ou du vagin, perforation utérine, infections, intoxications, décès maternels, hypofertilité, avortement à répétition, grossesses extra-utérines, accouchement prématuré, rupture utérine, etc.

Discours populaires à propos des conséquences : décès et stérilité

En marge du discours médical s'est aussi érigé un discours populaire sur les conséquences sanitaires de l'avortement. Il y est constamment associé à la mort et à la stérilité. Cette rhétorique est construite à partir du discours médical et des représentations symboliques de la procréation. Ce discours relie les décès aux hémorragies, aux infections ou aux intoxications. J'ai eu droit à ces explications d'ordre médical jusqu'à ce qu'un père dont la fille est décédée suite à un avortement, m'en donne une autre version. Cet homme *peul* d'environ 70 ans vivant dans un village à environ 60 kilomètres de Ouagadougou expliquait ainsi le décès de sa fille de 17 ans.

« Tu sais, l'avortement, ça dépend des enfants. Certains enfants sont plus forts que toi et tu ne peux pas les enlever. Si tu essaies, tu meurs avec lui. Sauf que vous les enfants vous ne savez pas ça ».

Pour lui, certains fœtus seraient dotés de pouvoir les rendant indestructibles, donc « non avortables », contrairement à d'autres qui seraient sans pouvoir et par conséquent « avortables ». Ainsi, les femmes qui meurent en tentant un avortement sont considérées comme celles ayant tenté de supprimer un enfant qui était « non avortable ».

La grossesse peut aussi être un sort envoyé à une jeune femme dont on veut attenter à la vie pour la pousser à avorter et mourir ou devenir stérile. Je tiens cette version de Paula, 23 ans, qui l'a reçue elle aussi de son pasteur (une dame).

« Quand la dame a prié, elle a vu que c'est la famille de la fille qui veut sa mort et qui a causé cet accident [la grossesse] entre les deux enfants. Mais que si elle tente d'avorter cet enfant, soit elle va mourir, soit plus jamais elle ne va avoir d'enfant, qu'elle sait de quoi elle parle, qu'il ne faut pas qu'elle avorte ».

Selon Paula, le pasteur faisait référence à des membres de la famille élargie de cette jeune femme (elle était allée consulter le pasteur au compte d'une de ses amies). Les sorciers, les ennemis et les mauvais esprits seraient aussi susceptibles de profiter de l'état de vulnérabilité induit par l'avortement pour attaquer leurs victimes. La mère de Jacky a d'ailleurs associé le coma de sa fille à des attaques de sorciers.

Quant à la stérilité, elle est comprise dans un premier temps comme résultant de l'endommagement des organes reproducteurs de la femme (l'ablation de l'utérus par exemple) à la suite de l'avortement. Le deuxième argument d'ordre magico-religieux se rapporte au « capital-enfants » de chaque femme développé par Doris Bonnet (1988) dans ses travaux. En effet, les enfants à venir, les *kinkirsi*, existeraient dans un autre monde, celui du « regard retourné ». Dans ce monde, chaque femme posséderait un capital-enfants qui prédétermine le nombre d'enfants qu'elle pourrait avoir le long de sa vie génésique. Ce capital peut être constitué d'un, de deux, de trois, voire 10 ou 15 enfants. Néanmoins, le capital est une donnée incertaine. Il est impossible pour le commun des humains de savoir à l'avance le nombre d'enfant qui lui est destiné, à moins de consulter un devin par exemple. Toutefois, ce capital serait surtout lignager : si dans un lignage une femme a plusieurs enfants, cela peut jouer sur le capital des autres femmes du lignage. Certaines peuvent donc se retrouver sans enfant (stériles), et d'autres n'auront qu'un ou deux enfants : « ainsi le capital est-il considéré comme justement (ou injustement) réparti entre les différentes femmes d'un lignage » (Bonnet, 1988, p. 123). Pour revenir à l'avortement, si par exemple ce capital prévoyait un seul

enfant pour la jeune femme, avorter la rendrait stérile puisque ce capital se verrait épuisé. Nombreux sont les Burkinabè qui croient en ce capital-enfants et à l'impact de l'avortement sur celui-ci, même si dans les jeunes générations, c'est plutôt Dieu qui est mis en avant à la place des *kinkirsi*.

« On ne sait jamais combien d'enfants Dieu a réservé pour nous. Imagine si c'était le seul enfant que Dieu avait prévu pour toi et tu décides de l'avorter ? Ça veut dire que tu ne pourras plus jamais avoir d'enfant. C'est pour ça que l'avortement n'est pas bien » (propos d'une jeune femme de 22 ans, élève).

Certains jeunes interlocuteurs vont jusqu'à étendre ce capital-enfants à l'homme. Ce dernier, tout comme la femme, aurait un capital-enfants que l'avortement peut détruire à son insu, le rendant stérile.

« Même l'homme peut ne plus avoir d'enfants. Au niveau du monsieur, peut-être que c'est le seul enfant que Dieu avait réservé pour lui, donc si la femme qu'il a mise enceinte avorte la grossesse, ça veut dire que même s'il va avec une autre femme, il ne peut plus avoir d'enfant » (jeune homme de 22 ans, commerçant).

Dans cette perspective, les femmes qui rencontrent des difficultés à concevoir après un avortement sont considérées comme ayant épuisé leur capital-enfants ou comme des femmes dont le partenaire aurait épuisé le sien. Or, lorsqu'une jeune femme décide de recourir à l'avortement parce qu'elle estime qu'elle n'est pas prête, il s'agit pour elle de différer la maternité et non de prendre le risque de la compromettre en devenant stérile.

Pour conclure ce point, on peut dire que choisir d'avorter pour échapper aux risques induits par la grossesse, c'est aussi prendre les risques d'être poursuivie, d'en garder des séquelles comme la stérilité, voire de mourir. Et si la jeune femme y échappe, elle peut être confrontée à la vindicte sociale et au rejet. Prendre la décision de poursuivre la grossesse ou au contraire d'avorter, c'est comparer ces différents risques et choisir le moins grave pour le parcours de vie et pour le modèle idéal de transition vers l'âge adulte. Comment se déroule ce processus de prise de décision et quels acteurs y sont associés ?

2.3. Les acteurs de la décision et trame de la négociation

Les motifs avancés pour décider de l'interruption d'une grossesse et énoncés dans l'expression « je n'étais pas prêt(e) » sont l'aboutissement d'un processus décisionnel dont les contours sont jusqu'ici très peu éclairés. Pour Robert Michit (1998), seuls les contenus décisionnels, dans le cas présent, le fait de choisir l'avortement et les motifs avancés pour justifier ce choix, sont directement observables. Le processus qui y conduit serait caché et l'évaluation des conditions de cette délibération demande de cerner la structure décisionnelle qui l'active (Michit, 1998). En théorie, décider consiste à choisir de manière rationnelle entre plusieurs possibilités parmi lesquelles l'une serait la bonne (Morel, 2002). Pendant longtemps, la décision a été étudiée par des disciplines comme l'économie et la psychologie dans sa dimension institutionnelle (dans des entreprises, des instances de gouvernance, etc.). Les théoriciens de la décision, selon Lucien Sfez (1992), fractionnent le processus en trois moments : la délibération, la décision et l'exécution. Il s'est attelé à déconstruire ce découpage en critiquant les bases qui le fondent, à savoir sa linéarité, la rationalité et la liberté accordée à ceux qui prennent la décision. À la place de cette conception de la décision comme un acte isolé, complètement exempt de l'influence de l'environnement social dans lequel évolue l'individu, il propose la théorie de « l'homme aléatoire » basée sur la multi-rationalité du processus de prise de décision et qui se fonde sur les interactions entre les individus, ainsi que l'influence des rationalités les unes sur les autres. Il s'agit ici d'appliquer cette vision de la prise de décision à une sphère privée, en l'occurrence celle relative au choix de garder ou non une grossesse par une femme et la trame de négociation que le processus de décision met à jour (Strauss, 1992) : notamment la négociation entre des risques (risques induits par la grossesse dans sa trajectoire de vie *versus* risques de l'avortement) et la négociation entre des acteurs (la femme, le partenaire, les proches, etc.).

Dans les contextes où la pratique de l'avortement s'est libéralisée comme en France, les travaux de Pascale Donati et *al.* (2002) ont montré, d'une part, l'existence d'un processus décisionnel encadré par la législation qui accorde la primeur de la décision à la femme et impose un délai à la phase de délibération (le temps de la décision et du recours aux soins ne doit pas excéder les 14 semaines d'aménorrhée exigées par la loi). D'autre part, ils ont souligné une faible participation des membres de l'entourage familial et amical dans la décision (sauf dans le cas des mineurs où une

autorisation parentale est requise), et qui n'interviendraient que pour conforter une décision déjà prise. L'homme, en revanche, jouerait un grand rôle dans la décision de par sa capacité à la structurer. Néanmoins, la décision finale reviendrait toujours à la femme qui est la seule habilitée à la finaliser et la mettre en œuvre.

Qu'en est-il du Burkina Faso où l'avortement fait l'objet de restrictions et qui refuse officiellement à la femme le droit à la décision (les seules possibilités de décider étant du ressort des médecins et des magistrats) ? Quelles sont les marges de manœuvre des femmes lorsqu'elles sont amenées à prendre la décision dans un milieu où les rapports de genre et de génération occupent une place dominante, notamment en ce qui concerne leur vie génésique et reproductive (Badini, 1978 ; Bonnet, 1988) et ce dans un contexte où les risques induits par la grossesse et ceux de l'avortement peuvent rendre le choix d'avorter pénible et éprouvant.

2.3.1 Histoire d'une décision. Le cas de Paula

Paula, une jeune femme célibataire de 23 ans, déscolarisée en classe de CE2 et de religion catholique, était serveuse chez un « glacier » avec une rémunération irrégulière d'environ 20.000 Fr CFA par mois. Ce salaire lui permettait de subvenir à ses besoins, payer le loyer de son petit studio et d'aider sa mère restée dans son village à environ 300 kilomètres de Ouagadougou. « Malheureuse en amour », selon ses termes, elle entretenait depuis quatre mois une relation amoureuse avec un célibataire de 25 ans dont la profession et les projets la concernant étaient mal connus. À cause de cette situation sociale et de l'incertitude liée à l'issue de sa relation amoureuse, elle ne se sentait pas « prête » à avoir un enfant, mais elle n'utilisait pas de méthode contraceptive. En visite un jour chez son compagnon, celui-ci lui proposa d'avoir une relation sexuelle. Elle refusa au motif qu'elle n'était pas dans sa « bonne période », ce qui ne l'empêcha pas de l'agresser.

« Il a voulu qu'on fasse l'amour, je lui ai dit non, que j'ai l'impression que je suis dans ma mauvaise période, donc il ne faut pas essayer. Quand j'ai dit ça, il m'a attrapée, que y a pas de problème. Je dis non, si tu fais et s'il y a grossesse je serai dans des problèmes. Il me dit que non, qu'il va assumer. Je dis "tu vas assumer ? Le problème c'est que même si toi tu vas assumer, moi je ne veux pas encore d'enfant, je me cherche d'abord, donc je ne veux pas que ça arrive". Il a

refusé. C'était quelque chose qu'il a fait par force. Ses parents dormaient, donc j'ai crié, mais ils n'ont pas entendu ».

Une semaine après, Paula ressentit des sensations physiques qu'elle n'associa pas tout de suite à un début de grossesse. Au bout de la deuxième semaine, elle décida d'en faire part à son compagnon et ils eurent une discussion sur l'éventualité d'une grossesse dans laquelle Paula signifia son opposition à l'avortement.

« Il m'a demandé que si c'est une grossesse, je pense faire quoi, je lui ai répondu que je pense garder. Toi tu m'obliges à faire un enfant et puis tu me demandes si c'est une grossesse je pense faire quoi ? Je dis si c'est un enfant on garde hein ! Tu es responsable, on garde. Il me dit d'accord, que y a pas de problème aussi ».

Suite à la persistance des malaises, elle en parla à une amie qui lui suggéra l'idée de faire un test de grossesse. Le test intervint un mois après le rapport sexuel et se révéla positif. Paula, qui avait commencé à avoir des doutes, éclata en sanglots et se mit à injurier son compagnon l'accusant de l'avoir mise dans de sales draps. Son amie informa immédiatement au téléphone le compagnon de Paula qui fixa un rendez-vous le même soir à cette dernière pour en parler. Elle conseilla ensuite à Paula de se calmer et de réfléchir à tête reposée à ce qu'elle voulait faire afin d'en parler à son compagnon. Un conseil que suivit Paula en attendant son rendez-vous.

Lorsqu'ils se retrouvèrent, le compagnon décida que Paula devait avorter mais elle s'y opposa.

« Je dis moi je ne veux pas ça, je ne veux même pas entendre ce mot-là. C'est vrai que je voulais pas faire un enfant tout de suite, mais je voulais pas avorter. Je me suis dit, c'est Dieu qui a voulu, donc il faut que j'accepte. Donc j'ai dit non, on n'avorte pas. Et en plus dans ma vie c'est quelque chose que je voulais jamais que ça m'arrive, avortement-là, je voulais pas, parce que c'est pas une bonne chose ».

Un bras de fer s'engagea entre eux les jours suivants pendant lesquels chacun fit intervenir leurs amis respectifs pour faire fléchir l'autre. Le compagnon passa ainsi par l'amie de Paula pour lui faire accepter l'idée de l'avortement.

« Ma copine est venue me voir, que pourquoi moi je refuse, que si le gars dit qu'il ne veut pas, que moi je dois l'écouter parce que si je refuse et je garde, je vais en

baver. J'ai dit à ma copine que c'est pas grave, que je vais m'occuper de mon enfant seule ».

Paula, quant à elle, espérait obtenir de l'aide auprès d'un ami de longue date de son compagnon pour convaincre ce dernier d'accepter la grossesse.

« Il y a son ami qui était à Bobo à qui j'ai parlé et lui et moi on n'était pas d'accord pour enlever la grossesse. Donc lui il m'a dit qu'il va grouiller, prendre même si c'est deux jours pour venir à Ouaga pour gérer ça. ».

Cependant, l'ami en question changea d'avis après en avoir discuté avec le compagnon et rejoignit le camp de ceux qui voulaient qu'elle avorte.

« Un samedi Alex a quitté Bobo, c'était deux semaines après le test, il est arrivé ici vers minuit et il m'a appelée que lui il vient d'arriver. Le lendemain soir je devais le rencontrer pour en parler, pour qu'on trouve une solution pour garder l'enfant. Sauf qu'entre-temps, il avait eu le temps de parler avec Ousmane et il a dit à Alex que lui il a déjà parlé à sa maman et sa maman dit qu'il faut même pas que le vieux va entendre ça, qu'il n'a qu'à avorter, que s'il n'avorte pas, que dans leur famille c'est leur totem, que ce n'est même pas possible qu'il garde un enfant avant le mariage. Donc Alex a aussi commencé à me dire que de faire pardon et puis écouter son ami et faire l'avortement ».

Perdre ce soutien n'ébranla tout de même pas la détermination de la jeune femme d'avoir son enfant. Son compagnon tenta une nouvelle approche une semaine après le départ de son ami de Bobo-Dioulasso, cette fois-ci en compagnie de son cousin et d'un autre ami.

« Il m'a demandé de venir chez lui qu'il veut me parler. Quand je suis allée, il y avait son cousin à qui il en avait parlé, je ne connaissais même pas le cousin en question. Donc lui il m'a amenée au bord du goudron, il a appelé un de ses amis aussi pour m'annoncer que sa maman ne veut toujours pas de notre enfant, qu'il faut que je fasse l'avortement parce que sa maman n'est pas d'accord, et si jamais son papa apprenait, il va le foutre à la porte, pourtant lui-même il se débrouille, il dépend de ses parents. Il m'a suppliée à genoux comme ça. Quand il a dit ça je me suis levée, je dis je vais mourir en même temps, je suis allée au milieu de la route, ils ont couru pour m'attraper pour me calmer ».

Après cet épisode, Paula se retrouva seule dans son combat et les amis de son compagnon qui promettaient de l'aider (elle en avait contacté deux autres en plus de celui de Bobo-Dioulasso) lui tournèrent tous le dos, de même que son amie. Pire, elle subit maintenant des menaces de leur part. La négociation ponctuée de menaces s'étala ainsi sur deux mois et devant son entêtement, son compagnon choisit de se passer de son avis et d'user d'un subterfuge pour l'amener chez un avorteur.

« Un jour il est venu me dire qu'il a une course à faire, qu'il veut que je l'accompagne. Moi je n'ai même pas pensé que c'était un piège, puisque ça faisait quelques jours qu'il ne parlait plus d'avortement. Quand on est arrivé c'était dans une clinique, j'ai commencé à me poser des questions, mais je ne lui ai rien dit. Il m'a dit d'attendre, qu'il va parler avec quelqu'un. Après il est revenu avec un monsieur qui m'a dit de le suivre. J'ai demandé à mon copain que c'est pour quoi ? Il me dit que de partir seulement. Quand on est rentré dans la salle, il m'a dit de me déshabiller, je dis wai ! moi je ne peux pas me déshabiller. Quand j'ai dit ça il m'a crié dessus «enlève ton slip rapidement et couche toi ici ». Moi j'ai eu peur d'un coup, au nom de Dieu j'ai eu peur du gars-là. Donc j'ai commencé à pleurer, j'ai enlevé mon pagne et mon slip et je me suis couchée. Il me dit de faire vite, que lui il n'a pas le temps. Si tu vois le gars-là, il est en forme comme ça, costaud. Moi je me suis couchée. Il a écarté mes pieds-là comme ça, il a pris comme genre un fer, quand il a enfoncé ça à l'intérieur-là, moi j'ai commencé à avoir des fortes douleurs au niveau du bas du dos ».

C'est ainsi que l'avortement de Paula fut réalisé, elle était à environ 12 semaines de grossesse. Son histoire traduit toute la complexité du processus décisionnel conduisant à l'avortement. J'ai dénombré dans ce cas 11 séquences qui commencent en amont du diagnostic officiel de la grossesse à son interruption effective et qui sont illustrées dans le tableau ci-dessous.

Séquences	Acteurs impliqués	Motifs	Décisions	Finalités
1	Paula Compagnon	Signes de grossesse et conduite à tenir si grossesse	Pas d'avortement si grossesse	Attente
2	Paula Amie de Paula	Persistance des signes de grossesse	Faire un test de grossesse	Test réalisé et positif
3	Amie de Paula Compagnon	Informé du test positif	En discuter avec Paula	Rendez-vous Paula et son compagnon
4	Paula	Test positif et conduite à tenir	Garder la grossesse ou avorter	Garder la grossesse
5	Paula Compagnon	Conduite à tenir par rapport à la grossesse	Compagnon = avorter Paula = garder grossesse	Conflit Paula/compagnon
6	Compagnon Mère du compagnon	Informé de la grossesse	Faire avorter Paula	Conforte compagnon dans sa décision
7	Paula Ami du compagnon	Faire revenir compagnon sur sa décision	Inciter Paula à avorter	Refus Paula d'avorter
	Compagnon Amie de Paula	Faire revenir compagnon sur sa décision	Négociation pour que Paula avorte	
8	Paula Compagnon Cousin du compagnon Ami du compagnon	Gérer conflit	Négociation pour que Paula avorte	Refus de Paula d'avorter et menace de suicide
9	Paula Compagnon Deux amis du compagnon	Gérer conflit	Promesse de faire revenir le compagnon sur sa décision	Revirement des amis et refus de Paula d'avorter
10	Paula Compagnon quatre amis du compagnon Cousin compagnon Amie de Paula	Gérer conflit	Négociation pour que Paula avorte	Refus de Paula d'avorter, et menaces
11	Paula Compagnon	Faire une course	Chez l'avorteur	L'avortement a lieu

Tableau 1- Séquences dans le processus décisionnel de Paula

Ces séquences donnent à voir une pluralité d'acteurs engagés dans un processus non linéaire, qui oscille d'un choix à un autre au gré des logiques et des enjeux en présence.

2.3.2. Les différents acteurs impliqués

En situation de grossesse hors mariage, les femmes célibataires sont confrontées à différents acteurs. Il s'agit d'une part du géniteur lorsque ce dernier est identifié (un petit ami, un amant occasionnel) et d'autre part la famille, les amis, les collègues, etc.,

et certaines institutions telles que les services sociaux ou les tribunaux lorsqu'il y a un problème dans la reconnaissance de la paternité. Ces acteurs jouent chacun un rôle dans le processus décisionnel, avec des degrés d'implication différenciés comme on l'a vu dans le cas de Paula.

2.3.2.1. La femme au commencement du processus

Le processus de la prise de décision du recours ou non à l'avortement commence indubitablement par la femme qui est concernée physiquement et qui est susceptible de détenir en premier les informations quant à son statut. De fait, la découverte de la grossesse ou de ses soupçons s'accompagne, chez la plupart des femmes, d'une phase de réflexion personnelle sur les implications de la grossesse et de la parentalité dans leur trajectoire amoureuse, sociale, scolaire ou professionnel. Cette réflexion peut durer de quelques heures à plusieurs jours, voire semaines. Chez Paula, la réflexion personnelle s'est déroulée entre le moment où elle a quitté son amie et le rendez-vous avec son compagnon. Elle a consisté à statuer sur les options de garder ou non l'enfant au regard de sa situation économique, professionnelle et relationnelle. D'un point de vue professionnel et économique, les éléments qui rendaient impossible une maternité étaient les suivants : la grossesse risquait de lui faire perdre son emploi et même si elle ne le perdait pas, ses revenus ne lui permettraient pas d'assumer ses charges, celles d'un enfant et continuer d'aider sa mère ; par conséquent, elle risquait d'accroître la précarité dans laquelle elle vivait. Quant aux éléments qui rendaient possible la maternité, elle répertorie les suivants : grâce à son autonomie résidentielle et l'éloignement de ses parents, garder la grossesse n'était pas susceptible d'entacher ses relations avec eux. Quant à son compagnon à l'origine de la grossesse, elle était certaine qu'il ne renierait pas la paternité de la grossesse, et dans cette optique, elle pensait qu'il l'aiderait à la gérer. De plus la grossesse était susceptible de pousser son compagnon à s'engager maritalement avec elle. Enfin, elle était opposée à l'avortement, car elle considérait que l'enfant est un don de Dieu, et qu'elle risquait de tomber dans le péché en avortant. Après réflexion, garder le bébé a pesé lourd dans la balance et elle a abouti à la conclusion qu'elle n'avorterait pas. Chez d'autres jeunes femmes, c'est plutôt les risques physiques de l'avortement et la peur de la stérilité qui amènent à choisir de garder la grossesse. La preuve, lorsque Paula fut confrontée à une autre grossesse environ six mois après son avortement, malgré l'importance des arguments en défaveur de la poursuite de la grossesse (disparition du géniteur, sans emploi avec des impayés de

loyers, remise en question du mariage tant désiré), elle a choisi dans les premiers moments de garder la grossesse de peur de revivre des complications similaires à celles du précédent avortement et de devenir stérile ou mourir. Elle ne pouvait se résoudre à interrompre la grossesse que si elle trouvait une méthode sûre et moins douloureuse.

Il arrive également qu'après cette première phase de réflexion chez la jeune femme, les risques induits par la grossesse s'avèrent plus importants que ceux de l'avortement, et que la balance penche du côté de l'interruption de la grossesse. Ainsi, Adé (20 ans), m'a expliqué que pour préserver son emploi de vigile et pour éviter d'être doublement « fille-mère » (elle était déjà mère), elle était prête à affronter tous les risques possibles pour avorter. Ainsi, alors qu'elle était confrontée à des saignements et des douleurs consécutifs à une première tentative d'IVG depuis un mois et attendait de bénéficier d'une échographie pour juger de la viabilité de la grossesse, elle m'a confié que :

«Même si l'échographie montre que la grossesse est toujours là, je vais tout faire pour l'enlever parce que je ne peux pas garder l'enfant. Tu comprends ? On vient juste de m'embaucher comme vigile, je n'ai même pas encore travaillé un mois, si on apprend que je suis enceinte, ils ne vont même pas hésiter à me chasser. Je ne peux pas garder cette grossesse, il faut que ça parte. En plus j'ai déjà un enfant sans père ».

Si pour Paula, le partage de l'information a été quasi systématique avec son entourage, il arrive que le début de la grossesse soit gardé secret le temps de cette réflexion personnelle. Cette jeune femme de 20 ans, par exemple, a longtemps hésité avant de partager l'information avec son entourage, notamment avec son compagnon

« Au début je n'ai pas osé en parler avec quelqu'un, même à mon copain. Je ne voulais pas dire parce que je me disais qu'il va me laisser tomber. Je suis restée plusieurs jours en train de réfléchir, je vais faire comment ? Finalement j'ai décidé qu'il fallait que j'en parle avec mon copain puisque lui aussi il est concerné ».

En somme, le temps de la réflexion permet, pour reprendre les termes de Luc Boltanski (2004), de « nommer le fœtus », de décider s'il sera confirmé par la parole, ce qui lui permettra de voir le jour ; ou, de décider s'il agit d'un fœtus qu'on ne veut pas

confirmer par la parole et qui ne peut par conséquent voir le jour et qu'on remplacera ultérieurement par un autre fœtus qui lui pourra être confirmé par la parole. Avec tout de même en conscience que reporter la nomination c'est prendre le risque de compromettre définitivement la possibilité de nommer un autre fœtus parce qu'on peut décéder ou devenir stérile. Un parallèle peut être établi entre cette période de réflexion et le processus de l'adoption décrit par Claire Neirinck (2001). Elle montre que l'adoption permet le passage de la parenté à la parentalité lorsqu'elle vient consacrer une compétence parentale en principe étrangère à la notion de parenté. En tant que géniteur, la charge matérielle et sociale devient une conséquence de la parentalité, tandis que dans la parenté adoptive elle est une condition. En d'autres termes, pour être le géniteur d'un enfant, il n'existe pas de contrôle sur la capacité à le prendre en charge et assurer son éducation, alors que dans le cas de l'adoption c'en est une condition : le candidat à l'adoption doit prouver sa compétence pour en obtenir l'autorisation. Dans l'adoption, une institution est chargée de réaliser cette évaluation, alors qu'en situation de grossesse, c'est l'individu qui s'auto-évalue. Le temps de réflexion et la confrontation avec l'entourage permettent ainsi aux jeunes femmes à l'image de Paula de se projeter dans le rôle de parent, d'évaluer leur compétence parentale, et de décider *in fine* si elles avortent ou poursuivent la grossesse.

Cependant, contrairement au contexte français décrit par Luc Boltanski (2004), dans lequel la décision d'avorter apparaît comme personnelle au nom du « droit » de la femme à disposer de son corps, au Burkina Faso, cette décision n'est pas toujours personnelle. Elle se construit souvent, sinon toujours de concert avec autrui comme on a pu le voir avec le cas de Paula, qui peut influencer la décision d'avorter ou en être le réel auteur.

2.3.2.2. Le partenaire et les autres. Acteurs influents ou acteurs clés ?

Dans le processus décisionnel de Paula, on a assisté à l'intervention de différents acteurs depuis le moment où elle a ressenti les signes de la grossesse jusqu'à la réalisation de l'avortement. Ce sont son compagnon, l'amie de Paula, les amis de son compagnon, la mère de son compagnon et le cousin de son compagnon.

La place du/des partenaire/s en question

Le partenaire occupe une place déterminante dans le processus décisionnel à l'image de celle du petit ami de Paula. Ses choix procèdent aussi de moments de réflexion personnelle. Si je n'ai pas eu l'occasion de recueillir les logiques qui ont prévalu et expliqué la position du petit ami de Paula, les entretiens avec d'autres hommes permettent d'en avoir un aperçu. Par exemple, Fred, dont j'ai précédemment évoqué la réaction à la découverte de la grossesse de sa petite amie, dit avoir pensé immédiatement à ses études, aux charges induites par l'enfant, à sa dépendance économique et résidentielle vis-à-vis de ses parents, et au fait que la grossesse allait être synonyme de vie commune avec une femme avec laquelle il n'était pas certain de vouloir fonder une famille. Et cette réflexion lui a donné la conviction qu'il n'était pas prêt à être père et que sa partenaire devait avorter. Ainsi, la décision de l'homme, tout comme celle de la femme, est construite en regard de sa situation sociale, économique, professionnelle et relationnelle. La confrontation du fruit des réflexions de l'homme et de la femme peut donner lieu à trois scénarii dont deux sont d'ordre conflictuel.

Scénario avec concordance : l'homme et la femme souhaitent l'avortement. Il a été observé dans le cas de onze des jeunes femmes et deux des jeunes hommes interviewés. La prise de décision dans ce moment est généralement sans ambages, les couples partageant la même rationalité et les mêmes logiques.

« Quand je l'ai informé, il m'a demandé que moi je veux faire quoi ? J'ai dit vraiment, vu ma situation, je ne me sens pas prête pour garder un enfant, donc j'ai envie d'avorter. Il m'a dit que lui aussi il est d'accord parce qu'il ne pourra pas s'occuper de l'enfant et de moi comme il faut. Donc c'est une décision qu'on n'a pas eu du mal à prendre, on savait tous les deux qu'on ne voulait pas »
(étudiante de 22 ans, vivant chez ses parents).

Ce qui n'est pas le cas des scénarios avec conflit.

Scénario conflictuel 1 : Dans ce scénario, la jeune femme souhaite mener la grossesse à terme et le partenaire veut qu'elle avorte. Il s'agit du cas de Paula et de celui de 21 des femmes interrogées. Sur les sept hommes interviewés, cinq ont déclaré avoir incité leurs compagnes à accepter l'idée de l'avortement. La femme dans ces conditions peut changer d'avis et opter pour l'avortement, décider de poursuivre la grossesse ou se voir

imposer l'avortement. Nado, par exemple, avait décidé au départ qu'elle ne voulait pas avorter au regard de sa religion et des risques de l'avortement, alors même qu'elle risquait d'être chassée par son père et de renoncer à ses études (elle était en classe de première).

« Quand il m'a proposé d'avorter, je lui ai dit non, et si moi je fais ça et puis le Seigneur me punit et il fait en sorte que moi je devienne stérile, qu'est-ce que moi je vais dire après? Et puis je sais que c'est un péché, si je le fais, comment je pourrais demander pardon tout en sachant que j'ai fait ça volontairement? Et ma conscience même ne me laissera pas venir à l'Église, chanter comme si de rien n'était. Je dis non, que je ne veux pas avorter »

Mais à force de persuasion, son petit ami aurait réussi à faire pencher son choix en faveur de l'avortement.

« Je savais que c'était pas facile pour lui aussi et que c'est pour ça qu'il voulait que j'avorte. Comme il est venu étudier à Ouaga, il est devenu protestant. Et son papa a dit que s'il ne revient pas à la religion musulmane, il ne le considère plus comme son enfant. Donc ses parents ne l'aidaient plus et il était obligé de se débrouiller seul pour s'en sortir, même sa scolarité c'est lui-même qui payait. Donc il m'a rappelé ça, que de voir sa situation, et si dans tout ça on vient apprendre qu'il a enceinté une fille ça ne va pas arranger les choses. Et que en plus si l'Église apprend aussi, on aura des problèmes tous les deux (...). Je suis restée sur ma décision pendant une semaine, mais pendant ce temps j'étais perdue moi aussi. Quand je partais à l'école, je n'arrivais pas à suivre les cours, je pensais beaucoup, je pleurais et les élèves demandent que y a quoi? Je dis rien. Finalement je ne causais même plus avec les élèves, je restais isolée comme ça. C'était comme si je pouvais avoir la possibilité de m'enfuir. Je souffrais et j'ai vu qu'il souffrait lui aussi. Donc j'ai fini par me dire que pour son bien et pour le mien je vais suivre son conseil et avorter ».

Il était ainsi parvenu, grâce à une négociation rondement menée avec l'affect en toile de fond, à faire admettre à Nado que la poursuite de la grossesse constituerait un danger pour leur trajectoire respective. C'est donc en jeune femme amoureuse, soucieuse du bien-être de son compagnon et du sien, qu'elle s'est ralliée à sa décision. Dans d'autres

cas, ce sont plutôt la menace ou le chantage qui sont mobilisés dans la négociation et les jeunes femmes abdiquent alors par contrainte et à contrecœur.

Scénario conflictuel 2 : dans le cas présent, la jeune femme désire avorter et le jeune homme veut qu'elle garde la grossesse. Cette situation a concerné dix des femmes que j'ai interrogées. Dans ces cas de figure également, la femme peut choisir de poursuivre la grossesse, soit parce que l'homme aura réussi à la convaincre, soit qu'il lui a imposé son choix, ou encore parce qu'il menace par exemple de porter plainte ou de la dénoncer à la police. Au contraire elle peut rester fidèle à son choix initial lorsque son capital économique et social dans la relation amoureuse lui permet de négocier et d'orienter la décision. Nadia, élève dans une école de formation professionnelle, avait décidé immédiatement après la découverte de sa grossesse d'avorter et pour cela elle a dû négocier pendant des jours avec son copain qui souhaitait qu'elle garde l'enfant.

« Quand j'ai ouvert le test et j'ai vu que c'était positif, je l'ai appelé, il est venu en même temps. J'étais bouleversée, il m'a dit de ne pas m'inquiéter que tout va bien se passer, que lui il ne gagne pas beaucoup d'argent, mais ce qu'il gagne va nous permettre de gérer la grossesse, que de ne pas m'inquiéter, que de rentrer à la maison, qu'il va passer après. Quand je l'ai quitté je suis allée directement chez ma copine pour dire que c'est positif, que mon copain veut que je garde mais moi je veux avorter. Elle était d'accord pour que j'avorte et elle connaissait déjà une bonne méthode pour avorter sans danger, elle avait utilisé ça elle-même et ça c'était bien passé. Et sa tante qui est infirmière était d'accord pour me donner une ordonnance pour que j'achète le même médicament (Misoprostol). Donc je savais que je ne courrais pas de risque en avortant. Donc j'ai appelé mon copain ensuite et je lui ai dit que j'étais chez ma copine. Il est venu me trouver là-bas. Quand je lui ai expliqué que je comptais avorter, il ne voulait pas. Que d'imaginer si c'était le seul enfant que Dieu voulait me donner et puis moi je veux enlever ça, que c'est un péché, sans compter le risque pour moi, que je peux devenir stérile. Il m'a dit plein de choses. Mais après, au fur et à mesure qu'on échangeait, il s'est un peu calmé, il a changé d'avis, et il m'a demandé est-ce que le médicament est sûr, est-ce que ça va pas me créer des problèmes ? Je lui ai dit que ma copine avait pris la même chose et elle n'a pas eu de problème. Donc il m'a dit qu'il n'y a pas de problème, qu'il m'aime et il ne veut pas que j'ai des problèmes avec ma maman, donc il a accepté ».

Si Nadia a su convaincre son petit ami et obtenir son accord, Tenin (25 ans et serveuse dans un bar), par contre, a été contrainte de le faire à l'insu de son partenaire.

« C'est vrai qu'il était prêt à assumer la grossesse malgré qu'il avait une femme déjà. En plus, il connaissait mes parents, mais moi je ne voulais pas d'un enfant maintenant. Ce jour-là je lui ai dit cet enfant je ne peux pas garder. Il m'a dit qu'il refuse que j'avorte, est-ce qu'il a dit qu'il ne pouvait pas assumer ? J'ai dit d'accord, j'ai compris et je n'ai plus parlé encore. C'est parce que je lui ai dit que je voulais avorter qu'il parle non, si je fais en cachette, est-ce qu'il peut parler encore ? ».

Ces deux scénarii donnent lieu à d'intenses tractations et même des conflits, surtout lorsque la grossesse a été intentionnellement conçue par la jeune femme. Face à l'impasse, les capitaux économiques et sociaux déterminent l'issue de la négociation. Si Paula est restée sur sa position jusqu'au bout, d'autres finissent par capituler devant les arguments de l'homme, la flatterie, les menaces, les chantages, voire les agressions physiques. Pour en revenir à Fred, il explique comment il est parvenu à faire admettre à sa compagne qu'« elle n'est pas prête et doit avorter ».

« Quand elle m'a dit, moi je n'ai même pas hésité, je savais que je ne voulais pas, mais il fallait maintenant arriver à la convaincre parce qu'elle voulait garder. Donc j'ai négocié dur, j'avoue qu'à un moment donné, j'étais obligé de la menacer un peu même, lui faire un peu de chantage quoi, que je vais arrêter la relation si elle n'avorte pas ».

À terme, lorsque la femme choisit de se ranger à la décision de l'homme, il s'agit pour elle de sauver la relation (parce que sa poursuite est conditionnée par le choix de l'avortement), par lassitude et pour mettre fin à des épisodes de violence. Dans d'autres cas, la femme fléchit parce que l'homme renie tout simplement la responsabilité de la grossesse, ou disparaît à son annonce. Elle renonce à poursuivre la grossesse, dans ces moments, parce que l'avortement devient la seule alternative pour échapper à la précarité économique et sociale, et pour être en phase avec les normes procréatives (pas d'enfant sans père par exemple) ou optimiser les chances de construire une nouvelle relation. Lorsqu'elle reste ferme sur sa décision, elle peut aussi être conduite chez l'avorteur comme on l'a vu pour Paula (et pour une autre parmi les informatrices). Dans l'une ou l'autre de ces configurations, la décision d'avorter, même

si elle est choisie, n'est pas assumée à terme. Le non-choix et la contrainte sont mis en avant.

Dans le processus décisionnel, la délibération peut en premier lieu être centrée sur le couple, c'est-à-dire que la jeune femme immédiatement après la découverte de la grossesse ou sa phase de réflexion, en parle avec son partenaire sexuel et c'est après leur échange que d'autres acteurs interviennent. Dans d'autres cas, elle peut choisir d'en discuter tout d'abord avec d'autres personnes pour murir sa réflexion avant d'en parler au partenaire. Tout est fonction des circonstances de la conception et de celle de la découverte de la grossesse.

Les autres acteurs

Pour ce qui est des autres intervenants, si dans le cas de Paula, ils étaient majoritairement des proches de son compagnon et une amie, chez d'autres on compte la mère de la femme, ses sœurs, ses tantes, ses collègues, etc. En général, les personnes impliquées dans le processus décisionnel le sont sur la base de la confiance, excluant par conséquent d'office certaines personnes du cercle de la confiance, tout en incluant d'autres. Certains, par contre, s'y retrouvent à la faveur d'un concours de circonstance, en l'occurrence lorsque le secret est divulgué, et s'imposent par conséquent. Les amies, les sœurs, les tantes, les mères apparaissent comme les personnes systématiquement incluses dans la prise de décision. Cette propension à aller vers la figure féminine peut être le fait d'un simple hasard qui veut que les confidents des jeunes femmes soient essentiellement des femmes. Mais une explication logique peut être trouvée dans l'idée que l'avortement constitue un « paradigme du pouvoir proprement féminin et officieux » dans la perspective des mécanismes de constitution des rapports de genre (Boltanski, 2004, p. 32-33). Luc Boltanski explique en effet que dans les rapports de genre, on assiste à une distribution des tâches et des pouvoirs basée sur l'opposition entre hommes et femmes, les premiers détenant le pouvoir officiel sur ce qui est explicitement collectif et public ; et les secondes exerçant un pouvoir qui, tout en étant réel, demeure caché et « laisse aux hommes les apparences ». Un des premiers lieux de manifestation de cette opposition serait celui de la gestation et de la naissance. Ce domaine, dans la plupart des sociétés africaines par exemple, serait cantonné aux univers proprement féminins, en l'occurrence les cases et maisons, des espaces réservés aux femmes et parfois interdit aux hommes. Cette distinction homme-femme se poserait avec une acuité particulière

s'agissant de l'avortement qui apparaît alors comme le domaine le plus fortement mis à l'écart de l'espace public à cause de la forte réprobation dont il fait l'objet. En effet, les mères par exemple, dont la responsabilité est généralement mise en cause en cas de grossesse, gagnent à soutenir les filles pour préserver leur foyer. De fait, la prise de décision et l'avortement en lui-même sont accomplis dans l'ombre et essentiellement entre mère et fille, entre coépouses, entre sœurs, entre tantes et nièces (Coulibaly, 2010.). C'est ce qui pourrait justifier que les jeunes femmes soient systématiquement allées, dans bon nombre de cas, vers d'autres femmes pour se faire accompagner dans leur décision d'avorter. Toutefois, comme on a pu le voir dans le cas de Paula, plusieurs hommes interviennent aussi dans la prise de décision. Si dans le contexte « traditionnel » par exemple (modèle sur lequel l'argumentaire de Boltanski s'est bâti), l'avortement était essentiellement une affaire de femmes de par les motifs, les acteurs impliqués et les moyens mobilisés pour l'accomplir, en milieu contemporain ouagalais, on enregistre de plus en plus la participation masculine. Mata, la jeune femme du dossier médico-légal par exemple, a été confrontée aux hommes et aux femmes de sa famille et ceux de son copain lorsqu'elle a décidé d'avorter. Elle avait fait sa connaissance immédiatement après une rupture amoureuse et avait réalisé au bout d'un mois qu'elle était enceinte du précédent partenaire. Elle lui fit croire qu'il en était le géniteur et les deux familles mirent tout en œuvre pour qu'elle puisse poursuivre la grossesse

« Mon copain m'a dit qu'il veut, et comme il est l'enfant chéri de ses parents, dès qu'ils ont appris ils sont venus voir mes parents, que leur fils a enceinté leur fille, mais ils sont prêts à assumer. Donc le même jour ils m'ont prise avec mes affaires pour m'emmener chez mon copain. Au début en tout cas je voulais garder, mais plus les jours passaient, plus j'avais du remords. Je trouvais que c'était pas normal de lui faire ça, ils étaient tellement heureux d'avoir l'enfant, alors que c'était pas pour eux. En plus, sa grande sœur m'avait demandé si je suis sûre que la grossesse est pour son frère, que parce que dans leurs coutumes, si on leur fait assumer une grossesse qui n'est pas pour eux, la femme meurt au moment de l'accouchement. Donc à cause de tout ça, j'ai décidé que c'est mieux d'avorter ».

Lorsqu'elle informa son copain de sa décision, ce dernier refusa bien qu'elle lui avait avoué que la grossesse était le fruit d'une autre relation.

« Il ne m'a pas cru quand j'ai dit que c'était pas lui le père, il a pensé que c'est seulement parce que je voulais avorter que je lui ai dit ça pour qu'il accepte. Comme j'insistais, il est allé dire à ses parents, et ses parents ont appelé mes parents. Tout le monde a commencé à me flatter pour que je garde la grossesse. Ses parents ont dit que si c'est par rapport à mon avenir ils vont tout gérer, qu'ils vont payer mes études et puis m'acheter une moto. Comme malgré tout ça mon copain leur disait que moi je voulais toujours avorter, tout le monde a commencé à me surveiller, même l'argent de proche on ne me donnait plus, parce qu'ils disaient que si j'ai l'argent je vais me cacher pour aller faire. C'est à cause de tout ça là que j'ai trainé avant d'avorter et c'est arrivé à la gendarmerie ».

Après son avortement, Mata est devenu *persona non grata* dans la famille de son copain. Ainsi, des partenaires (en premier), des amis, des frères, des cousins sont associés à des prises de décision relative à l'avortement, et même au-delà, notamment dans la recherche des services d'avortement (nous reviendrons sur cet aspect dans les chapitres 5 et 6). Les pères semblent être les seuls encore tenus en marge de ce processus, du moins, ils ne sont pas sollicités. Les témoignages rendent compte de leur présence, mais essentiellement de manière intrusive. Dans ces cas de figure, ils tendent surtout à imposer le choix de poursuivre la grossesse ou celui de l'avortement.

Comme on peut le voir, la décision d'avorter ou non est ainsi discutée et négociée avec différentes personnes dans le réseau des femmes et de leur partenaire. Sur les 46 femmes que j'ai rencontrées, toutes ont eu recours ou bénéficié de l'avis d'autrui. Elles se sont ainsi vu proposer ou imposer le choix de l'avortement, être confortées dans leur choix initial ou être amenées à le reconsidérer.

Il peut aussi s'agir de personnes hors du réseau social de la femme et de l'homme, comme des agents de santé, des religieux, voire des travailleurs sociaux ou des juristes. Le rôle de ces personnes consiste en général à atténuer la tension et l'ampleur des risques induits par la grossesse tout en accentuant ceux de l'avortement pour inciter à la poursuite de la grossesse. Ainsi, lorsque les travailleurs sociaux ou les juristes parviennent à faire reconnaître et assumer une grossesse au partenaire ou lorsqu'ils réussissent à faire réintégrer une jeune femme chassée dans sa famille, ils réduisent d'une certaine manière les risques induits par la maternité et font pencher le choix vers la poursuite de la grossesse. Dans leurs médiations, ces acteurs mobilisent

par moment l'argument de l'adoption comme alternative au « pas prête » et au recours à l'avortement. Très partagé au sein de la population, cet argument sert parfois aux conseillers et aux soignants dans les *counselings* destinés aux femmes en quête de services d'avortement.

« Il y a beaucoup de femmes qui cherchent des enfants et qui ne peuvent pas, tu peux garder la grossesse, accoucher et donner à ces personnes pour qu'on l'élève. Ça t'empêchera d'enlever une vie » (propos d'un prestataire au cours de mon immersion).

Or, avorter comparativement à accoucher et donner en adoption n'a pas la même portée symbolique chez les jeunes femmes qui se sont prononcées sur la question. En effet, elles perçoivent l'adoption comme un acte qui porte au grand jour une déviance et une incapacité à assumer une parentalité, alors que l'avortement (lorsqu'il est fait dans la discrétion) permet de garder secrète cette incapacité.

« Je pouvais accoucher l'enfant et puis l'amener au centre où j'ai fait ma formation, surtout que mes patrons étaient prêts à m'aider, mais je ne voulais pas, parce que je veux m'occuper personnellement de mon enfant, je ne veux pas que quelqu'un d'autre s'occupe de lui à ma place. Donc la solution, c'était avorter » (Ève, 18 ans, une expérience d'avortement).

Donner en adoption implique aussi de mener la grossesse à terme, or ces neuf mois de grossesse et l'accouchement sont parfois les motifs du « pas prête ».

« Ce sont les neuf mois que je ne pouvais pas supporter. Sinon si l'enfant naissait, c'est vrai que de mon côté que je ne pouvais pas gérer un enfant, mais dans tous les cas il y a ma maman qui est là, elle n'a pas un autre enfant. Lui-même il a sa maman qui est là. Elles pouvaient s'occuper de l'enfant. Mais avant que l'enfant naisse il faut porter la grossesse pendant neuf mois et accoucher, et moi j'étais pas prête pour ça » (Aline, 26 ans, une expérience d'avortement).

Comme l'illustrent ces propos, si l'idée d'accoucher et donner en adoption est envisagée par ceux qui sont pour la préservation de la vie comme un moyen pour corriger l'inégale répartition des capitaux-enfants, elle ne résout pas toujours, sinon pas du tout, les contraintes auxquelles se confrontent les jeunes qui ne désirent pas mener une grossesse à terme.

En somme, la trajectoire décisionnelle d'un avortement met en lumière une pluralité d'acteurs. Elle est un lieu de négociations entre les parties prenantes, voire de pressions et de menaces. De sorte que la décision finale est quelquefois le fait de cet entourage, et par conséquent elle est imposée à la femme comme on l'a vu dans le cas de Paula et d'autres jeunes femmes.

Aussi, les négociations et globalement le processus décisionnel a une durée très variable. Dans les contextes où la pratique de l'avortement est libéralisée, le délai de la prise de décision est soumis à un cadrage temporel (Donati et al., 2002), c'est-à-dire qu'il ne doit pas excéder les 12 semaines de grossesse (ou 14 semaines d'aménorrhée), sinon la femme n'est plus éligible à l'avortement. En revanche, au Burkina Faso où la pratique de l'avortement connaît une restriction et où la plupart des avortements s'effectuent dans la clandestinité, la prise de décision peut s'étaler dans le temps, surtout dans les scénariis conflictuels où les protagonistes essaient de tenir le plus longtemps possible dans l'espoir de voir l'autre flancher. Comme on l'a vu dans le cas de Paula, pour une grossesse confirmée à quatre semaines, l'avortement n'est intervenu qu'au bout de la 12^e semaine, tandis que chez Tenin et Mata, il n'est intervenu qu'au bout de 20 semaines de grossesse.

De même, le processus de décision est généralement conçu comme partant du moment où la femme pense être enceinte ou se sait enceinte et l'acte en lui-même (Donati et al., 2002). Or, cette étude montre qu'il est susceptible de se construire en plusieurs temps et d'osciller entre des tentatives d'avortement et la poursuite du processus décisionnel. Sita, une jeune femme de 19 ans et mère d'un enfant, s'est vue contrainte de prendre la décision et de tenter l'avortement.

« Il [le conjoint] disait que l'autre enfant est trop petit, alors que l'enfant a déjà deux ans et qu'il n'a pas l'argent pour soigner mes maladies comme pour l'autre grossesse. Donc il dit que si j'insiste je n'ai qu'à retourner chez mes parents(...). Donc il est parti acheter Guinness et Nescafé, il a mélangé et m'a forcé à boire ça ».

Deux jours après l'ingestion du mélange, elle a été admise dans une maternité pour des saignements et des vertiges. Les examens concluent à une grossesse viable. Interrogée sur les motifs de la tentative d'avortement, Sita révèle au personnel soignant qu'elle a été forcée par son conjoint à ingérer le produit abortif et que, personnellement, elle ne

désirait pas avorter. Le chef de service de la maternité organisa alors un conciliabule pour éviter que le conjoint ne récidive.

« Le docteur nous a appelé tous les deux dans son bureau et elle a parlé, elle a bien parlé sur lui. Elle lui a demandé s'il compte demander à la femme encore d'avorter ? Il a dit non. Que s'il le demande encore, ils vont appeler la police pour qu'on vienne l'attraper. Il a dit non, que ça va, que la grossesse va rester ».

L'intervention eu l'effet escompté car le conjoint renonça à l'idée de l'avortement et Sita accoucha sept mois plus tard d'un garçon.

Conclusion

Une ambivalence entre vision théorique et pratique de la parentalité

L'occurrence d'une grossesse dans le contexte burkinabè place les jeunes femmes dans une vulnérabilité du fait de la fragilisation de leurs liens sociaux. En effet, tout fonctionne comme si elles perdaient avec l'évènement de la grossesse, le pouvoir qu'elles semblaient détenir dans l'arène des jeux amoureux avec les hommes et qui leur permettait de ruser pour se faire entretenir et de planifier une grossesse pour se faire épouser. Mais une fois que la grossesse survient, le vent tourne et elles se retrouvent confrontées au risque de perdre le soutien financier de leur famille ou du géniteur dans un contexte de dépendance, de subir les conséquences de la parentalité sur leur parcours de vie (stigmatisation, rejet, réduction des opportunités de se trouver un mari, etc.). Le recours à l'avortement vise ainsi à échapper à ces risques, à retrouver l'assurance sociale et économique que fournit l'insertion dans les rapports sociaux et familiaux habituels de la société burkinabè, et enfin à reconquérir leur pouvoir afin d'optimiser la débrouillardise pour franchir le seuil de l'âge adulte. Ainsi, la transformation des modes d'accès au statut d'adulte sociale et la précarité économique et sociale qu'elle induit, les normes autour de la parenté et l'individualisation croissante dans nos sociétés (Marie, 1997) contribuent à rendre ambivalent le rapport des jeunes à la parentalité. En effet, elle est perçue en théorie comme susceptible d'aider à contourner les contraintes qui entravent l'accès au statut d'adulte, mais lorsque cette parentalité s'amorce, elle est perçue comme susceptible de compromettre leur quête d'autonomie et d'entamer l'image que les jeunes ont du modèle « idéal » de transition vers le statut d'adulte. Le passage d'une vision théorique à une vision pratique de la parentalité permet d'observer

des logiques et pratiques diverses qui introduisent une nouvelle dimension dans la conception du rapport à l'enfant.

Dans cette perspective, lorsqu'une jeune femme ou un jeune homme énoncent la formule « je n'étais pas prêt (e) » pour expliquer les motifs de recours à son avortement, cette expression s'apparente à une sorte de « poupée russe », qui une fois ouverte, met en exergue un emboîtement de motifs personnels, économiques et sociaux : la situation économique, les études à poursuivre, la honte à éviter, les liens avec les proches à préserver, etc. Le processus conduisant au diagnostic du « pas prêt(e) » en situation de grossesse et à son interruption, est un processus construit qui part de la femme vers une pluralité d'autres acteurs. Cette recherche, en associant aux discours des femmes ceux des hommes, a permis de démontrer toute la place du partenaire, mais aussi de l'entourage des jeunes femmes dans la construction de ce processus décisionnel. Dans d'autres contextes sociaux, comme en France, l'homme s'implique dans le processus décisionnel, mais son pouvoir se limite essentiellement à l'influencer. Le droit et la démarche vers les structures d'offre d'avortement sont concédés à la femme, laquelle est la seule habilitée officiellement à décider si elle avorte ou non (sauf dans le cas des mineures) (Donati et *al.*, 2002). Mais dans les situations où le statut de l'avortement n'est pas clair et où aucun droit n'est concédé à la femme (quand elle ne répond pas aux conditions stipulées par la loi), on retrouve des partenaires fortement impliqués qui peuvent se jouer de cette situation. Ils peuvent être à l'origine de la décision d'avortement (en niant la grossesse) ou constituer des acteurs clés dans la prise de décision, quasiment au même titre que la femme, ou même en être les acteurs principaux, c'est-à-dire ceux qui prennent la décision et décident de sa mise en œuvre. Cette analyse permet ainsi de saisir la manière dont se jouent les rapports de pouvoirs entre hommes/femmes et aînés/cadets dans la construction de la décision généralement présentée comme personnelle.

Une décision collective, étalée et discontinuë

La prise de décision d'avortement dans le contexte ouagalais, caractérisé par le caractère souvent illégal et stigmatisant de l'acte par les rapports complexes de genre et de générations et par les intentions de fécondités conflictuelles, est à envisager dans une dimension collective. Pour ce faire, elle s'inscrit dans une temporalité et un espace social non officiels, met en scène des acteurs qui sont ici la femme, le ou les partenaires,

les amis, les parents, les collègues, et dispose d'un mécanisme collaboratif éminemment imprévisible (Brassac & Fixmer, 2004). Le lieu de la prise de décision s'apparente, de fait, à une « arène » où les logiques individuelles sont intriquées, et qui donne lieu à des négociations voire des conflits qui peuvent allonger les délais de la décision et exposer les jeunes femmes à des avortements à risque. Ces négociations sont inscrites dans un cadre normatif et politique qui oriente les différentes rationalités des acteurs de la décision. C'est sur ce cadre que va porter le propos de la seconde partie de ce travail.

DEUXIÈME PARTIE : Des normes socio-juridiques aux politiques de soins d'avortement. Les Soins Après Avortement comme alternative à l'épineuse question de la légalisation de l'avortement

« Un problème social n'existe pas tant qu'une société ne reconnaît pas son existence. (...) Une société n'ayant pas conscience d'un problème ne perçoit pas celui-ci, ne l'aborde pas, ne le discute pas, ne fait rien à son sujet » (Blumer 2004, p.194)

La pratique de l'avortement fait l'objet d'une controverse qui lui confère le statut de « problème ». En effet, depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, cette pratique est désignée dans le discours public comme un « problème » du fait de la controverse qu'elle soulève, et également de ses conséquences sanitaires. Cependant, au fil du terrain et de mes lectures, j'ai été confrontée à des interprétations diverses du « problème ». Chez les informateurs adultes (les personnes âgées notamment), la dimension récente du « problème » de l'avortement a régulièrement été évoquée. De même, les articles de presse et les discussions sur les forums et blogs sur la question laissaient supposer une machination de l'Occident pour contraindre les pays en développement comme le Burkina Faso à légaliser l'avortement. De fait, j'ai pris le parti de consacrer un point de cette thèse au processus ayant conduit à l'émergence du ou des « problèmes » de l'avortement, entendons par là le « problème social » et le « problème de santé publique », mais également aux actions mises en œuvre pour les résorber. Herbert Blumer (2004) a montré en effet que le chercheur devait éviter d'appréhender les phénomènes sociaux de manière conventionnelle, mais travailler tout d'abord à la connaissance de la constitution objective de ceux-ci s'il aspire à en saisir les réels contours. Il postule que les problèmes sociaux et les enjeux de société n'existent pas par essence, mais sont socialement construits et sont le fruit d'interactions entre différents acteurs. Il démontre ainsi que les problèmes sociaux ont des liens intrinsèques avec les définitions que leurs donnent les groupes sociaux. Leur existence et leur publicité dépendent des efforts collectifs réalisés pour les faire reconnaître publiquement.

« À chaque étape, celle-ci (la carrière du problème) peut en effet être remise en question, la plupart des conditions sociales identifiées comme problématiques par

certains groupes ne parvenant pas à dépasser un certain stade de reconnaissance » (Blumer, 2004, p. 189).

Par quel processus la question de l'avortement provoqué s'est-elle construite comme enjeu de société et de santé publique ? En tant que pratique, quelles peuvent être les positions des individus vis-à-vis de celle-ci si les uns la considèrent comme un crime intolérable parce qu'elle porte atteinte à la vie du fœtus, et les autres inconcevable parce qu'on pousse la femme à risquer sa vie en lui refusant le droit d'avorter ? Cette question de prime abord juridique (au vu de la loi régissant l'avortement dans les différents pays), est à appréhender comme une réalité sociale. Sa manifestation s'inscrit dans la négociation des normes sociales établies en rapport avec la construction de l'identité de l'embryon et du fœtus, le statut de la femme, la définition des conditions sociales de la procréation, mais aussi les rapports de pouvoir (pouvoir entre homme/femme, aîné/cadet, entre institutions, et même entre pays) qui dans leurs mécanismes contribuent à créer les canaux de la « déviance » et à générer les « problèmes ». Décrypter la problématique de l'avortement dans ce sens peut permettre de saisir la manière dont s'est construit le « problème » de l'avortement qui, à en croire certains discours, n'en a pas toujours été un. Ce dont il est question ici est bien le processus de construction de ce que Didier Fassin et Patrice Bourdelais (2005) nomment « frontières de l'espace moral » dans leur ouvrage sur le processus de construction de l'intolérable. En effet le problème de l'avortement comme bien d'autres « intolérables » ne saurait se satisfaire d'une simple évocation, ou d'une reprise des discours préexistants car « l'intolérable ne cesse de se déplacer, de s'étendre et de se recomposer » (Fassin & Bourdelais, 2005, p. 7). Ainsi, comment se sont construites et se sont déplacées les frontières de l'intolérable dans le champ de l'avortement au fil du temps ? Pour caractériser le cours des événements contribuant à la naissance des problèmes sociaux, Herbert Blumer (2004) retient cinq étapes dans le processus : 1) l'émergence du problème social, 2) la légitimation de ce problème, 3) la mobilisation de l'action vis-à-vis de ce problème, 4) la formation d'un plan d'action officiel pour le traiter et 5) la transformation de ce plan d'action dans sa mise en œuvre concrète.

Je vais appliquer ce schéma à la problématique de l'avortement en sortant des frontières burkinabè pour présenter tout d'abord une problématique commune à toutes les sociétés humaines, celle en rapport avec le statut du fœtus et qui est à l'origine du « caractère déviant de l'avortement » et au fondement du problème. Cette seconde partie

va ainsi appréhender l'activité d'un ensemble d'acteurs, notamment les « entrepreneurs de morale » au sens de Howard Becker (1985), les citoyens, la presse, les politiques, les juristes, les scientifiques (médecins, chercheurs, etc.) et la manière dont les interactions entre ces acteurs conduisent à des « carrières » et mécanismes de résolutions différenciés du « problème social » et du « problème de santé publique » que peut constituer l'avortement. Le premier chapitre sera consacré au fondement du « problème social » de l'avortement à travers les différentes conceptions de la fécondation et de la vie intra-utérine, celles concernant le corps de la femme (est-elle libre de décider ce qu'elle en fait ?), ainsi que les arrangements que les acteurs sont susceptibles de mettre en place face à ce qu'ils conçoivent comme une « déviance ». Quant au second chapitre, il analysera la dimension santé publique du « problème » à travers une fresque du processus social par lequel des situations voire des souffrances singulières s'érigent en problème de santé publique. Il s'agira de s'intéresser aux facteurs susceptibles de ralentir ou d'accélérer le processus, ainsi que les mécanismes de gestion qui en découlent selon le schéma de Randall Packard et ses collaborateurs (2004).

Chapitre 3 : Un « problème social ». De la déviance en question

L'interruption volontaire de grossesse constitue un des sujets suscitant le plus des débats dans de nombreuses sociétés. Tout comme l'homosexualité, l'euthanasie ou le clonage humain, les dissensions autour de la question demeurent prégnantes et sont continuellement renouvelées même quand on les pense résolues (comme c'est le cas de l'Espagne par exemple). Cela s'explique par l'antagonisme des positions morales et éthiques des individus vis-à-vis de l'avortement, que Tristram Engelhardt (1996) résume par le concept de « *moral strangers* » (des étrangers sur le plan moral, des personnes qui ne partagent pas les mêmes convictions). En effet, la problématique de l'avortement qui renvoie à la fois à celle du statut moral et humain de l'embryon-fœtus, à la sacralité et au respect de la vie humaine, au libre-arbitre (celui de la femme), à la légitimité ou non d'une telle pratique, peut donner lieu à des positions divergentes voire conflictuelles selon les valeurs dont se réclame chaque individu. Ainsi, la controverse se pose parce que d'aucuns considèrent comme criminel et intolérable l'avortement au nom du droit à la vie de l'embryon-fœtus, tandis que d'autres prônent la légitimité de l'avortement au nom des droits de la femme qui priment sur ceux du fœtus par exemple. Le but de ce chapitre est de déterminer, dans une perspective anthropologique, les enjeux au cœur de la controverse autour de l'avortement et les logiques qui sous-tendent les positions des individus, notamment la question du statut du fœtus et du droit au choix (celui de la femme face aux intérêts de la communauté). Car l'appréhension du processus social de construction des « intolérables » nécessite comme le montrent Didier Fassin et Patrice Bourdelais (2005, p. 8) que l'on se fonde davantage sur les logiques en présence que sur leur dimension éthique car « il ne s'agit pas de défendre des valeurs (...) mais bien de tenter de reconnaître l'existence d'une ligne de partage dans notre univers moral (...). Dès lors, (...), l'intolérable (...) réside précisément dans le décalage entre une représentation de l'humanité et la réalisation de cette humanité que l'anthropologue et l'historien mettent au jour dans chaque situation particulière ». Il s'agit plus que tout de dresser un panorama du processus par lequel l'avortement s'est constitué en « déviance » et « intolérable », ainsi que les variantes que cet « intolérable » donne à voir en termes de relativisation et de hiérarchisation des valeurs et des enjeux sociétaux et personnels.

3.1. Processus de construction de l'avortement comme déviance

Le phénomène de l'avortement entretient des liens forts avec la problématique de la déviance et, avec elle, celle des normes sociales au sein des groupes. En tant que processus social, la déviance se construit à travers les interactions que les individus entretiennent entre eux et au regard des normes qui orientent leurs actions. Dans son ouvrage « *Outsiders* » consacré à la déviance, Howard Becker (1985) explique que tous les groupes sociaux instaurent des normes qu'ils s'efforcent de faire appliquer, au moins à certains moments et dans certaines circonstances. Qu'elles soient formelles (c'est-à-dire édictées sous forme de loi) ou informelles, celles-ci guident les actions des individus suivant une disposition binaire : ce qui est prescrit et qui relève de l'ordre du bien, et ce qui est proscrit et est associé au mal. Toutes les actions des individus doivent, à cet effet, aller dans le sens des prescriptions sociales et tous y sont éduqués. Dans ces circonstances, lorsqu'un individu pose un acte allant à l'encontre d'une norme supposée reconnue et acceptée par tous dans son groupe, on parle alors de déviance. Celui qui transgresse la norme revêt le statut de déviant, c'est-à-dire d'*outsider* (étranger) au groupe et à ses valeurs (Becker, 1985, p. 25). Toutefois, Howard Becker, souligne que la déviance n'est pas une notion homogène. En effet, en se focalisant sur le processus au terme duquel certains individus sont considérés comme déviants plutôt que sur les caractéristiques personnelles et sociales de ces déviants, il montre que derrière la déviance se cache plusieurs réalités qui sont le fruit d'arrangements et de transactions entre « un groupe social et un individu qui aux yeux du groupe a transgressé une norme » (1985, p. 33). La déviance serait plus une question d'application des normes et des sanctions à un transgresseur qu'une qualité de l'acte commis par une personne. Ainsi, en fonction du statut des individus (une femme ou un homme, un riche ou un pauvre, un enfant ou une personne âgée), du moment où la transgression intervient, des conséquences de l'acte, de la manière dont l'action est posée (devant témoins ou non), etc., certains revêtiront le statut de déviant et d'autres non alors qu'ils auront posé la même action. Le déviant est donc « celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette ». En somme, parce que c'est la société qui crée la déviance, établit ses codes, et décide des modalités de ses applications, elle est « une propriété non du comportement lui-même, mais de l'interaction entre la personne qui commet l'acte et celles qui réagissent à cet acte » (1985, p. 38).

On peut, à ce titre, considérer la déviance relative à l'avortement comme une construction sociale dont il s'agira ici d'appréhender le processus (les caractéristiques personnelles et sociales des déviants ayant déjà été abordées dans la première partie). Sur la base de quelles normes est construite la déviance que constitue l'avortement ? Qu'est-ce qui est réellement en jeu dans cette déviance ? La vie de l'embryon-fœtus ? Le libre-arbitre de la femme ? Le pouvoir masculin, la politique démographique d'un pays ? La même sanction s'applique-t-elle pour toutes les femmes coupables ? C'est à toutes ces questions que je tenterais de répondre dans le présent chapitre.

3.1.1. Au fondement du problème social de l'avortement : le statut du fœtus et le libre-arbitre

L'avortement provoqué est défini comme l'interruption volontaire de l'évolution du produit issu de la fécondation (œuf, embryon, ou fœtus suivant le stade auquel intervient l'avortement). Il soulève, d'une part, la question du statut et des droits de l'œuf fécondé. En effet, en fonction des groupes sociaux et des valeurs dont les individus se réclament, le produit conçu peut être doté du statut d'humain au même titre qu'un nouveau-né, un enfant, un adulte ou une personne âgée, et bénéficier alors du droit de vivre et d'être protégé. La première norme a donc trait à la sacralité de toute vie humaine et à l'impératif normatif du respect de celle-ci. D'autre part, il pose la question des droits des individus, notamment celui des femmes à choisir si elles veulent ou non procréer et le moment où elles veulent le faire.

3.1.1.1. Qu'en est-il du statut de l'embryon-fœtus ?

La problématique de la vie humaine prénatale est l'un des sujets les plus discutés dans les cadres scientifiques et dans les débats éthiques, politiques, juridiques et religieux. Cela concerne le statut moral de l'embryon (ou du fœtus) : doit-il être considéré comme un être humain à part entière ou simplement un fœtus « tumoral » potentiellement humain ou utilisable à d'autres fins (Boltanski, 2004) ? Quand commence la vie ? Immédiatement après la fécondation lorsqu'on sait que toutes les grossesses n'aboutissent pas à un enfant viable, ou après certaines étapes de sa transformation intra-utérine ? Traiter et comprendre la question du statut de l'embryon-fœtus passe nécessairement par la prise en compte des savoirs scientifiques de même que des conceptions sociales de la fécondation et de la vie intra utérine de l'embryon-fœtus. En effet, ces éléments permettent d'apporter un éclairage indispensable sur la

réalité qui caractérise physiquement le mécanisme de la conception et les différents stades de développement du produit conçu afin de comprendre le statut que les individus peuvent lui attribuer aux différents stades de son évolution (Thévoz, 1990).

Les conceptions de la fécondation et de la vie prénatale : une rupture d'avec les représentations symboliques ?

Dans les années 1930 (Labouret, 1931) et les années 1970 (Badini, 1978 ; Bonnet, 1988), quelques travaux avaient tenté d'appréhender les représentations de la fécondation et de la vie intra-utérine au sein de différents groupes ethniques du Burkina Faso. Parmi les faits marquants en termes de conception, ces travaux ont révélé que l'embryon-fœtus était perçu comme n'étant pas uniquement le fruit des relations sexuelles entre l'homme et la femme. Dans le cas des *Moose* par exemple, les recherches de Doris Bonnet (1988) et celles d'Amadé Badini (1978) montrent qu'une entité dénommée *kinkirga* [pluriel *kinkirsi*] joue un rôle déterminant dans les représentations que ce groupe a de la fécondation. Les *kinkirsi*, décrits comme des esprits invisibles à potentialité humaine qui habiteraient des lieux tels les trous, les cavernes, les sommets de montagne, les marigots, etc., seraient ceux par qui la femme pouvait se retrouver enceinte. Lorsque cette dernière désire une grossesse, « elle dépose dans les lieux considérés comme étant occupés par les *kinkirsi* (marigot le plus souvent) des aliments sucrés. L'esprit-jumeau symboliquement associé (...) au sucré, doit alors (...) suivre la femme jusqu'à sa concession et rester auprès d'elle jusqu'à ce que son mari ait un rapport sexuel avec elle. (...) Le *kinkirga* s'introduit alors dans la femme au moment de l'acte sexuel. Il passe de l'extérieur à l'intérieur du corps de la femme durant l'acte sexuel » (Bonnet, 1988, p. 25). Cette conception dénie quasiment à l'homme sa valeur de fécondité, le réduisant alors au rôle d'intermédiaire (le rapport sexuel) : « pour qu'il y ait fécondité, même si elle ne paraît pas attribuée à l'homme, il faut qu'il y ait acte sexuel de l'homme » (Bonnet, 1998, p. 25). C'est donc par ce processus qu'une femme pouvait se retrouver enceinte. Doris Bonnet souligne que ces conceptions sociales de la fécondation n'étaient pas nécessairement synonymes d'ignorance des mécanismes scientifiques de la fécondation, mais s'inscrivaient davantage dans les représentations que ce groupe avait de la vie et de la mort. Chez les *Lobi* par contre, l'homme semble recouvrer toute sa valeur de fécondité dans le processus de la conception (Labouret, 1931). La description qui y est faite lui confère le

même rôle qu'à la femme, et aucune mention n'est faite d'un apport extérieur équivalent à celui du *kinkirga*.

Pour ce qui est de la vie prénatale, elle est longtemps restée une énigme pour le commun des mortels face à laquelle différentes théories ont été formulées au fil du temps sur la base d'idéologies et de bribes d'informations recueillies à partir de l'observation du produit des fausses couches par exemple (Thévoz, 1990). Ainsi, tout comme la fécondation, les discours des personnes interrogées par Doris Bonnet (des accoucheuses et des vieilles femmes) lui ont permis de saisir les représentations que les *Moose* ont de la vie intra-utérine après la conception. Pour ce groupe, le fruit de la fécondation avant de devenir une personne serait tout d'abord une « masse de sang », *zi-peelee* en *moore*. Cette « masse de sang » constitue la première étape dans le processus d'évolution de la grossesse. À ce stade, le futur humain respirerait à travers la mère. La seconde étape serait caractérisée par l'évolution de la masse de sang en « poisson fœtal ». Cette étape interviendrait au troisième mois de la gestation s'il s'agit d'un garçon et au quatrième mois s'il s'agit d'une fille. Le « poisson fœtal » serait selon elle, la représentation symbolique de l'embryon sous sa forme fœtale. Il constitue la période transitoire entre la « masse de sang » et la forme humaine. Le futur enfant, à ce moment, va se constituer petit à petit, et la poussée des cheveux coïnciderait avec l'acquisition du *siiga*. Le *siiga*, force vitale de l'enfant, serait l'élément par lequel l'être conçu devient véritablement humain et lui octroie la faculté de respirer par exemple. En plus de la respiration, le *siiga* « communiquerait à l'enfant les qualités de l'un de ses ancêtres patrilinéaires ou d'une alliée d'un de ses ascendants en ligne agnatique. Cette composante est donc propre à l'individu de son vivant mais transmise de génération en génération par filiation agnatique. Elle vise ainsi à assurer la pérennité du patrilignage » (Bonnet, 1988, p. 35). Les représentations autour de cette énergie vitale indispensable au fœtus se retrouvent également chez les *Lobi*. Henri Labouret (1931, p. 297) explique dans le cas de ce groupe que si la collaboration de l'homme et de la femme est nécessaire pour créer un être humain (à travers les rapports sexuels), elle s'avère insuffisante pour faire vivre le fruit de la conception. En effet, l'élément conçu pour être animé et évoluer vers une personne requiert l'intervention d'« un élément particulier, indispensable, d'essence subtile et sur la nature duquel il est difficile de réunir des renseignements ». Contrairement à Doris Bonnet, il a choisi d'appeler l'élément en question « l'âme » : « l'idée que les âmes des défunts sont susceptibles d'entrer dans

l'embryon porté par une femme enceinte est extrêmement répandue dans l'ouest africain (...). Chaque personne décédée se rend au pays des morts après les funérailles, si elle ne se plaît pas dans ce séjour où elle mène cependant une existence semblable à celle des vivants, elle revient auprès de son ancienne demeure, pénètre dans une femme en grossesse et renaît sous l'aspect d'un enfant » (Labouret, 1931, p. 297). Néanmoins, tout laisse penser que *siiga* chez les *Moose* et « âme » chez les *Lobi* véhiculeraient une même réalité : une force extérieure indispensable à la formation de tout individu conçu, la condition *sine qua non* de son devenir d'humain et qui marque en quelque sorte le début de la vraie vie d'humain du fœtus. Car comme l'explique Doris Bonnet, une grossesse sans « *siiga* » n'aboutit qu'à une *kinkirsi-puga* (grossesse de conception génie) qui n'est autre chose qu'une « grossesse de flatterie » : la femme est flattée par les génies qui lui donnent l'illusion qu'elle sera mère. Ce type de grossesses sans *siiga* serait de celles qui se soldent par une fausse couche, le développement de la conception s'avérant impossible sans le *siiga*. On peut donc dire que c'est en quelque sorte au moment de l'acquisition du *siiga* ou de l'« âme », que l'œuf fécondé acquiert le statut d'humain, car comme le résume si bien Doris Bonnet « si le *kinkirga* permet la fécondation, le *siiga* par sa fixité représente la fécondité, le passage du potentiel au réel » (p36). Cela sous-entend-il que le statut d'humain de tout individu chez les *Moose* n'intervient qu'à partir du troisième ou du quatrième mois de sa vie intra-utérine ? Rien n'est moins sûr. Nous verrons plus loin si ces théories, qui ont longtemps permis aux individus de se faire une idée imagée de la vie prénatale afin d'expliquer différents phénomènes ou d'instaurer les consignes de gestion des grossesses, sont mobilisées lorsqu'il s'agit de dire à quel moment le fœtus ou l'embryon est considéré comme un humain, et s'il est concevable par exemple d'interrompre une grossesse avant l'acquisition du *siiga*.

J'ai essayé pour ma part de dégager les représentations que les Burkinabè des années 2010 ont de la fécondation et de la vie intra-utérine. Les hommes et les femmes interrogés l'ont été sur la base des théories qui viennent d'être exposées afin de poursuivre la réflexion et saisir les possibles mutations au sein des nouvelles générations dans un contexte urbain. Les propos recueillis démontrent une certaine rupture avec ces représentations « traditionnelles » de la fécondité, surtout chez les plus jeunes. En effet, pour décrire les mécanismes de la conception d'un enfant, les jeunes femmes et les jeunes hommes rencontrés ont unanimement évoqué la nécessité de deux

entités provenant de l'homme et de la femme : il s'agit du sperme ou spermatozoïde et de l'ovule. Néanmoins, des variantes apparaissent dans les discours sur ces entités. Ainsi, Béa, 31 ans avec un niveau scolaire de la classe de cinquième m'a confié que la grossesse résulte « *du mélange du sperme de l'homme et du sperme de la femme* ». Par sperme de la femme, elle faisait référence à l'ovule de la femme. Tandis que pour, Aline, 26 ans et étudiante : « *il y a ovulation, ça libère l'ovule chez la femme, et en ce moment-là s'il y a rapport sexuel, l'ovule rencontre le spermatozoïde de l'homme et il y a fécondation. C'est comme ça que la grossesse arrive* ». Talato, 31 ans, qui a le niveau scolaire de la classe de CP, m'a fourni elle aussi une réponse semblable à celle d'Aline en moore.

« *C'est le rog-biisi [littéralement semence] de l'homme et le rog-biisi de la femme qui se rencontre quand ils ont des rapports sexuels et ça donne la grossesse* ».

Seule Yaaba Fati (89 ans) m'a donné une explication dans laquelle le *kinkirga* apparaît dans le mécanisme.

« *Pour ma part, je pense que c'est wende [Dieu en moore] qui par l'intermédiaire des kinkirsi introduit l'enfant dans le ventre de la femme après le rapport sexuel. C'est pourquoi autrefois, lorsqu'une jeune fille se mariait, on veillait à ce qu'il ne manque pas de miel ou de sésame dans sa maison car cela attire la sympathie des kinkirsi et comme ça elle tombe facilement enceinte. Mais, si tu veux les tenir éloigner de toi, il suffit de couvrir le reste de ta nourriture de piment en poudre ou d'un balai pendant la nuit car la nuit leur appartient. Si tu fais ça ils ne s'approchent pas* ».

Comme on peut le voir, les représentations que Yaaba Fati a de la fécondation rejoint celles dégagées par Doris Bonnet (1988) et Amadé Badini (1978), à l'exception qu'elles introduisent une nouvelle entité dans le processus : *wende*. C'est ce dernier qui guiderait les *kinkirsi* vers la femme élue, celle qui aura créé les conditions pour qu'ils viennent.

J'ai aussi sondé les jeunes hommes et femmes sur la question du *kinkirga* dans le processus de la conception. À ce propos, Aline m'a confié son scepticisme.

« *Franchement je n'y crois pas trop. Si jamais il y a quelque chose qui doit intervenir pour moi c'est Dieu, c'est lui seul qui peut décider si le rapport sexuel*

devient une grossesse ou pas. C'est l'œuvre de Dieu. Mais cette affaire de génie-là, vraiment je ne crois pas trop ».

Madi, 25 ans et apprenti couturier, pensait la même chose.

« Les kinkirsi et les génies ne peuvent pas fabriquer des spermatozoïdes, alors que sans spermatozoïde il n'y a pas d'œuf. En plus, ils sont tous des créatures de Dieu donc ils ne peuvent pas insuffler une vie, seul Dieu a la capacité de le faire, d'insuffler l'âme ».

Si, comme on le voit, les plus jeunes sont sceptiques quant à un éventuel rôle du *kinkirga* dans le mécanisme de la conception, ils n'en écartent tout de même pas la possibilité car pour eux, « tout est possible en Afrique ». Dans le doute, ils préfèrent croire aux théories scientifiques pour lesquelles des preuves tangibles existent contrairement aux *kinkirsi* qui sont de l'ordre du mythe et de l'imaginaire. On peut donc aujourd'hui parler d'une évolution des représentations autour de la fécondation dans lequel le *kinkirga* est dépourvu de rôle tant l'image qu'ils ont du mécanisme ne lui laisse aucune place. À la place, certains évoquent Dieu pour rendre intelligible les éventuelles zones d'ombre susceptibles de subsister dans le mécanisme, en l'occurrence le fait que tous les rapports sexuels n'aboutissent pas à une fécondation par exemple. Dans ces nouvelles perceptions de la fécondation, l'homme recouvre sa valeur de fécondité au même titre que la femme. Seules des personnes âgées comme Yaaba Fati sont encore attachées à l'image des *kinkirsi* et disent inciter leurs belles-filles à déposer chez elles du miel ou du sésame pour les attirer et accroître leur chance de tomber enceinte.

Ces nouveaux rapports à la fécondation sont construits sur la base des évolutions scientifiques et des informations diffusées à ce propos. En effet, de nos jours dans la ville de Ouagadougou, différents canaux notamment l'école (avec des matières comme la science de la vie et de la terre), les projets d'éducation sexuelle des jeunes, les programmes de santé reproductive, l'internet, etc., diffusent des connaissances sur le mécanisme de la fécondation. Béa par exemple s'est informée à partir de l'école, les prestataires de soins et le bouche-à-oreille.

« Il y a ce que les gens disent. Bon, il y a les infirmiers et les sages-femmes aussi qui causent de ça. Quand moi je suis allée prendre ma méthode de contraception,

la sage-femme m'a tout expliqué, elle m'a dit à quelle période on peut tomber enceinte, et comment ça se passe pour que la grossesse arrive. Et puis à l'école aussi on avait vu ça un peu ».

J'ai personnellement assisté à des séances de conseils comme celle décrite par cette jeune femme, et j'ai pu constater que les prestataires expliquent aux femmes, images à l'appui, comment la grossesse survient et la manière dont une méthode contraceptive peut empêcher le processus. Grâce à ces informations, les jeunes femmes sont informées de l'existence d'une « période dangereuse » ou « zone rouge » (le 14^e jour du cycle) durant laquelle le rapport sexuel peut aboutir à la rencontre de l'ovule (provenant des ovaires de la femme) et du spermatozoïde (du sperme de l'homme) et la survenue d'une grossesse.

Quant à l'évolution intra-utérine du produit conçu, ses représentations se démarquent, elles aussi, des représentations symboliques « traditionnelles », et s'appuient, tout comme la fécondation, sur des informations scientifiques. En effet, les évolutions technologiques telles que l'invention de l'échographie et les travaux sur l'embryologie ont permis de lever le mystère sur la vie intra-utérine et de produire des connaissances qui sont désormais mises à la disposition de ces jeunes hommes et femmes. Elles ont permis de montrer que la vie intra-utérine est un continuum de changements qui touchent l'œuf fécondé, son milieu de vie, son degré d'autonomie (Thévoz, 1990).

Même si elles ne sont pas aussi précises que celles produites par l'embryologie, on peut retrouver une description de cet ordre dans les discours de certains jeunes femmes et hommes rencontrés. Dans la langue française, des jeunes comme Safia, 25 ans, m'explique que le produit de la conception est tout d'abord un « œuf, il se divise pour former un corps humain, après il grandit et la femme accouche ». Le « corps humain » pour elle équivaut au stade où l'œuf dispose de toutes les parties du corps humain. Bea situe la période de « formation du corps humain » à deux mois de gestation, tandis qu'Ange, 21 ans, la situe à quatre mois environ. Certains plus pointus ont fait intervenir des notions comme « embryon » et « fœtus ».

« On a d'abord l'œuf. Je pense qu'il se décompose d'abord en quatre, puis en huit, en seize, etc. en fonction des jours. Il devient ensuite un embryon puis, il va

prendre place dans une paroi de l'utérus ou il va siéger pendant neuf mois »
(propos de Thomas, 29 ans, animateur dans une ONG).

La description la plus précise m'a été fournie par une jeune femme de 27 ans, élève dans une école de formation au métier de la santé.

« Juste après la fécondation c'est un œuf. En se développant, l'œuf va se diviser en plusieurs parties selon les moments jusqu'à devenir un embryon qui sera plus tard fœtus et les annexes fœtales qui assureront tous les besoins du fœtus pendant la grossesse. Ça, c'est de façon générale. Si on rentre dans les détails, au premier mois, on a la formation de l'appareil cardio-vasculaire et de la circulation ; au deuxième mois, la formation des bourgeons des membres ; au troisième mois, on a un fœtus et pendant les trois premiers mois, on parle de l'organogénèse. Au quatrième mois, les cheveux commencent à pousser ainsi que ce qu'on appelle les fonctions glandulaires ; au cinquième mois, il commence à bouger et la mère le sent souvent bouger. Pendant le sixième mois, l'appareil musculaire se met en place petit à petit. À ce stade, on dit que le fœtus est viable donc si la grossesse se gâte à ce niveau, il faut le déclarer à l'état civil parce qu'il pouvait vivre si les conditions sont réunies. Au septième mois, son système nerveux et son appareil respiratoire sont prêts et pendant les deux derniers mois, il croît en taille et en poids. Il se positionne donc pour pouvoir sortir ».

Les détails livrés par cette jeune femme sont, selon elle, le fruit des cours d'embryologie qui lui ont été dispensés pendant sa formation.

Si dans le discours des informateurs qui se sont exprimés en français la vie intra-utérine commence avec l'œuf, chez ceux qui l'ont fait en *moore*, il est question de *puug koom* (littéralement « eau du ventre »). Talato m'a, en effet, expliqué que « pendant les trois premiers mois c'est le puug koom. Quand ça arrive au quatrième, cinquième et sixième moi, il devient nemse [chair] et en ce moment il commence à devenir biiga [enfant]. Donc après il se forme encore plus et pendant le septième, huitième mois, il est déjà formé. Pendant le neuvième mois, il est déjà près à sortir ». La mère de Mouni (une des jeunes femmes rencontrées), 45 ans, a utilisé le même concept pour évoquer les premières étapes de la vie intra-utérine. Ainsi, au lieu du *djele* (œuf en *moore*) ces interlocuteurs ont choisi la notion de *puug koom*, qui en tant que tel n'a pas grand-chose à voir avec l'œuf si ce n'est le liquide qu'il contient. C'est peut-être à ce niveau qu'on

pourrait trouver une correspondance entre ces deux notions. Pour revenir à la mère de Mouni, elle relie par exemple la discrétion autour du début de la grossesse à ce *puug koom*.

« Comme c'est encore du liquide, un rien peut faire et puis ça va couler, la bouche de gens, ta manière de te comporter, tout. C'est pour ça qu'on se tait le temps que l'eau se solidifie avant d'en parler. Comme ça il n'y a plus de risque que la grossesse coule ».

La même rigueur de discrétion demeure donc, mais pour des motifs différents. De la discrétion associée aux caprices et à l'instabilité du *kinkirga* dans les représentations « traditionnelles » de la fécondité (Badini, 1978; Bonnet, 1988), on passe, à travers les propos de cette enquêtée, à une discrétion liée à la peur que le *puug koom* ne coule. On se tait désormais le temps que l'eau se solidifie et devienne de la chair, chose qui marque le début de la vraie grossesse. Cette solidification interviendrait entre le troisième et le quatrième mois, voire le cinquième et le sixième mois de grossesse. Par contre, l'influence des *kinkirsi* et des génies est mentionné par certains interlocuteurs durant cette phase de mutation de l'œuf ou du *puug koom*. Talato m'explique qu'elle a appris qu'ils étaient susceptibles d'influencer l'évolution de la grossesse d'une femme imprudente ou malveillante à leur égard.

« J'entendais ma grand-mère au village dire qu'il y a des génies qui peuvent rentrer dans le ventre de la femme parce qu'elle a eu à les juger ou parce qu'elle n'a pas été prudente. C'est pourquoi on interdit aux femmes de passer dans certains endroits à certaines heures précises de la journée ou de la nuit. On leur interdit aussi de se laver la nuit ».

Paula, elle aussi, a entendu parler des génies :

« Si on rentre dans le cadre de la société traditionnelle, les gens disent qu'il arrive que l'enfant ait des apparences de génies. On dit que ça arrive parce que pendant la grossesse la femme a eu un contact avec un génie ou un objet appartenant à un génie ».

Ces deux témoignages montrent que les « génies » qu'on pourrait associer aux *kinkirsi* sont toujours présents dans les discours sous forme de mythes. Dans la jeune génération, ils interviennent à l'issue de la conception et servent à expliquer des phénomènes tels

que la grossesse gémellaire, les enfants malformés ou handicapés mentaux. Il en est de même de la question de l'« âme » et du *siiga* qui a aussi été évoquée par certains interlocuteurs de confession musulmane essentiellement. Ils expliquent qu'au cours de l'évolution de l'œuf ou du *puug koom*, Dieu lui insufflerait l'« âme » ou *siiga* (selon la langue dans laquelle ils se sont exprimés) et cela interviendrait entre le troisième et quatrième mois de gestation.

« Au début c'est le puug koom et après il se transforme pour avoir de la chair. Mais ça seulement ça ne suffit pas. Au moment où il devient de la chair, Dieu intervient, il va envoyer l'ange pour lui mettre le siiga et c'est à ce moment qu'il se forme totalement, il devient un vrai enfant. Et quand on doit mourir c'est pareil, Dieu envoie l'ange pour enlever l'âme et la personne meurt » (jeune femme de 28 ans, musulmane).

Les textes en Islam indiquent en effet qu'à un stade de son évolution, l'œuf fécondé reçoit le souffle divin, l'« âme » qui lui confère son humanité. Alors que certains textes situent l'insufflation de l'âme après 120 jours, d'autres la fixent entre 40 et 45 jours (Abu-Sahlieh, 1998). Celle-ci s'accompagnerait d'un changement dans la formation de l'œuf : « avant l'insufflation, le fœtus évolue et se nourrit involontairement comme une plante. Après l'insufflation, les mouvements du fœtus deviennent volontaires » (Abu-Sahlieh, 1998). Si l'on s'appuie sur la période de 120 jours, on s'aperçoit qu'elle équivaut presque à celle où le « poisson fœtal » reçoit la force vitale qui lui permet une certaine autonomie et humanité dans les représentations symboliques chez les *Moose*.

En somme, la fécondation et la vie prénatale dans la ville de Ouagadougou sont de plus en plus pensées en lien avec les progrès scientifiques et technologiques. Il est à présent question de la rencontre de spermatozoïdes et d'ovule, qui fusionnent et donnent un « œuf » pour les uns et le *puug koom* pour les autres. Ces deux entités évoluent ensuite, se subdivisent ou se solidifient pour à terme devenir un bébé au bout de neuf mois. Les concepts de *zipeele*, et « poisson fœtal » ont disparu, du moins, des propos des personnes qui ont été interviewées. Mais celle de l'âme demeure avec le même rôle qui est celui d'octroyer une humanité à l'embryon (ou au fœtus).

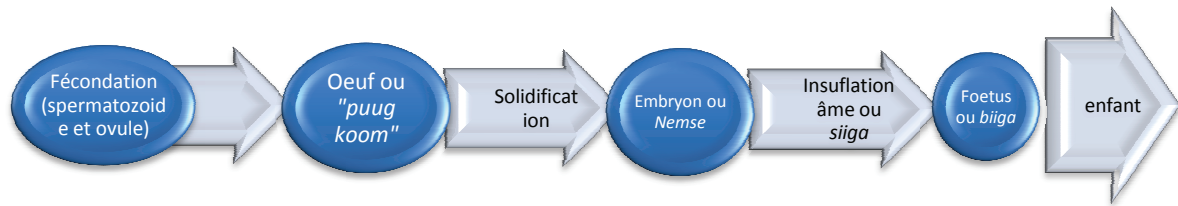


Figure 2 : Représentations du processus de la fécondation et de la vie intra-utérine

Il faut tout de même souligner que certaines jeunes femmes et certains jeunes hommes interrogés n'ont pas réussi à nommer le produit issu de la conception ou ne disposent pas d'informations sur le processus de l'évolution intra-utérine de l'œuf fécondé. Cela est-il à mettre sur le compte de la pauvreté des représentations autour du fœtus évoquée par Luc Boltanski (2004) ? Cela demeure une éventualité. Toutefois, la faible proportion des personnes concernées par cette situation, ainsi que les informations produites sur le sujet des décennies plutôt alors que peu de données scientifiques existaient, laissent penser que si les représentations ont été pauvres à un moment donné, elles le sont de moins en moins de nos jours. En effet, les conceptions que les individus se font de la vie et de la mort, de même que les évolutions scientifiques ont aidé à préciser de plus en plus cette étape de la vie humaine dans la société burkinabè. De sorte que les informations disponibles aujourd'hui peuvent aider à discuter les perceptions qui se dégagent à propos du statut de l'embryon et du fœtus (est-il un membre de la communauté humaine ? À quel stade de la gestation ?), ainsi que les rapports à l'avortement.

Statut moral de l'embryon-fœtus et avortement : au-delà du biologique et de l'éthique, une limite socialement constituée

La question du statut moral du fœtus est diversement interprétée aux différentes échelles où elle se pose (entre individus, dans la communauté scientifique, au niveau juridique, etc.). Si les développements scientifique et technologique permettent aujourd'hui d'avoir une idée assez claire du processus de l'évolution intra-utérine de l'œuf fécondé, il n'a toutefois pas réglé les divergences relatives au statut du fœtus, en l'occurrence le stade auquel il peut être doté d'un statut de « personne morale » et est à ce titre protégé par l'article 2 de la constitution burkinabè, et les différentes conventions et chartes ratifiées par le pays (Déclaration universelle des droits de l'homme, Charte africaine des droits de l'homme et des peuples). Comme l'explique le philosophe belge Gilbert Hottois (2001), spécialisé en bioéthique, la question du statut de l'embryon

n'offre pas de réponse univoque. En effet, le problème d'ordre éthique résumé dans la question « l'embryon humain est-il membre de la communauté morale, et si oui, à quelles conditions ? », derrière laquelle se cachent des enjeux comme celui de l'avortement, donne généralement lieu à positions qui diffèrent selon les valeurs sociales et religieuses dont les individus se réclament.

Dans la ville de Ouagadougou, j'ai identifié deux positions dans les discours des jeunes hommes et femmes, et ceux des soignants et décideurs rencontrés. Celles-ci peuvent s'illustrer à travers la dispute survenue entre Nado (elle a été évoquée dans le précédent chapitre) et son petit ami quand il leur a fallu prendre la décision d'avorter. Alors qu'elle était à deux semaines de grossesse, Nado s'opposa à l'idée de l'avortement parce que pour elle, il s'agissait d'un crime qui allait à l'encontre des prescriptions de son Église protestante. Son compagnon, protestant et très pratiquant également, tenta de lui faire admettre le contraire pour l'amener à accepter l'idée de l'avortement. Il lui expliqua qu'à deux semaines l'œuf n'était encore qu'une « chose » qui n'a pas le statut d'humain et qu'à ce titre son interruption ne constituait pas un crime.

« Il dit que ce n'est pas un crime, que présentement ce n'est pas encore un enfant qui est là, qu'on peut faire couler ça. Sur place-là ça m'a énervée. Je lui ai mal causé même. J'ai dit non, de un je suis consciente, je sais que c'est un péché de faire ça parce que l'œuf dont il parle est déjà une personne, à partir du moment où la grossesse rentre c'est un enfant, donc si je fais c'est un crime » (propos de Nado).

Il a fallu d'autres arguments comme la réaction des parents, ses études à poursuivre, la réaction des responsables de leur Église pour qu'elle accepte de se faire avorter. Néanmoins, elle l'a fait en étant convaincue qu'elle ôtait une vie humaine. Comme on le perçoit dans cet exemple, nous avons ceux qui comme Nado considèrent que toute fécondation équivaut à une vie humaine. Cette posture est dominante parmi les personnes interrogées. Elle va de la moins radicale comme celle d'Aline, catholique pratiquante, qui conçoit toute intervention possible tant qu'elle n'excède pas les 72 heures, à la plus radicale comme celle d'Ada, musulmane, qui estime que la vie humaine commence dès la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde ou dès que le sperme parvient dans l'utérus de la femme.

« Je pense qu'à partir du moment où il y a fusion entre l'ovule et les spermatozoïdes, c'est un être humain parce que je suis musulmane. Du point de vue spirituel, même quand le spermatozoïde entre dans la femme déjà, on commence à penser que c'est une personne, et n'en parlons pas quand il y a fécondation » (20 ans, coiffeuse, un avortement).

Tout comme Ada, Yaaba Fati (89 ans) et Talato (31 ans) considèrent elles aussi que le *puug koom* malgré sa fragilité est déjà une personne et ce malgré l'absence du *siiga* à ce stade de son évolution. Cette posture s'inscrit dans celle tenue par l'Église catholique par exemple. Elle estime que l'humanité et l'individualité de tout être sont toujours constituées immédiatement après la fécondation, l'unité de l'être existant dès l'origine jusqu'à son terme (Cassiers, 2003 ; Gueye, 2012). En islam par contre, les avis sont partagés sur la question. En effet, compte tenu du pluralisme juridique dans cette religion (Fortier, 2010), les positions varient suivant les courants religieux. Les malékites et certains hanafites considèrent que la vie commence dès que le sperme parvient dans l'utérus de la femme, alors que les shafiites et hanbalites situent l'humanité de fœtus à partir de l'insufflation de l' « âme », c'est-à-dire 40 jours après la fécondation pour certains et 120 jours pour d'autres. Cette position rejoint celle de personnes qui, comme le petit ami de Nado, situent l'humanité de l'embryon-fœtus suivant le stade de l'évolution de l'œuf fécondé. À cet égard, Béa qui est catholique et très pratiquante estime que l'œuf fécondé est une personne seulement à partir du troisième mois de gestation. Il s'agit pour elle de la période où la subdivision de l'œuf lui donne l'allure d'une personne, notamment la présence des membres par exemple :

« C'est quand l'œuf évolue et que les membres commencent à se former qu'on peut parler d'humain, on peut dire que c'est une personne. Pourquoi je dis ça, parce qu'il y a des grossesses qui n'évoluent pas, et l'œuf peut rester œuf. Donc quand c'est encore un œuf, à ce stade-là on peut avorter parce que c'est comme si tu prends un œuf et tu fais une omelette. Tu n'as pas mangé le poussin, c'est l'œuf que tu as mangé » (30 ans, une expérience d'avortement).

Sans avoir eu besoin d'introduire la question de l'avortement, cette jeune femme, à travers la question du statut de l'œuf fécondé, s'est prononcée sur la question. L'image qu'elle se fait de la vie intra-utérine et à travers elle de l'avortement (l'œuf, le poussin et

l'omelette) lui permet de ne pas concevoir l'avortement comme une faute lorsque la grossesse est encore au stade d'« œuf ».

Ces deux types de postures relatives au statut de l'embryon-fœtus retiennent l'attention à deux égards. En premier lieu, il y a ce qu'on peut considérer comme une homogénéité des positionnements à propos du statut du fœtus, et en second lieu la différence de postures, aussi infime soit-elle, qu'on peut observer entre des individus pourtant censés être soumis aux mêmes normes sociales et religieuses. Dans le premier cas, une grande majorité des personnes interrogées accorde à l'œuf conçu le statut d'humain quel que soit le stade de son évolution. Sur les 46 femmes interrogées dans le cadre de cette recherche par exemple, seules cinq situaient l'humanité de l'œuf fécondé au-delà de la huitième semaine de gestation. Pour toutes les autres, elle commence dès les premières heures de la fécondation. Ainsi, alors que les discours sur les transformations de l'œuf fécondé laissent augurer des avis variés sur le statut de l'embryon-fœtus, la quasi homogénéité des postures dans les réponses surprend presque. En effet, compte tenu de l'ouverture que permettaient les conceptions sociales sur l'évolution intra-utérine de l'œuf fécondé avec des notions telles que *siiga*, et « âme », on pouvait s'attendre à une prédominance des postures favorables à une humanité acquise de manière processuelle. Toutefois, les réponses montrent qu'il n'en n'est rien. Quand il s'agit de se positionner sur le statut du fœtus, la question de l'avortement s'y invite aussitôt et fait émerger une position globale qui ne laisse pas de place à la différenciation : l'œuf fécondé est une personne quel que soit le stade de son évolution et pour cela l'avortement constitue un crime. Ce soignant de confession musulmane qui était partagé entre ce qu'il appelle « *une posture scientifique et éthique qui dit que dès qu'il y a ovulation, il y a vie, donc c'est un humain* » et « *une posture religieuse, l'islam qui dit que c'est à partir du troisième mois que Dieu souffle la vie à l'embryon, et il devient une personne* », quand il a fallu trancher, il a préféré opter pour la première dans laquelle il disait « mieux » se reconnaître socialement. Si l'Église catholique a toujours eu une position tranchée par rapport au statut du fœtus, des religions comme l'islam et le protestantisme modulent les siennes en fonction des situations et des enjeux. Par exemple, l'islam qui offrait une ouverture avec la question de l'âme choisit dans le contexte burkinabè d'afficher une position unique pour fermer les portes aux possibilités d'admettre l'IVG. Il considère donc que le fœtus est un être vivant même s'il n'a pas encore d'âme, et que toute atteinte à sa vie à ce stade équivaut

à tuer un homme qui dort³⁴ (Abu-Sahlieh, 1998). Quant aux normes propres aux groupes ethniques, elles s'inscrivent elles aussi dans cette uniformité quand il s'agit de la question de l'avortement et attribuent le statut d'être humain à l'œuf conçu qu'il soit au stade de *puug koom*, *nemse* ou de *biiga* doté du *siiga*. Car derrière l'enfant à naître peut se cacher un génie ou un ancêtre qui à ce titre requiert respect et protection (Badini, 1994 ; Bonnet, 1988).

Les positions qui situent l'humanité de l'œuf fécondé de manière graduelle sont quasiment éclipsées, d'une part parce qu'elles sont infimes et d'autre part parce que leurs auteurs ne les assument pas toujours. Néanmoins, elles permettent de questionner les fondements des divergences des postures entre individus soumis aux mêmes normes sociales et religieuses. En effet, comme on l'a vu dans les différents discours, appartenir à une même religion ou à une même ethnie n'induit pas une homogénéité dans les rapports au statut de l'embryon-fœtus et à l'avortement. Nado et son compagnon qui fréquentent la même Église ont pourtant pensé différemment le statut de l'embryon qu'elle portait. Au fil des échanges, il est apparu que ce sont une pluralité d'enjeux liés aux modalités de la procréation qui peuvent expliquer cette divergence. En attendant d'aborder plus en détails certains de ces enjeux, je retiendrai ici celui relatif au désir ou non de devenir parent, notamment le « projet parental » (Boltanski, 2004 ; Hottois, 2001). Cette appréhension du projet parental dans la détermination du statut du l'embryon-fœtus permettra de compléter l'analyse qui a été faite de sa place dans la construction du recours à l'avortement dans le chapitre deux.

3.1.1.2. Projet parental et avortement : le corps de la femme versus le corps social

En marge des critères ontologiques, la prise en compte de critères sociologiques peut s'avérer déterminante pour comprendre les perceptions que les individus peuvent avoir du statut de l'œuf fécondé. Pour déterminer si oui ou non le fœtus est une personne morale, il arrive que les individus privilégient les données sociales, en l'occurrence la prise en compte d'« autrui » et de son projet de parentalité. Il s'agit de mettre en rapport le projet parental de l'individu avec l'œuf fécondé pour juger s'il est une personne ou non, ou à quel stade il peut être considéré comme un humain. De fait,

³⁴ L'islam considère que pendant le sommeil l'âme quitte le corps.

selon que la grossesse est planifiée ou non, désirée ou non-désirée, les individus peuvent décider que le fœtus n'est qu'une chose et légitimer leur choix d'interrompre la grossesse. Les entretiens avec les jeunes femmes et hommes qui ont eu recours à l'avortement pendant cette recherche rendent compte de la prégnance de ce critère même s'il n'est pas toujours mis en avant ou reconnu comme tel. Dans le champ du débat autour du statut du fœtus, « autrui » fait généralement référence à la femme qui, comme on l'a vu dans la thèse de Boltanski, est la première à décider si le fœtus est « tumoral » ou « authentique ». Dans un pays comme la France, un ensemble de changements sociaux et d'évènements ont contribué à instaurer l'idée de la maternité comme une « affaire privée » des femmes pour souligner le fait qu'elles sont les seules à être concernées physiquement par la grossesse et l'accouchement (Knibiehler, 2001). Cela a extirpé en quelque sorte la maternité de la « tension » de la procréation davantage sociale et publique. Sur cette base, l'avortement y est aujourd'hui conçu comme un « droit fondamental » des femmes qui sont alors les principales actrices dans la désignation du statut de l'œuf fécondé en fonction de leur projet parental, et le choix ou non de l'avortement. Si cette position est d'une certaine façon présente dans les rapports que les personnes rencontrées ont au fœtus et au choix de l'avortement, qu'en est-il de sa légitimité au Burkina Faso ? Quel droit est aujourd'hui reconnu aux femmes burkinabè en rapport avec leur maternité ? De quelles marges de manœuvres disposent-elles ?

Au Burkina Faso et en Afrique de manière générale, on n'a de cesse de souligner la place prépondérante de la maternité dans la vie des femmes. J'ai pour ma part expliqué dans les premiers chapitres comment elle peut contribuer à la transition vers le statut d'adulte et faire à cet effet l'objet d'une quête soutenue. Toutefois, prise dans les enjeux et normes de la procréation, cette maternité apparaît davantage comme une affaire publique contrôlée globalement par les hommes, l'État ou la religion. En effet, l'association de la reproduction au corps féminin a longtemps poussé à une appropriation du corps des femmes par une institution comme la parenté qui institutionnalise la domination masculine (Lallemand, 1991 ; Meillassoux, 1992). Claude Meillassoux (1992) décrit, à cet effet, que dans les transactions matrimoniales, les potentialités procréatrices de la femme et sa progéniture font partie de la « valeur sournoise » de l'échange marchand qui entoure la dot.

« Lorsque ce n'est l'épouse elle-même l'objet ultime de la transaction matrimoniale, mais sa progéniture, à la fonction de créance fixe que remplit la dot s'ajoute celle de sanction de l'accomplissement du mariage, c'est-à-dire de l'accomplissement de la fonction de procréatrices attendues. Le potentiel procréateur de la femme étant lié à la période féconde, le mariage et le volume dotal s'entendent pour une durée qui va normalement de la puberté à la ménopause. Si la dot sanctionne l'accomplissement du mariage, elle devra donc être proportionnelle à cette durée et au nombre d'enfants. (...) Par là, la dot tend à devenir la contrepartie de la progéniture de l'épouse comme divers indices le confirment » (Meillassoux, 1992, p. 112).

Une fois mariée, la femme est donc tenue de remplir ce contrat en procréant à la hauteur des attentes de son époux. L'injonction et la pression sociale que subissent les nouvelles mariées qui tardent à enfanter ou les épouses qui tardent à être enceintes après une maternité en sont la preuve. Avant le mariage, différents moyens sont déployés pour contrôler et préserver ce capital social. Michèle Dacher (1999, p. 241) explique que parce que les jeunes filles dans les villages *goin* au Burkina Faso représentent aux yeux de leurs proches des productrices dans une économie agricole, un moyen d'enrichissement de leurs parents lorsqu'elles sont données en mariage, et des futures reproductrices dans une culture où l'enfant reste le bien le plus précieux, « leur destin est conditionné par la volonté de leurs aînés de gérer, aux mieux des intérêts supposés de la communauté, ces bénéfices économiques et symboliques dont elles sont la source ». Ce contrôle se faisait par exemple au moyen d'une idéologie « contraignante de l'autorité » dans laquelle « la religion, la magie, les rites, le terrorisme superstitieux infligés aux dépendants, aux jeunes et surtout aux femmes pubères se développent. Les interdits sexuels et les châtiments pour leur violation se multiplient et prennent un caractère absolu » (Meillassoux, 1992, p. 75).

En contexte urbain contemporain, cette mainmise sur la maternité des femmes se poursuit sous différentes formes. La régulation des modalités d'accès à la contraception en fonction des politiques de population, l'interdiction de l'IVG, la réticence des hommes et de l'église vis-à-vis de la contraception sont, entre autres, des exemples qui rendent compte des velléités des hommes, de l'État ou de la religion de garder une mainmise sur la maternité et les choix reproductifs des femmes.

Néanmoins, l'expérience montre que les femmes, en tant qu'actrices, ont toujours disposé d'une certaine marge de manœuvre leur permettant de gérer leur maternité. Et cela l'est davantage en contexte urbain avec les changements socioéconomiques et leurs enjeux qui imposent aux femmes une prise en main progressive de leur vie reproductive. Car non seulement la maternité n'est pas valorisée en toute circonstance (les grossesses rapprochées par exemple sont stigmatisées), mais elle peut induire des charges que les hommes s'arrangent pour esquiver. Ainsi, au moyen de ruses et de stratégies (le recours à la contraception et à l'avortement à l'insu de leurs conjoints) elles parviennent à rétablir le côté privé de la maternité en termes d'expériences physiques. Néanmoins, comme on le voit, cette gestion est faite de manière officieuse et traduit la prégnance du contrôle. Ainsi Aline, 26 ans, m'explique à propos de son choix d'avorter que *« le fait d'avoir tenu tête à mon copain pour avorter parce que je ne voulais pas d'enfant maintenant, bon..., d'une certaine manière on peut considérer que c'est ça. En fait, au fond de moi je me dis que c'est mon corps et que lui il ne peut pas m'obliger à garder une grossesse si je ne veux pas. Mais ça je ne peux pas le dire officiellement. Je sais que si je lui avais dit que c'est mon corps il allait réagir autrement, mais le fait d'avoir parlé de mon boulot, des petites maladies, du fait qu'on ne soit pas encore marié, il a mieux compris ça. Donc disons qu'officiellement, dans notre pays actuellement, on ne peut pas dire ça, surtout par rapport à l'avortement. Tu le penses, tu fais, et tu gardes ça pour toi »*. Les propos d'Aline montrent que s'il existe un droit autour de l'IVG au Burkina Faso, il s'agit d'un droit que les femmes font valoir uniquement auprès d'elles-mêmes. Il arrive même que certaines jeunes femmes à l'image de Paula ne se reconnaissent pas ce droit, préférant mettre en avant d'autres variables sociales qui dédouanent leur libre-arbitre. Il semble que cela aiderait à la gestion des conséquences psychologiques de l'après avortement.

En somme, la prégnance du contrôle social et son mécanisme permettent d'observer deux types de « droit » dont les femmes disposent dans la gestion de leur maternité. Il s'agit d'une part du droit officieux qui vient d'être évoqué, celui d'interrompre clandestinement une grossesse. D'autre part, nous avons un droit officiel tributaire des arrangements imposés par les changements sociaux. Dans le cas des jeunes femmes, il s'agit du droit à gérer leur corps pour ne pas se retrouver enceintes. Elles peuvent donc utiliser des moyens de contraception ou s'abstenir pour éviter toute conception. La libéralisation des méthodes de contraception et l'éducation sexuelle

permettent de faire falloir ce droit. Une fois que la conception intervient, par contre, elles perdent le droit de gestion de leur corps et c'est celui de l'embryon fœtus qui prend le dessus car le droit de ce dernier implique « l'impossibilité de reprendre toute vie conçue » (Sawadogo, 1999, p. 3) . L'interdiction et la stigmatisation de l'IVG traduisent la cessation du droit de la femme et le début de celui du fœtus.

3.1.2. L'interdit juridique et la stigmatisation comme réponse à la déviance

Les représentations du fœtus comme un membre de la communauté humaine et celle relative aux droits concédés à la femme dans la gestion de sa maternité font de l'interruption volontaire de la grossesse une déviance au Burkina Faso. L'avortement provoqué y est perçu comme un crime du fait des représentations qui dotent l'embryon et le fœtus du statut d'humain au même titre qu'un nouveau-né, un enfant, un adulte ou une personne âgée, et aussi de la primeur du corps social sur celui de la femme. À ce titre, les femmes qui choisissent de recourir à l'avortement sont perçues comme des déviantes qui posent « problème ». L'interdit juridique et la stigmatisation relèvent des moyens pour régler le « problème ».

3.1.2.1. La loi pour dissuader et punir

La loi contre l'IVG est la norme formelle mise en place par l'« entrepreneur de morale » en la personne de l'État burkinabè pour accompagner la mise sous tutelle de l'embryon-fœtus pour assurer sa protection. Le pays (alors Haute-Volta) a été doté par le colonisateur d'une première loi contre l'avortement juillet 1920. Bien que les lois et décrets sur la santé reproductive et les droits des femmes de manière générale connurent des aménagements au fil des différents régimes³⁵, la loi concernant l'IVG ne sera révisée qu'en 1996 pour élargir les exceptions (je reviendrai sur les exceptions en question dans le point suivant). Des instances comme la police, la gendarmerie et les magistrats veillent à faire appliquer la loi.

³⁵En 1970 un additif (l'ordonnance N°70/68/bis/pres/Esp/As/ du 28 décembre 1970) fut adjoint à la loi de 1920 interdisant d'une manière absolue l'avortement et la vente des contraceptifs. En octobre 1986 sous la révolution, une « Zatu » portant adoption d'une politique de planification familiale abrogea la loi de juillet 1920 et l'ordonnance de 1970 en sa partie concernant les contraceptifs. Cette « Zatu » autorisa essentiellement les pratiques contraceptives, et maintint l'interdit autour de l'avortement.

Article 383 :

Est puni d'un emprisonnement de six à cinq ans, et d'une amende de 300.000 à 500.000 francs, quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non.

Si la mort en est résultée la peine est un emprisonnement de dix à vingt ans.

La juridiction saisie peut en outre prononcer l'interdiction professionnelle et/ou l'interdiction de séjour pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

Article 386 :

Est punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 150.000 à 600.000 francs, l'interruption volontaire de grossesse ou la tentative, sous réserve des cas prévus dans les articles suivants.

Code Pénal du Burkina Faso (p.61)

3.1.2.2. Des formes informelles de sanction

Avant les États nations, la gestion de la déviance, en l'occurrence les sanctions étaient du ressort des responsables et chefs de tribus ainsi que les leaders religieux (Naour & Valenti, 2003). En cas d'avortement, ceux-ci étaient chargés de juger et de se prononcer sur les sanctions qui pouvaient être des mesures punitives (excommunication, sévices corporels, pénitence, peine de mort, etc.) et des mesures non punitives (confession, purification à travers des rites) à l'endroit de la femme et/ou de ses complices (Devereux, 1955 ; Le Naour & Valenti, 2003). Ces « entrepreneurs » moraux poursuivent leurs rôles de nos jours au Burkina Faso, même si ceux-ci ne sont pas officiels comme l'est la loi régissant l'IVG.

À côté de ces mesures plus ou moins formalisées, nous avons la condamnation et la stigmatisation sociales qui sont, quant à elle, l'affaire de chacun, ou du moins de toutes les personnes qui conçoivent l'avortement comme intolérable. À travers la dénonciation, le rejet, les jugements, etc., elles punissent à leur manière et de façon informelle les déviants ou dissuadent les tentatives par le spectre de leur réaction.

En somme, l'avortement constitue officiellement une déviance face à laquelle différentes mesures sont mobilisées. Cependant, qu'en est-il des rapports des Burkinabè à celle-ci dans la pratique ?

3.2. « L'intolérable toléré ». Les frontières de l'espace moral burkinabè

Il s'agit dans la présente section d'appréhender la manière dont les Burkinabè établissent les codes de la déviance que constitue l'avortement. Comment l'avortement est-il traité dans l'espace public et qu'est-ce que cela dit de la position réelle des individus vis-à-vis de la question ? Tous les avortements constituent-ils une déviance ? Comment les interactions et les enjeux sociaux participent-ils à une redéfinition des modalités de la déviance ?

3.2.1. L'avortement dans l'espace public

L'avortement fait partie des rubriques traitées dans la presse burkinabè. Entre 2009 et le début de l'année 2014, j'ai répertorié 26 articles dans la presse écrite qui évoquaient directement la question de l'avortement et relayés sur internet. La problématique y a été évoquée soit sous forme de faits divers et de chroniques relatant des drames et des démêlés familiaux ou judiciaires en rapport avec l'avortement : « *Un avortement qui tourne au drame...* », « *Elle perd la vie en tentant un avortement* », « *On murmure. Une fille meurt de suite d'avortement...* », « *Avortement clandestin : l'irresponsabilité d'un père* », « *On murmure. Quand un père veut aider sa fille à avorter* », « *6 mois avec sursis assortis d'amendes pour avortement* », « *Avortements clandestins : un faux docteur dans les filets de la police* », « *Fait de chez nous : elle fait son premier avortement au seuil de la ménopause* », « *Au coin du palais : Un an ferme pour un maïeuticien avorteur* », etc. ; soit sous forme de tribunes : « *Vision express sur... : pourquoi pousser sa conjointe à l'avortement ?* », « *avortements clandestins à Ouagadougou : la saignée s'intensifie* », « *Avortements clandestins à Bobo. Le drame silencieux des jeunes filles* », « *Tribune de la femme : ils sont farouchement contre la légalisation de l'avortement* », « *Avortement au Burkina : Des chiffres qui font froid dans le dos* », « *Vision Express sur... : Si c'est ainsi, pourquoi ne pas légaliser l'avortement ?* », etc. ; ou encore de reportages : « *Fête de la nativité à la Cathédrale de Ouagadougou : Mgr Philippe Ouédraogo condamne l'avortement* » ; « *Messe de Noël : L'évêque de Koudougou condamne l'avortement.*»,...

En dehors de ces articles directement liés à la question, le sujet a aussi été abordé au détour de chroniques sur la santé reproductive, les grossesses non désirées, les abandons d'enfant ou les infanticides : « *Grossesses non désirées : La hantise de la jeunesse* », « *Abandon de nouveau-nés à Bobo-Dioulasso : Motivations et manifestations d'un*

phénomène », « VIH et grossesses non désirées : Éduquer ou périr », « Vision Express sur... : être fille-mère, un phénomène grandissant à Bobo »,...

Pour la plupart, ces articles ont suscité des débats entre des internautes (sur des forums comme celui du Faso.net ou ceux des sites des quotidiens) et renseignent sur leurs positions par rapport à l'avortement. Par exemple, cet article paru le 13 février 2014 sous le titre *«Avortement au Burkina : Des chiffres qui font froid dans le dos »* sur le site du *Faso.net* avait donné lieu aux réactions suivantes.

Layélwuo, 13 février 08:35 : *« Droit à la santé reproductive, oui ! Mais aussi droit à la vie pour tous ! Très belle initiative que cette étude ; mais je reste sur ma faim quant aux recommandations formulées. On oublie expressément de nous dire que les 105000 avortements sont aussi 105000 êtres humains in-désirés et privés du droit à la vie ! Se contenter de vulgariser les méthodes contraceptives et les dispositions légales qui donnent droit à l'avortement, c'est aussi refuser d'aborder les questions de fond, et opter pour une trompeuse facilité qu'une certaine société en perte de repères nous offre sur un plateau d'or ! Un peuple qui délègue sa capacité de réflexion sur ses questions existentielles à un autre est en esclavage ! »*

Par Épouse-mère-étudiante, 13 février 13:15 : *« Paix aux âmes de tous ces bébés tués. Moi en tant que croyante où ma religion déconseille la contraception artificielle, je préfère braver cette interdiction pour opter pour la contraception artificielle et espacer mes accouchements que d'avoir des grossesses surprises et être tentée un jour d'avorter. Que Dieu nous garde de tout avortement ».*

Par vérité no1, 13 février 02:35 : *« Que l'on commence à punir les femmes qui commettent l'avortement. L'État doit aussi appuyer celles qui ont besoin de moyen financiers pour garder leurs enfants. On ne peut pas continuer à commettre des crimes ! »*

13 février 09:21 : *« Punir les femmes ? Mais et les hommes qui commettent ces actes d'avortement ou qui ont poussé les femmes à commettre l'irréparable en les abandonnant dès l'annonce de la grossesse pour diverses raisons ? Tant qu'on n'ira pas à la racine du mal, ce mal continuera de s'étendre et on n'aura pas les bons remèdes pour y remédier »*

En outre, la question de l'avortement est aussi abordée dans des espaces tels que les campagnes d'information et de sensibilisation (sur les grossesses non désirées, les risques de l'avortement, sur la contraception, la santé de reproduction des jeunes), les lieux de cultes (prêches dans les églises, mosquées et temples).

Ainsi, des faits divers aux positions sur l'avortement (légalisation ou non) en passant par ses causes, ses conséquences et ses solutions, l'avortement même s'il est considéré comme un sujet tabou et sensible, est évoqué tant bien que mal dans l'espace public ouagalais. Les propos qui y sont tenus, tout en ne laissant que peu de place à la commisération, pointent l'éducation des jeunes filles (ou son absence) comme cause et solution aux grossesses non désirées et à l'avortement à risque, et quelques rares fois la législation. Ces discours rendent compte de la récurrence de la prohibition et de la discrétion qui entourent la pratique et tracent les sillons des frontières de l'espace moral burkinabè sur la question. Mais par-dessus tout, ils mettent en scène l'ambiguïté voire le paradoxe normatif qu'évoquait Boltanski (2004). Car le fait que l'avortement soit fortement condamné n'empêche pas qu'il survienne. Presque tous connaissent quelqu'un ou ont déjà entendu parler de l'avortement fait par une tierce personne dans leur entourage, faisant ainsi de la pratique un secret connu de tous (Rossier, 2006), sur lequel on murmure ou on se tait selon les liens entretenus avec la personne concernée. Sans que cela ne fasse en toute logique l'objet de dénonciations ou de poursuites judiciaires conformément aux clauses stipulées par la loi. Luc Boltanski (2004, p. 31) signale ainsi qu'il est « très rare que des efforts importants soient faits pour identifier les personnes responsables d'avortement, les poursuivre et les punir. (...) Le fait que les personnes qui avortent et celles qui les aident dans cette entreprise ne soient pas, le plus souvent, poursuivies ni punies ne signifie pas pour autant une absence de sanctions ». Le code pénal du Burkina Faso punit l'avortement provoqué volontaire en ses articles 383-386 et 388-390. Il poursuit aussi bien les femmes qui y ont eu recours, leurs aidants tout comme les agents de santé et autres personnes qui le pratiquent. Les possibilités d'avorter sont régies par des indications médicales (grossesse diagnostiquée par des médecins comme étant à risque pour la vie de la femme et malformation fœtale) et juridiques (grossesse issues de viol et d'inceste) dans l'article 387 du Code Pénal.

Cela laisse penser que d'une certaine façon, le contexte burkinabè, même s'il ne l'officialise pas, observe une certaine tolérance vis-à-vis de cette pratique qui mérite d'être interrogée. En effet, loin de renvoyer uniquement au simple écart entre normes et

pratiques, ce paradoxe obéit à des codes au fondement de l'économie morale burkinabè. Les normes qui entourent la procréation et leurs ambivalences offrent une marge de manœuvre à la pratique de l'avortement et fondent ce paradoxe. Les agents sociaux sont ici les femmes, les conjoints, les parents, les garants de l'ordre moral (religieux, chefs coutumiers), les agents de santé, et les politiques. Ils sont liés par les mêmes valeurs et règles, en l'occurrence « *la vie est sacrée* », « *on ne doit pas tuer* », « *l'enfant doit naître dans le mariage* », « *l'avortement est un crime* », « *celui qui tue doit être puni* », etc. Néanmoins les contraintes qui émergent des interactions et les contradictions entre les différentes normes peuvent pousser à tolérer une déviance aussi longtemps que celle-ci obéira aux codes qui régissent ces « infractions ».

3.3.2. Les fondements et mécanismes de la réprobation/tolérance de l'avortement à Ouagadougou

L'avortement peut se voir tolérer dans une logique du moindre mal, dans celle d'une césure entre le privé et le public, et dans une logique de différenciation entre une pratique pour les autres et une pratique pour soi.

3.2.2.1. Une logique du moindre mal

Dans les perceptions, l'avortement est unanimement une « mauvaise chose », un crime contre le fœtus. Cependant, suivant les enjeux, la priorité peut être placée du côté de la femme qui porte la grossesse, voire du côté de l'ordre social au détriment du fœtus. Dans les mécanismes de la reproduction humaine, les individus sont conscients que toutes les grossesses ne sont pas sources de « bonheur » et que dans certaines situations, elles peuvent constituer un problème pour la femme par exemple, ou que l'enfant à naître ne remplit pas les conditions physiques nécessaires à la poursuite de la grossesse ou à sa vie d'humain sur terre. Il s'agit notamment des situations où il est établi que la grossesse mettra en péril la vie de la femme enceinte ou que l'enfant à naître est susceptible de porter des tares. L'avortement dans ces moments est admis comme une solution et accepté. C'est cette conception qui justifie que la loi au Burkina Faso autorise l'avortement en cas de risque pour la mère, de malformation fœtale, ou de viol et d'inceste.

Article 387 :

L'interruption volontaire de grossesse peut à tout moment être pratiquée si deux médecins dont l'un exerçant dans une structure sanitaire publique, attestent après examens que le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme ou qu'il existe de forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

En cas de viol ou d'inceste établis, la matérialité de la détresse est établie par le ministère public et la femme enceinte peut demander à un médecin dans les 10 premières semaines l'interruption de sa grossesse.

Code Pénal du Burkina Faso, p.62

Oumou a été obligée de renoncer à sa grossesse planifiée à cause d'un diagnostic médical.

« Mon bas ventre me faisait mal alors nous sommes venus dans le centre de santé X. On m'a demandé une échographie et ils ont vu que la grossesse ne pouvait plus évoluer et en plus ils ont dit que je fais la tension. Donc qu'il faut enlever l'enfant sinon ma vie peut rester, je peux mourir. C'est vrai que je tenais à cette grossesse, mon bonheur dépendait même de ça puisque j'ai piqué la grossesse pour que mes parents me laissent épouser l'homme dont je suis amoureuse, donc pour rien au monde je n'aurai touché à cette grossesse. Au début j'avais commencé à lui dire que j'allais attendre un peu pour voir, peut-être qu'avec le temps ça va changer. Et je suis contre l'avortement même, c'est une mauvaise chose. Mais le docteur a insisté, il a dit que je risque de mourir si je garde la grossesse, donc j'ai accepté » (23 ans, étudiante).

Malgré ses convictions et toute l'importance supposée de cette parentalité, elle a dû se résoudre à prioriser sa survie. Et conformément à la loi, elle a pu bénéficier d'un accompagnement médical et social dans son parcours d'avortement : son avortement s'est effectué officiellement de manière sécurisée dans une structure sanitaire publique, et elle a eu droit à l'empathie des sages-femmes vis-à-vis de ce choix douloureux.

Dans les situations de grossesses à « problème », les individus choisissent de s'inscrire dans une logique du moindre mal, du moralement et socialement acceptable et

justifiable, à savoir l'avortement. Certains de ces choix peuvent faire l'objet d'un consensus comme quand il s'agit de sauver la vie de la mère. J'ai noté, en effet, que les prescriptions religieuses, sociales et juridiques étaient en phase avec cette dimension de l'avortement. Pour Yaaba Fati (89 ans) par exemple, il vaut mieux sauver la mère pour préserver le « canari » représenté par la mère et lui permettre de se remplir à nouveau.

« S'il est question de la survie de la mère, l'avortement serait le mieux. Si elle arrive à s'en sortir, Dieu pourra peut-être lui donner une chance d'avoir un autre enfant parce que ce n'est pas sa faute. Si les docteurs suggèrent l'avortement pour permettre à la mère de vivre, alors mieux vaut avorter. Si elle meurt, qui s'occupera de son bébé ? Tu n'as jamais entendu l'adage moaga qui dit qu'une fois que le canari se vide, on peut encore y mettre de l'eau ? Si la mère meurt, la grossesse n'aura plus de sens parce que l'enfant non plus ne survivra pas ».

Cet imam, interrogé sur la question, abonde dans ce sens.

« L'islam ne l'admet pas [avortement] sauf au cas où la santé de la mère est mise en danger. On peut partir du principe que c'est pour préserver la santé de la mère et cela est très important parce que même si l'enfant devait sortir vivant et que la maman doit perdre la vie, on permet plutôt qu'on élimine l'enfant, on peut détruire l'enfant pour permettre à la maman de vivre. Toujours selon le principe : on doit donner la vie pour vivre et non pour mourir ».

Ainsi, face à deux maux, il s'agit de choisir le moindre : perdre l'enfant et permettre à la mère d'élever les enfants qu'elle a déjà et d'en avoir d'autres. Ce choix se fonde aussi sur la conscience que malgré un contexte de solidarité qui permet de pallier l'absence d'une mère, on reconnaît que l'idéal pour un enfant est d'être élevé par sa mère (au moins aux premières heures de sa vie) pour éviter certains maux bien connus, mais parfois tus comme la maltraitance. Si un malaise venait à découler de ce type de décisions, il est en général d'ordre personnel. Car ce type d'avortement trouve toute sa légitimité auprès de la société et peut, dès lors, être officialisé sans que cela ne donne lieu à une condamnation.

Pour ce qui est de la malformation du fœtus en revanche, ce choix fait place à des interprétations diversifiées. Si la loi autorise ce type d'avortements, les normes religieuses le considèrent comme inacceptable. Car pour elles « nul ne peut établir avec

certitude ce qu'il adviendra d'un fœtus dans son évolution » (propos d'un imam). Un fœtus considéré comme malformé à une étape de son évolution, peut ne plus l'être avec le temps. C'est ce qui justifie le refus des confessions religieuses du Burkina Faso de reconnaître l'avortement au motif de la malformation. Cette position de la religion trouve parfois un écho favorable au sein de la population surtout dans les situations de quête effrénée de maternité. Si des femmes (ou des couples) se conforment au diagnostic de la malformation et acceptent l'avortement comme ce fut le cas d'Oumou, il arrive que certaines prennent la décision de mener la grossesse à terme, contre l'avis médical. Cette décision est nourrie par l'espoir que le diagnostic soit erroné, que l'état du fœtus évolue favorablement avec la grossesse, ou tout simplement par l'idée qu'elles accepteront l'enfant comme tel.

L'inceste et le viol ne font eux aussi pas l'unanimité auprès des religieux et des individus. Alors que les musulmans, les catholiques et les protestants condamnent ce type d'avortement :

« Une grossesse qui résulte d'un inceste ou d'un viol, l'auteur du viol n'est pas le bébé, l'auteur de l'inceste n'est pas le bébé non plus, donc l'enfant est innocent. Pourquoi tuer un innocent ? Donc on ne peut pas justifier des actes de ce genre par quoi que ce soit » (propos d'un prêtre).

« D'abord le viol c'est un crime. Mais là-dessus, l'enfant n'est nullement responsable de ce crime. La maman non plus n'a pas à se culpabiliser, parce qu'elle a été contrainte. Donc on considère que pour le viol, l'enfant n'est nullement responsable donc on ne lui porte pas préjudice pour ce dont il n'est pas responsable. Maintenant par rapport à l'inceste, c'est abominable, c'est interdit, mais si ça arrive on ne peut pas éliminer non plus l'enfant. C'est un peu la même chose que pour le viol, il n'est pas responsable » (propos d'un imam).

Certains individus, à l'image de cette mère de famille, adhèrent à cette posture religieuse en cas de viol et d'inceste.

« Quel qu'en soit ce qui va se passer plus tard, il faut qu'elle accouche de l'enfant parce que la vie est sacrée et l'enfant n'y est pour rien. Ne serait-ce qu'avant-hier, il y a eu un don d'enfant incestueux chez les ma-sœurs [bonnes sœurs] parce

que l'enfant ne pouvait pas rester à la maison. Mais avant comme cela n'existait pas, il fallait aller remettre l'enfant à un parent lointain ».

D'autres comme Yaaba Fati m'ont expliqué que tout était mis en œuvre autrefois pour empêcher que ce genre d'enfant ne puisse vivre afin d'éviter le désordre social, il s'agit en l'occurrence du recours à l'infanticide.

« C'est vrai que quand nous on était jeune on n'avortait pas, mais c'est des cas que les vieilles qui faisaient l'accouchement, quand il y avait soupçons seulement, elles s'arrangeaient pour éliminer et on disait que l'enfant est mort-né ».

Pour l'inceste, un des jeunes hommes qui a participé aux discussions de groupe a révélé préférer l'avortement à la naissance d'un enfant conçu dans des conditions hors normes, qu'il qualifie d' « inclassable » et susceptible de devenir délinquant dans la société.

Aussi, tout comme les grossesses médicalement problématiques et celles issues de viols et d'inceste, la grossesse hors des liens du mariage (chez la célibataire et en cas d'infidélité) constitue elle aussi une menace pour la santé sociale. La grossesse pré-nuptiale est une honte pour la fille, pour sa mère, pour son père, pour leurs proches et est source de bouleversement de l'ordre social : perturbation des études de la jeune fille, réduction de ses chances de contracter un bon mariage, risque de bannissement, la mère peut être répudiée, le père manquera de crédibilité, etc. Même s'il n'est pas moralement comparable aux précédentes, ce qui explique que la loi par exemple ne l'autorise pas, l'avortement dans ces cas de figure donne lieu aux mêmes formes d'arrangements, en l'occurrence la logique du moindre mal. Il est ainsi courant de voir des mères fortement opposées à l'avortement, accompagner leur fille dans sa décision d'avorter, ou même la contraindre à avorter pour préserver la quiétude au sein de la concession. La mère de Mouni m'a expliqué qu'elle n'en voulait pas trop à sa fille pour son avortement parce que cela leur a été salvateur.

« Vraiment ma fille, je suis très croyante, mais on n'avait vraiment pas le choix, c'était notre survie à toutes les deux qui était en jeu. Chez les Bisa c'est pas comme chez vous les Moose où lorsque l'enfant tombe enceinte on peut négocier pour qu'elle reste. Chez les Bisa quand une fille tombe enceinte, elle est obligée de partir, on la chasse. Pour Mouni, si son père avait su cette histoire, ça n'aurait

été facile pour personne ici. Je pense qu'aucune de nous deux ne serait dans la cour aujourd'hui ».

Dans ces conditions, l'avortement apparaît comme une mesure salvatrice, un mal pour un bien, celui de permettre à une fille d'échapper à la « violence familiale », de poursuivre un projet personnel, professionnel ou matrimonial, à une mère de préserver son foyer, à un père d'éviter le déshonneur.

En plus de cette logique du moindre mal, nous avons aussi une autre variable qui est celle de la censure entre l'officiel et l'officieux ou le public et le privé. Selon Luc Boltanski (2004), avec l'avortement on observe un couplage « indignation-tolérance ». Dans ce couplage, l'indignation correspondant « à un caractère public, solennel, collectif de l'avortement » et la tolérance, à un caractère officieux plutôt honteux et clandestin.

3.2.2.2. Une césure entre le public et le privé

Dans la société burkinabè comme partout ailleurs, toutes les fautes ne se valent pas, et il est en est de même des sanctions. Ceci prend en compte la nature de la faute commise (vol, mensonge, injure, meurtre, etc.), mais surtout la manière dont cette faute est commise. De manière générale, une différenciation est faite entre fautes publiques et fautes privées et les mesures coercitives auxquelles elles correspondent. Manquer du respect à un adulte est une faute par exemple, mais selon que cela est fait devant témoins ou non, la faute peut revêtir différentes dimensions. Si l'adulte ne comptait pas réagir par exemple et sanctionner ce manque de respect, la présence d'un témoin le contraindra à agir pour sauver la face mais aussi pour donner l'exemple. Pour ce qui est des manquements relatifs aux normes sur la sexualité par exemple, un pasteur explique que :

« L'adultère, la fornication, font partie des péchés. Et lorsqu'un péché est public, la recommandation biblique nous dit ce qu'il faut faire. Lorsque c'est un péché public, la personne doit en tout cas accepter une sanction. Et ce n'est pas parce que nous sommes mieux que la personne qu'on fait cela, mais c'est pour permettre à la personne de mieux réfléchir pour éviter de tomber dans les mêmes erreurs. Ensuite, c'est pour amener les autres jeunes à fuir les mêmes erreurs.

Donc on ne sanctionne que lorsque que tout le monde sait, c'est pourquoi j'ai dit péché public. Si c'est une faute publique, il faut que ça soit rendu publiquement ».

Ainsi, comme le dit ce pasteur, tout comme les autres religions et les valeurs sociales entourant la sexualité et la procréation, les relations sexuelles en dehors du mariage sont une faute. Mais tant qu'elles se font en secret et que la faute n'est connue que des principaux concernés, c'est-à-dire les amants, leurs éventuels complices, elles ne posent pas de problème ni ne donnent lieu à une réprobation officielle ou une sanction. Une jeune fille peut s'adonner à des pratiques sexuelles à l'insu de ses parents, tout comme une femme ou un homme marié peuvent avoir un amant ou une maîtresse en cachette sans être inquiétés. Des soupçons peuvent néanmoins subsister, mais tout comme dans la justice, des preuves sont requises pour que des actions puissent être intentées à l'encontre du présumé coupable. La faute devient publique lorsque le secret de la liaison amoureuse quitte le cercle restreint, ou lorsqu'une grossesse intervient. Chez une jeune fille, tomber enceinte fait basculer la faute de la sphère privée vers la sphère publique.

« À partir du moment où elle tombe enceinte, la fille a commis un péché ouvert. Il y en a qui ont peut-être fait pire qu'elle, mais elles ne sont pas tombées enceinte. Donc en ce moment on prend des sanctions » (propos d'un pasteur).

Pour éviter que son « péché » ne devienne officiel, la jeune femme peut alors se tourner vers l'avortement pour se maintenir dans la clandestinité. L'avortement, en tant que solution, obéit lui aussi au même principe de l'officiel et de l'officieux. Il est en soi un péché, mais sur lequel les acteurs sociaux peuvent « fermer les yeux » en fonction de la manière dont il est pratiqué. Wolf Bleek (1981) décrit les mécanismes de cette censure dans le cas des *Akan* du Ghana. Il montre que chez ce peuple « *induced abortion is considered reprehensible by Akan people when it causes medical accidents or becomes publicly known. A secret and successful abortion, on the other hand, is approved of. This paradoxical view proves logical if we see how it is related to shame. Both childbirth and abortion are potentially shameful, but the shame of the latter can be hidden and thus avoided. The shame of an unwanted childbirth, however, will always be visible. A smooth abortion, therefore, takes away the shame of both* ».

En effet, pour les *Akan*, le respect et l'honneur seraient les plus importantes des valeurs. Dans cette société fortement hiérarchisée (senior *versus* cadet et homme *versus* femme, avec une soumission des seconds envers les premiers), la peur de la honte guiderait les

actions et la scinderait en deux pôles fondés sur l'éthique et la raison : honte visible contre honte invisible. La raison considère ainsi comme important, voire primordial de commettre un acte éthiquement honteux en cachette pour se préserver d'une honte visible. Et la honte de l'avortement pouvant être officieuse, s'il est bien fait et en cachette, est préconisée pour éviter celle de la grossesse hors norme. L'idée étant que l'avortement lorsqu'il est officieux n'engage que la femme (ou les acteurs acquis à sa honte) et Dieu dont la sanction n'est pas immédiate, tandis que la grossesse implique une pluralité d'acteurs dont une grande majorité n'est pas acquise à la cause. Il s'agit d'opter pour la honte secrète, quitte à prier pour le pardon divin, au détriment de la honte publique qui a la société comme juge, et qui peut être immédiate et violente.

Cette logique de l'officiel et de l'officieux justifie par exemple l'assimilation de l'avortement provoqué à l'avortement spontané. La sémantique avortement provoqué/avortement spontané, avant d'être des diagnostics de santé publique, pose avant tout une question de rapport à la norme. En rappel, l'avortement spontané est moralement acceptable puisqu'il n'engage la responsabilité de personne, sinon celle de Dieu, et n'est donc pas un péché. Par conséquent, l'avortement provoqué est souvent assimilé consciemment ou inconsciemment à un avortement spontané, ce qui permet d'être en phase avec les convictions morales et aussi d'échapper à la vindicte sociale. C'est ce qui explique la difficulté que j'ai eue à établir le statut des femmes dans les structures sanitaires. Soutenir que son avortement est spontané, malgré des signes évidents, aide la femme à se protéger des réactions des soignants. Dans le cas des soignants, il apparaît comme un moyen pour ne pas s'encombrer de la tension morale qu'engendre la connaissance du statut d'avortement provoqué. Il s'agit donc d'une alternative pour concilier réprobation et tolérance pour soi-même mais aussi pour échapper à la vindicte sociale. Les adjectifs « provoqué » et « spontané » découlent ainsi des stratégies sociales induites par les interactions pour se débrouiller avec la norme.

La logique du privé/public, officiel/officieux et les arrangements qui vont avec amènent aussi à fermer les yeux sur des choses que l'on sait. On préfère ne pas savoir, ou l'expliquer autrement car tant qu'on ne l'admet pas ou qu'on ne le dit pas officiellement, il n'est pas public et ne pose ainsi pas de problème. Car le plus grave n'est pas tant d'y recourir mais de le rendre en public. Cette censure se retrouve dans l'application de la loi, qui apparaît davantage comme une mesure dissuasive : très peu de poursuites, laissant des marges de manœuvres aux femmes. Ainsi, il existe une

opposition entre ce qui est de l'ordre de l'officiel doté d'un caractère « public, solennel et collectif » et ce qui relève de l'officieux et condamné à un mode d'existence « honteux », voire « clandestin ».

3.2.2.3. Une différenciation entre pratique pour soi et pratique pour les autres

Le rapport à l'avortement et aux normes de manière générale est très subjectif et relationnel, et cela fournit aussi une piste d'explication du paradoxe réprobation/tolérance de l'avortement. Pendant les entretiens avec les jeunes femmes rencontrées, deux des questions concernant les perceptions de l'avortement avaient été libellées comme suit : « que pensiez-vous des femmes qui avortaient avant d'en arriver à le faire vous-même ? » et « que pensez-vous de l'avortement présentement ? Pensez-vous qu'on doit légaliser par exemple pour éviter que les autres ne mettent leur vie en danger comme cela l'a été pour vous ? ». Voici un extrait d'un de mes entretiens avec Paula à ce propos.

Paula : *Une fois, une amie m'a dit qu'elle a fait avortement plus de cinq fois, elle m'a dit ça au marché. (...) Je m'en souviens comme si c'était aujourd'hui. Elle m'a dit que copine, que tu sais pourquoi je suis malade comme ça, que c'est parce que j'ai fait un avortement, que ça fait la cinquième fois. Et moi je lui ai dit, copine !!! J'ai attrapé ma bouche et je la regardais comme ça. Je lui ai dit, j'espère que Dieu va te pardonner. Grande sœur, j'étais choquée !*

Moi : *Qu'est-ce que tu as pensé d'elle ?*

Paula : *Je dis celle-là c'est une sorcière. J'étais vraiment dépassée, je la regardais bouche ouverte comme ça, comme si je découvrais une autre personne. Mais faut se dire la vérité, après ça j'ai commencé à ne plus partir chez elle, quand elle me demande je dis que c'est parce que je suis occupée. J'inventais des choses quoi, parce que je trouvais qu'elle était vraiment mauvaise comme personne et que je ne pouvais plus la fréquenter comme amie.*

Moi : *Et maintenant, après tes deux avortements, qu'est-ce que tu penses d'elle ?*

Paula : *Bon, maintenant, comme moi-même j'ai été dedans, je comprends que c'est pas facile, ça peut arriver. Toi-même tu as vu ma situation, je n'avais pas le choix. Mais je continue de penser qu'elle n'est pas une bonne personne parce que cinq fois c'est trop*

quand même. Je pense qu'elle fait ça exprès alors que moi je n'avais pas le choix, parce que vu ce que moi j'ai vécu là, je ne vais jamais faire ça cinq fois. Parce que si premièrement ça ne t'a pas donné de leçon, deuxièmement ça t'a pas donné de leçon, troisièmement même chose, jusqu'à cinq fois, ça veut dire que tu fais exprès. Parce que l'avortement c'est pas rien, c'est d'abord des risques, et puis elle devait surement garder quand ça a dépassé deux fois, parce que peut être que c'est ce que Dieu a voulu. Si les grossesses arrivent comme ça il y'a forcément une raison. Moi si ça m'arrive une cinquième fois, bon..., ça ne peut même plus m'arriver parce que ça m'a servi de leçon. Et si je vois quelqu'un aujourd'hui qui veut faire ça, je vais dire de ne pas faire parce que c'est pas une bonne chose. Moi je n'avais pas le choix c'est pour ça j'ai fait, mais je trouve que c'est pas normal de le faire.

Moi : *C'est seulement par rapport aux risques ou bien c'est par rapport à ta religion aussi que tu trouves que ce n'est pas une bonne chose ?*

Paula : *Non, c'est pas la religion,*

Moi : *Mais la dernière fois tu disais que quand tu entendais dire que quelqu'un a fait avortement tu trouvais que c'était un péché et c'est pour ça que pour la première grossesse tu ne voulais pas avorter ?*

Paula : *Bon, c'est vrai qu'avant je disais ça, mais bon, moi je dis toujours hein, il y a une chose qui est là, ce que j'ai fait là, d'un côté je ne regrette pas parce que j'ai fait ça pour moi-même, et si je n'avais pas fait ça, l'enfant-là, comment il allait vivre ? Et je me dis que Dieu aussi comprend ça et Dieu ne peut pas me condamner pour ça. Si j'étais dans les bonnes conditions et puis j'avais fait, là il pouvait m'en vouloir, mais dans mon cas les conditions n'étaient pas là.*

Moi : *Mais ne penses-tu pas que celles que tu jugeais avaient aussi les mêmes difficultés que toi ?*

Paula : *C'est possible, mais comme j'étais pas à leur place, je ne pouvais pas comprendre, maintenant je comprends. Sinon avant je trouvais qu'aucune raison ne suffisait pour enlever une grossesse, je pensais comme tout le monde, mais maintenant je vois clair. Je vois qu'elles ne sont pas des sorcières, c'est parce que certaines n'avaient pas le choix parce qu'un enfant c'est une charge, la grossesse ça fatigue, et si tu accouches, l'enfant c'est des problèmes. Et aucun garçon ne va te remarquer encore.*

Donc vraiment, si tu n'es pas dans les bonnes conditions, il faut enlever, et Dieu comprend ça. Et parfois c'est Dieu qui t'aide à le faire, parce que s'il ne veut pas là, tu peux pas le faire.

Moi : *Donc tu penses par exemple qu'il faut légaliser l'avortement puisque ça t'a aidée ?*

Paula : *Bon si on légalise, je connais les filles-là, elles vont prendre ça pour s'amuser, comme mon amie-là. Donc c'est mieux de ne pas légaliser parce que ce n'est pas bon, parce que toutes ces filles vont pouvoir faire ça facilement et ça aussi c'est pas bien. Imagine celles qui disent qu'elles ne peuvent pas garder la grossesse parce que ça va les empêcher de faire le show ? Si on légalise, elles pourront faire ça maintenant facilement, alors que si elles souffrent avant de faire, elles vont réfléchir d'abord avant de faire.*

Comme on le voit dans les propos de Paula, vivre une expérience d'avortement crée une scission dans le rapport à l'avortement. Tout comme chez bon nombre de jeunes femmes et leurs proches, on constate une différenciation dans l'avant et l'après du vécu de l'avortement. Avant d'être confrontée au choix d'avorter, à l'exception d'une seule, toutes les jeunes femmes interrogées ont admis qu'elles réprouvaient systématiquement l'avortement quelles que soient les raisons avancées, du fait de leurs convictions religieuses et des valeurs qui leur ont été inculquées. Elles voyaient donc d'un mauvais œil les amies et les autres filles soupçonnées d'avortement et qu'elles qualifiaient de « criminelle » ou « sorcière » comme Paula. Cependant, une fois confrontées à la situation, elles trouvent tout de suite des raisons valables pour tolérer l'avortement. Ainsi, de celle qui condamnait l'avortement au nom de ses principes religieux, être abandonnée par son partenaire, être sans emploi et la crainte du regard des gens, conduisent Paula à battre en brèche les arguments et principes auxquels elle avait toujours adhéré. On perçoit à travers l'expérience de Paula que ce sont des circonstances particulières qui conduisent à ne pas respecter la norme à laquelle on croit soi-même. Dans les interactions, les individus sont régis par des normes auxquelles ils se reconnaissent et travaillent à respecter. Toutefois, se conformer ou non aux normes est surtout guidé par l'appréhension des jugements des autres acteurs engagés dans l'interaction. Ainsi, l'obéissance aux normes est soumise aux enjeux et logiques au sein des interactions. De sorte que les individus sont susceptibles de moduler leurs rapports

aux normes suivant la position qu'ils occupent dans l'interaction. On est par exemple enclin à reprocher l'avortement du fait d'un sentiment de supériorité par rapport à l'autre qui est considéré comme « déviant » et faible du fait de son mode de vie et de ses fréquentations. On estime ainsi que celle qui avorte le fait parce qu'elle n'est pas bien éduquée, qu'elle n'a pas une vie sexuelle saine, qu'elle est mécréante, en somme, parce qu'elle est une déviante et l'avortement n'est qu'une cerise sur le gâteau de cette série de déviances. Cependant, lorsque l'individu qui pensait avoir une vie « saine et irréprochable » se retrouve coincé face à une situation donnée, il choisit une option transgressive à la norme parce que ce choix le sauve, mais paradoxalement sans se considérer comme celui ou celle qu'il critiquait. Ainsi, Paula considère après son avortement que lorsqu'on est contraint socialement et qu'on commet ce genre de péché, Dieu comprend et pardonne, et c'est aussi parfois une volonté de Dieu que d'avorter. Il en est de même d'une mère qui officiellement condamne l'avortement, radote sur les cas des filles de ses voisines ou de ses coépouses, et qui accompagne sa fille dans son choix d'avorter dans l'idée que les autres ne font pas mieux, sinon pire. Mais en même temps, Paula par exemple ne se sent pas pour autant semblable à toutes les femmes qui avortent, car certaines avorteraient pour des motifs non « valables » et d'autres exagèreraient. Ayant fait deux avortements, elle considère ce chiffre comme le seuil du tolérable, et au-delà, l'avortement devient un péché. Ainsi l'avortement « tolérable » pour cette jeune femme est l'avortement qui correspond aux mêmes motifs que les siens, et qui ne va pas au-delà du nombre d'avortements qu'elle a réalisé (deux avortements). De fait, à chaque type d'avortement ses propres justifications et sa conception du tolérable.

Conclusion

Il est possible d'observer qu'au Burkina Faso, l'injonction sociale à penser nécessairement toute conception comme un enfant potentiel et l'impossibilité pour les femmes de faire valoir le droit de décider des usages de leur corps, fondent le caractère déviant de l'avortement. Il s'agit d'une déviance socialement constituée et face à laquelle la société instaure une série de mesures dissuasives et répressives. Toutefois, dans son fonctionnement, cette déviance révèle un paradoxe se manifestant par un continuum allant d'une forte réprobation à une sorte de tolérance. En pratique, ce paradoxe obéit à des codes et à des arrangements qui selon qu'ils sont respectés ou non rendent l'avortement intolérable ou tolérable. Mais officiellement, l'avortement

demeure une pratique réprouvée, même par celles et ceux qui ont trouvé leur salut en lui. Même dans les contextes où la loi autorise l'avortement, la décision d'avorter demeure « tabou et synonyme de déviance morale » (Divay, 2004). Cette situation contribue à maintenir la pratique dans l'ombre et à perpétuer le cercle du processus social de la déviance illustré dans le schéma de Anuradha Kumar et de ses collaborateurs (2009, p. 629).

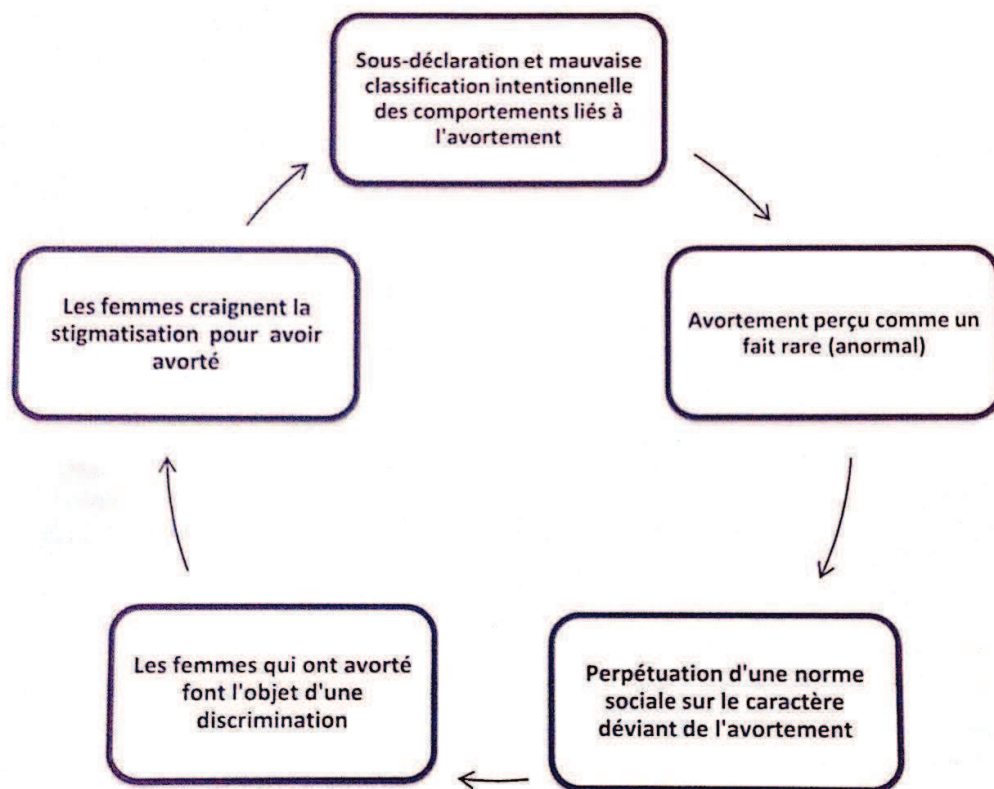


Figure 3 : Cycle du processus social de construction du stigmate de l'avortement

Entre confusion de langage et oublis (Moreau et al., 2004), assimilation des IVG à des avortements spontanés etc., on aboutit à une pratique sous déclarée et pour laquelle très peu de preuves existent. En conséquence, l'avortement prend des allures de fait rare qui perpétuent la norme et l'idée qu'il est une déviance et un problème pour l'ordre social.

Chapitre 4 : Un problème de santé publique. L'avortement dans la perspective des politiques publiques de santé

Ce chapitre portera sur le passage de l'avortement du statut de problème social à celui de problème de santé publique. Il s'agira de décrire le processus par lequel l'avortement provoqué parvient à retenir l'attention autrement que par sa dimension transgressive, en l'occurrence son incidence en termes de mortalité et de morbidité, et qui aide à l'inscrire sur l'agenda des politiques publiques de santé. La politique publique est définie par Alain Beitone et ses collaborateurs (2002, p. 83) comme « un ensemble d'objectifs et de moyens mis en œuvres par une autorité publique et qui porte sur un aspect déterminé (...) de la société et du territoire ». Elle est construite le plus souvent sur la base de situations structurelles ou conjoncturelles déterminées (la santé, la scolarisation, la santé reproductive des jeunes, le chômage, etc.) afin de transformer ou améliorer des indicateurs donnés tels que la réduction du taux de chômage, l'amélioration de l'accès à la santé des jeunes, la scolarisation des filles, etc. Ces politiques et actions sont généralement élaborées par ceux nommés couramment les « décideurs », c'est-à-dire des individus ayant un poste de responsabilité dans les institutions et les administrations de l'État, mais aussi des collaborateurs qui peuvent être issus d'institutions internationales, d'ONG et d'organisations de la société civile. Dans le cas de l'avortement, lorsque dans les conceptions des « décideurs » celui-ci devient un facteur de morbidité pour un pays, il appelle à des actions et politiques publiques de santé au même titre que d'autres maladies ou problèmes de santé majeurs. C'est de ce nouveau statut et des politiques qui en résultent que dépendent, par exemple, la médicalisation et l'accessibilité aux services d'avortement permettant de résorber les risques. Toutefois, ce passage d'un statut à un autre s'établit au terme d'un processus social (Packard et *al.*, 2004) dont le présent chapitre se propose de saisir les contours. Dans un contexte où l'avortement est posé internationalement comme un problème de santé publique et est conçu localement comme une déviance, comment les « décideurs » parviennent-ils à transcender les discours moraux pour établir des politiques allant dans le sens d'un enjeu public ? Comment l'avortement parvient-il à se constituer en problème de santé publique dans un milieu où domaines privé et public, religion et politique sont souvent imbriqués (Olivier de Sardan, 2004) ? Il sera ainsi question de

montrer en quoi l'instauration des soins après avortement constitue pour l'État burkinabè un moyen de ménager toutes les positions.

4.1. Le processus de labellisation de l'avortement en « problème de santé publique »

Dans l'ouvrage « *Emerging illnesses and society : negotiating the public health agenda* » (2004), Randall Packard et ses collaborateurs à travers un regard sociopolitique des problèmes de santé émergents dressent un modèle du processus social par lequel des maladies ordinaires acquièrent le label de « problème de santé publique » qui leur permet de bénéficier de l'attention des institutions en charge de ces questions dans les pays. Loin d'être un modèle applicable à toutes les situations, comme ils le relèvent si bien, ce modèle a tout de même l'avantage d'aider, dans le cas présent, à structurer la réflexion sur le mécanisme par lequel l'avortement devient un problème de santé publique tant dans les enjeux que dans les différences de point de vue des acteurs pouvant exister d'un contexte à un autre.

4.1.1. Le modèle de Packard et al. (2004)

Pour ces auteurs, l'« émergence » d'une maladie ou d'un problème médical procède d'un processus social. Ils expliquent en effet que la gestion efficace des problèmes de santé publique nécessite, en plus des systèmes conventionnels traditionnels de surveillances épidémiologiques, la prise en compte des processus complexes et bien souvent ignorés par lesquels les problèmes émergents de santé deviennent visibles et la cible d'interventions publiques, ou alors demeurent cachés et négligés. Le processus débiterait par des « conditions ou des états ». Il s'agit d'un « ensemble personnel de symptômes dont la signification n'est ni comprise ni appréciée » et qui sont perçues comme des conditions normales d'existence d'une catégorie d'individus. Appliquées à l'avortement, ces « conditions » désignent des femmes perçues comme déviantes parce qu'elles choisissent d'interrompre des grossesses et en meurent ou gardent des séquelles. Néanmoins, ces préjugés ne sont pas pris en considération socialement ni politiquement, si ce n'est dans le sens de renforcer les mesures dissuasives.

Avec le temps, les « conditions », au fil du temps, sont portées sur la scène publique par un ensemble d'individus appelés les *Communities Of Suffering (COS)*,

traduisible par « communautés des souffrants ». Les *COS*, représentent l'ensemble des personnes partageant le même problème de santé, derrière lequel on retrouve aussi bien des victimes directes ou leurs représentants (leurs proches, leurs médecins, des chercheurs, des mouvements, des associations, etc.). Leurs actions se déclinent sous forme de plaidoyers, bien souvent avec l'appui des médias, pour la reconnaissance de ces « conditions » et l'impératif de trouver des solutions idoines. Il faut souligner que la naissance des *COS* et l'écho dont leurs actions font l'objet, surtout pour des problèmes à caractère moral tels l'avortement, dépendent fortement de facteurs comme les changements de valeurs. Ces changements de valeurs permettent, en effet, de passer d'une frontière à une autre dans les rapports que les individus entretiennent avec l'avortement. Ils peuvent par exemple, aider les « transgresseurs » à estimer leurs juges étrangers à leur univers (Becker, 1985, p. 25) et à se rendre visibles, ou aider d'autres individus à être plus réceptifs et sensibles leur cause.

À terme, les activités des *COS* finissent par retenir l'attention des acteurs en charge des institutions de santé publique, et ces derniers vont conférer aux « conditions » le statut de « problème de santé publique », les inscrire à l'agenda et initier des actions pour le solutionner.

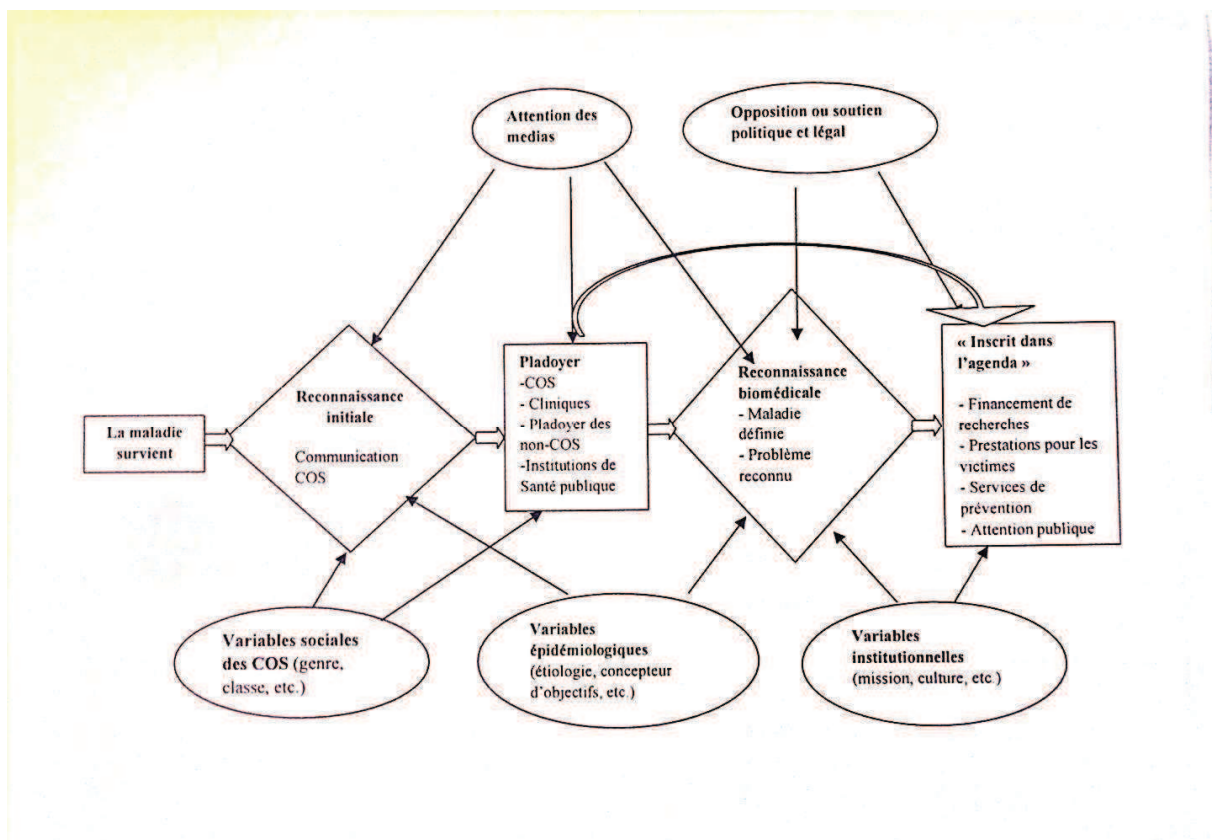


Figure 4 : Processus d'émergence des maladies (p. 19)

Comme l'illustre le schéma, il s'agit à la fois d'un phénomène épidémiologique et d'un processus social complexe qui engage une diversité d'acteurs (*COS*, décideurs, médias, le public, les autorités politiques, les membres du système judiciaire, etc.) et de facteurs. La synergie qui découle des interactions entre ces différents éléments participe à l'émergence de la plupart des maladies comme des problèmes de santé et à leur prise en charge dans les pays. Toutefois, en fonction des pathologies, des problèmes et des contextes, le processus peut avoir des délais et des carrières différenciés. En d'autres termes, la reconnaissance peut être rapide ou lente, le problème peut être reconnu sans que les solutions requises ne soient envisagées, des problèmes « mineurs » peuvent bénéficier d'une reconnaissance rapide tandis que d'autres majeurs ne le seront pas, etc.

4.1.2. Le cas de la France comme exemple de processus abouti

La situation de l'avortement en France aujourd'hui permet d'illustrer le type de processus abouti. Le cheminement qui a vu la légalisation et la médicalisation de l'avortement dans ce pays est émaillé de facteurs et d'événements qui ont propulsé l'avortement dans la sphère publique et contraint les « décideurs » à affronter la question. Ces facteurs sont la visibilité de l'avortement, les changements de valeurs, ainsi que la médiatisation et le foisonnement des débats et de lobbyings autour de la question.

4.1.2.1. À l'origine de la mutation : une épidémiologie constituée et des changements de valeurs

En France, l'« épidémiologie » de l'avortement, notamment la prévalence, les causes et les conséquences s'est constituée au fil du temps. Longtemps invisibles à cause de la réprobation sociale et de l'interdiction, les expériences d'avortement se sont faites de plus en plus visibles avec la « généralisation de l'avortement et son extension massive à toutes les couches sociales » (Naour & Valenti, 2003). Mais aussi de son estimation rendue possible par les publications statistiques et les changements de valeurs. Grâce aux statistiques par exemple, les individus ont pu découvrir, non sans stupeur, que la pratique de l'avortement, loin d'être singulière, est répandue (Lemonnier, 2010). Celles-ci ont révélé, entre autres, son ampleur, ses évolutions, les motifs avancés par des femmes concernées, etc. On apprend ainsi que la jeune fille ne souhaite pas accéder à la maternité avant d'avoir terminé ses études, que la femme mariée redoute les charges d'un nombre trop élevé d'enfants, ou préfère espacer les

naissances etc. Parallèlement, l'augmentation du nombre de recours n'ayant pas été recoupée avec un changement dans les dispositions sociales, juridiques et médicales encadrant la procréation et la pratique de l'avortement, elle s'est aussi accompagnée d'un accroissement de ses conséquences morbides, notamment le nombre de femmes qui en meurent ou gardent des séquelles.

Cette visibilité de l'avortement est aussi intervenue dans un contexte de mutation des valeurs et des sensibilités des individus. Inscrit dans la durée, ce phénomène se serait accéléré à partir du XVIII^{ème} siècle et a connu son apogée aux XX^{ème} et XXI^{ème} siècles (Fassin & Bourdelais, 2005). Même si leurs conclusions sont à prendre avec précautions, les enquêtes de l'association *the World Values Survey Association* (WVSA)³⁶ abondent dans le sens de ces changements. Entre 1981 et 2013, cette association a révélé, à travers six vagues d'enquête dans 100 pays dans le monde, des changements considérables dans les valeurs, les croyances et les motivations des individus. Elle rend compte d'un détachement des valeurs « traditionnelles séculaires »³⁷ en faveur des valeurs personnelles rationalisées dans presque toutes les sociétés industrialisées. Cette situation produirait des univers culturels dans lesquels les individus accorderaient une valeur relativement élevée à la liberté individuelle, au libre choix, à l'expression de soi, la recherche du bien-être personnel, la qualité de vie et la promotion de l'égalité entre les sexes. Ce qui donne lieu par exemple à une plus grande tolérance de certains phénomènes sociaux tel l'avortement.

L'analyse faite par Didier Fassin et Patrice Bourdelais (2005) du phénomène des changements de valeurs et des sensibilités permet de mieux appréhender l'effet des changements de valeurs dans la transformation du rapport à l'avortement. Ces changements induisent, selon eux, le passage d'une frontière à une autre, d'une perception à une autre, d'un état d'esprit à un autre. Ils expliquent le changement de valeurs comme un « déplacement de l'intolérable » qui passe ainsi du culte de l'arbitraire à celui de l'intégrité du corps, et l'évolution des sensibilités traduirait par la

³⁶The *World Values Survey Association* (WVSA), est une association à but non lucratif regroupant des chercheurs en sciences sociales, et qui réalise depuis 1980 des enquêtes sur l'évolution des valeurs et de leur impact sur la vie sociale et politique dans le monde. Pour plus d'infos voir : <http://www.worldvaluessurvey.org/>

³⁷Les sociétés avec une prégnance des valeurs traditionnelles /séculaires seraient fortement attachées à la religion et accorderaient une importance au lien parent-enfant, au respect de l'autorité, aux valeurs familiales traditionnelles, un grand degré de fierté nationale. Ils sont par conséquent encrées dans une perspective nationaliste, et rejettent le divorce, l'avortement, l'euthanasie, le suicide, etc.

naissance de l'empathie : « la première s'attache aux signes et aux symptômes corporels : la perception de la douleur et de la maladie se modifie, dans le développement de la moindre tolérance (...). La seconde consiste à éprouver le rapport à soi et à l'autre : reconnaissance de ses propres affects, auxquels on accorde une légitimité, découverte de la souffrance d'autrui, qui s'exprime sur le mode de la compensation » (Fassin & Bourdelais, 2005, p. 11).

Dans le cas de l'avortement, l'intolérable a longtemps porté sur l'atteinte à l'embryon-fœtus en tant que vie humaine sacrée. Cette perception tributaire des valeurs sociales et religieuses balisait ainsi la frontière de l'intolérable envers le fœtus, et l'« arbitraire » était le choix de l'individu d'attenter à la vie du fœtus. Les mesures coercitives avaient alors leur sens : non seulement elles sanctionnaient le crime, mais apparaissaient aussi comme une mesure préventive contre le « fléau » que représentaient les avortements clandestins. François-André Isambert (1982, p. 365) décrit en effet que les différentes études médico-légales et médicosociales sur l'avortement en France avant la guerre de 1914 aboutissaient à une série d'équation en chaîne : *avortement provoqué = avortement criminel = avortement clandestin = avortement meurtrier pour la femme*. Et si certaines études préconisaient des soutiens aux mères, elles ne recommandaient pas la légalisation de l'avortement comme la solution à la « déclandestination » et au risque de mortalité et morbidité des mères qui avortaient. Bien au contraire, ces conclusions visaient très souvent à accentuer la répression afin de protéger les femmes contre elles-mêmes et contre les avorteuses. De fait, la notion d'avortement comme « fléau social » plaçait celui-ci au même plan que d'autres fléaux comme l'alcoolisme et autres conduites irrationnelles et déviantes par lesquelles les citoyens s'autodétruisaient et pour lesquelles la sanction s'imposait comme solution et comme mesure dissuasive. Cet état d'esprit faisait office de normes et tant que les individus s'y reconnaissaient leurs grénances étaient effectives et justifiées.

Cependant, avec les changements de valeurs et l'évolution des sensibilités, la place s'est faite à un tout autre rapport à l'« arbitraire ». Ce dernier est devenu au fur et à mesure la trop grande attention portée au fœtus, mais surtout au déni à la femme du droit de disposer de son corps et de choisir si elle désirait ou non être mère. La notion de « vie potentielle » a été de plus en plus utilisée pour qualifier le fœtus dans les discours (Cassiers, 2003). Ces nouveaux rapports au fœtus et à l'avortement ont occasionné le passage de l'intolérable envers le fœtus (ou encore envers les intérêts du père, de la

société, ou de la nation) à l'intolérable indifférence vis-à-vis des drames et des souffrances que subissent des femmes au nom du droit d'une vie « potentielle ». Les poursuites et condamnations qui étaient de l'ordre du normal et presque unanimement approuvées, ont alors commencé à ne plus trouver leur légitimité au sein de toute la population (Naour & Valenti, 2003). Didier Fassin et Patrice Bourdelais (2005, p. 10) expliquent à ce propos qu'avec les changements des valeurs et l'évolution des sensibilités, les conduites à l'origine des sanctions importent moins et c'est plutôt le lieu où s'exprime la violence qui apparaît inacceptable, c'est-à-dire les décès, les séquelles, mais aussi les persécutions des femmes. L'image de la femme-objet dont le corps était au service de la communauté est remplacée progressivement dans les mentalités par celle de la femme égale de l'homme, maîtresse de son corps et ayant le droit de décider de l'usage qu'elle peut en faire (Knibiehler, 1997).

Ainsi, le durcissement de la loi en France en 1920 dans un contexte de regain d'empathie envers les femmes victimes d'avortement génère peu à peu des indignations et des dénonciations. En effet, « la représentation et l'émotion suscitées par l'intolérable apparaissent comme des moteurs essentiels de la mobilisation des acteurs de questions qui appellent des sentiments de pitié, mais aussi d'injustice » (Fassin & Bourdelais, 2005, p. 11). Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti (2003, p. 204) décrivent que « peu à peu, dans l'opinion publique, la femme qui a avorté passe du statut de criminelle à celui de victime, et prend la figure d'une jeune fille fautive qui a enfreint la loi et risqué la mort pour sauver son honneur. La rigueur de la peine est jugée intolérable et la compassion prend le relais de l'anathème religieux ».

En somme, l'épidémiologie de l'avortement en France s'est constituée grâce à différents facteurs et tout en permettant la naissance des COS, elle s'est renforcée au travers de leurs actions au fil des années.

4.1.1.2. L'action des COS et de la presse : « la parole libérée »

La période de l'après-guerre en France a été celle d'un réel fléchissement du tabou de l'avortement en raison du nouveau courant de sensibilité et de l'émergence de mouvements de défense de la cause des victimes de l'avortement appelés « pro-choix » ou « pro-avortement ». Leurs actions ont consisté en une médiatisation de l'avortement et de la cause des femmes dans la continuité des plaidoyers pour l'accès à la contraception initiés par différents mouvements tels le *Birth Control*, Mouvement de

Libération des Femmes (MLF), les néo-malthusiens³⁸ dont le maître-mot était « le droit de la femme de disposer de son corps » (Le Naour, & Valenti, 2003). Cette médiatisation sous forme de romans, de revues néo-malthusiennes, d'articles de presse, etc. ont aidé à donner à l'avortement l'image d'une pratique courante et à dénoncer ses conséquences et l'hypocrisie de la société (Lemonnier, 2010). Elle a permis aussi de libérer la parole dans l'espace public. Les témoignages de femmes se sont ainsi multipliés. Petit à petit, avec une certaine bravoure, des écrits sont apparus dans les médias sous forme de chroniques mettant en scène des femmes « victimes » d'avortements clandestins et dénonçant leurs calvaires ainsi que les conséquences de ces avortements. Une des particularités de toutes les dénonciations est qu'elles mettaient en cause la loi et rappelaient l'État à son devoir de protection des citoyens.

« Le discours le plus fréquent dans la presse (...) est celui que nous avons qualifié de « réformateur libéral et social » qui place au centre de ses préoccupations les avortements clandestins et leurs nuisances, imputant ce fait aux facteurs sociaux, donnant au législateur et à l'État un rôle déterminant, ce afin de promouvoir une loi libérale » (Isambert, 1982, p. 364).

L'année 1971 a marqué un tournant dans la lutte avec le coup médiatique du « manifeste des 343 » publié dans le journal le Nouvel Observateur et rédigé par Simone de Beauvoir.

« Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples.

On fait le silence sur ces millions de femmes.

Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté ».

Le Nouvel Observateur n°334 du 5 avril 1971

³⁸Le néo-malthusianisme, contrairement au malthusianisme, doctrine prônée par le pasteur Malthus et qui envisage la limitation des naissances par la seule continence, est un courant de pensée politique qui repose sur une dissociation de la sexualité et de la procréation et encourage l'utilisation de procédés anticonceptionnels. « En présentant, d'une part, la maternité imposée et non désirée comme un fardeau et élément d'oppression, caractéristiques de la société capitaliste, et, d'autre part, le droit à l'avortement comme un légitime exercice de la liberté pour la femme de disposer de son corps, les néo-malthusiens placent leur lutte sous les auspices du socialisme et du féminisme (Naour & Valentin, 2003, p.68).

Ce manifeste est suivi de 343 signatures de Françaises parmi lesquelles des personnalités du monde des lettres et du spectacle. La prouesse médiatique résidait précisément dans le fait que ces femmes prenaient le risque de tomber sous le coup de la loi de 1920 et s'exposaient à des poursuites. Le journal satirique *Charlie-Hebdo* commentera le manifeste la semaine suivante en s'adressant aux hommes politiques avec à la Une « *Qui a engrossé les 343 salopes du manifeste sur l'avortement ?* ». Ce titre provocateur vaudra au manifeste le surnom « *manifeste des 343 salopes* ». Le manifeste reçut de nombreuses réactions individuelles et celles des médias dont la majorité soutenait la cause, et différentes manifestations furent organisées à la suite. Ce manifeste, une sorte de désobéissance civile qualifiée de « date dans l'évolution des mœurs » inspirera deux ans plus tard, en 1973, une autre pétition « *manifeste des 331* » dans lequel des médecins affirmaient avoir pratiqué des avortements et s'exposaient eux aussi aux sanctions judiciaires (Naour & Valenti, 2003).

En somme, l'action des mouvements de lutte et la médiatisation qu'ils ont fait de l'avortement ont participé à l'effritement progressif du mur de silence qui entourait la pratique, gommant son caractère tabou et privé jusqu'alors « cantonnée dans la sphère des sociétés savantes » (Naour & Valenti, 2003, p. 43). Car en même temps que la médiatisation a suscité une prise de conscience collective et permis à l'opinion publique d'être informée des aspects longtemps tus de l'avortement, elle a choqué ceux qui avaient à cœur la sacralité de la vie. Catholiques, militants de « Laissez-les vivre », ou « héritiers des re-peupleurs de l'entre-deux-guerres » (Naour & Valenti, 2003, p. 232) ont formé de leur côté des mouvements de lutte, notamment les commandos anti-avortement (Venner, 1995). Dans le cas du manifeste des 343, même si les signataires n'ont pas été poursuivies par la justice, certaines en auraient subi les conséquences par des menaces de mort ou des licenciements (Gauthier, 2004).

En plus d'avoir porté la question de l'avortement dans l'espace public, la médiatisation a contribué aussi à instaurer un espace d'échanges entre les partisans de part et d'autre de chacune des frontières : d'un côté les partisans de la cause du fœtus et de l'autre les défenseurs de la cause de la femme. La position des partisans de l'avortement était ainsi une combinaison de leurs convictions personnelles sur la moralité de l'avortement, soit pourquoi privilégier une vie potentielle au détriment d'une vie réelle, et aussi de leurs croyances sur la limite éthique de l'autorité de l'État dans la gestion du corps d'autrui (Naour & Valenti, 2003). Ils dénonçaient notamment

les échecs de la loi dans sa volonté de dissuader la femme et qui, bien au contraire, augmentait la clandestinité et les risques de morbidité et de mortalité pour les femmes. Quant aux adversaires de l'avortement, ce sont de fervents conservateurs sociaux motivés par des préoccupations au sujet de la vie du fœtus, par la dimension « destructrice de l'avortement », mais aussi par les styles de vie que la légalisation de l'avortement pourrait favoriser, principalement la perversion sexuelle et l'augmentation du nombre d'avortement. Ils justifient la loi répressive en tant que mesure dissuasive visant à protéger la femme de l'avortement clandestin.

Le commun dénominateur de ces deux frontières de l'intolérable est, comme l'ont relevé Didier Fassin et Patrice Bourdelais, l'inscription dans le corps, le corps dans ses usages : « au-delà de la diversité de ces intolérables, tous mettent au cœur de l'interdit moral qu'ils instaurent la question de l'intégrité corporelle. Corps supplicié, corps maltraité, corps souffrant, corps violé (...). Mais aussi corps collectif, abaissé, souillé, contaminé, éliminé (...). Les deux aspects sont étroitement liés, et le corps individuel n'est généralement que le lieu concret de l'exercice de la violence contre le corps de la collectivité (...). Dans chaque cas, le corps donne ainsi existence à des personnes en quelques sortes morales auxquelles des droits sont reconnus au titre de leur intégrité corporelle » (2005, p. 9).

Les débats sur l'avortement opposent ainsi l'intégrité du fœtus à l'intégrité corporelle et décisionnelle des femmes. Ce droit et cette intégrité font par exemple que la femme a le droit de décider des usages qu'elle fait de son corps et de légitimer sa décision de recourir à l'avortement si elle estime que l'enfant à venir portera atteinte à son intégrité (physique, morale, sociale). Mais parallèlement, le respect de l'intégrité de l'autre veut qu'elle respecte la vie du fœtus qu'elle porte au nom de la sacralité de la vie humaine. Ainsi, la seconde moitié du XX^{ème} siècle a été marquée, dans ce pays, par des débats et des luttes considérables et fortement controversés (Naour & Valenti, 2003).

4.1.2.3. Le procès de Bobigny comme lieu de confrontation et de labellisation de l'avortement

Un exemple type des lieux de rencontre des deux frontières a été le procès de Bobigny. Ce procès rend compte de l'histoire d'une jeune fille de 16 ans qui suite à un viol décide d'avorter avec l'aide de sa mère et trois collègues de cette dernière. Elles sont alors inculpées toutes les cinq. Gisèle Halimi, célèbre avocate et membre fondatrice

de l'association féministe Choisir³⁹, est contactée par la mère de la jeune fille pour assurer leur défense. Celle-ci décide sous la tutelle de l'association et avec l'accord des inculpées d'en faire un procès politique de l'avortement. La stratégie était de montrer aux magistrats, aux politiques, à l'opinion le caractère désuet et « scélérat » d'une loi qui loin d'empêcher les avortements, contribuerait plutôt à mettre en danger les plus vulnérables (Naour & Valenti, 2003). À cet effet, de nombreuses personnalités scientifiques sont convoquées à la barre pour soutenir, à l'aide d'évidences, cette plaidoirie : le scientifique et académicien Jean Rostand, les biologistes Jacques Monod et François Jacob, des comédiennes comme Delphine Seyrig, Françoise Fabian, des hommes politiques comme Michel Rocard, des personnalités engagées des lettres comme Aimé Césaire, Simone de Beauvoir, ou encore le professeur Paul Milliez, médecin et fervent catholique. À l'issue du procès, la jeune fille et les deux collègues de sa mère sont relaxées, la mère est condamnée à 500 Fr d'amende avec sursis, et l'avorteuse est condamnée à un an de prison avec amende.

Ce procès fortement médiatisé eut un retentissement au niveau politique et social et conforta les « pro-avortements » dans leurs positions. Il a constitué le facteur essentiel du basculement de l'avortement dans le camp de l'« intolérable » envers la femme. Ainsi, de 22 % de Français favorables à la légalisation de l'avortement en 1972, le nombre serait passé à 55% en 1973 après le procès de Bobigny (Naour et Valenti, 2003).

D'abord focalisés sur les questions de droits et d'intégrité, les débats ont progressivement mis en avant la dimension de santé publique de l'avortement. Même les mouvements féministes qui prônaient l'argument du droit à disposer de son corps, auraient finalement délaissé celui-ci en faveur des risques pour la santé des femmes : « Aux États-Unis, le mouvement des femmes s'est trouvé dépositaire de fait du sacrosaint principe de la privacy et la considération de la santé de la femme n'est intervenue que pour réglementer de manière limitative les conditions hygiéniques de l'avortement. En France, c'est l'inverse. Le droit de la femme à avorter s'est présenté comme minoritaire dans le débat et ce sont les conceptions humanitaires, animées par le souci

³⁹ L'association a été fondée en 1971 après la publication du manifeste des 343 pour lutter sur trois fronts : la contraception et l'éducation sexuelle ; la suppression de la loi de 1920, la défense gratuite des personnes inculpées pour avoir contrevenu à la loi de 1920. Elle associera par la suite la liberté de l'avortement à ses luttes (Naour et Valenti, p229)

d'éviter les avortements clandestins et meurtriers, qui l'ont emporté, et pas celui de faire face aux "situations de détresse" » (Isambert, 1982, p. 373)

Ainsi, au fil des débats, l'intolérable envers la femme a enregistré de plus en plus de partisans, au détriment de l'argument de l'intolérable envers le fœtus qui a montré ses limites. La revue *Esprit*, fortement influente sur l'intelligentsia catholique, publie clairement sa prise de position en 1971 :

Revue Esprit :

« Puisque l'avortement existe en France de façon massive, l'objectif prioritaire est d'en finir avec une clandestinité qui pèse sur les plus pauvres et les plus faibles. Si supprimer un embryon ne sera jamais un péché aussi banal qu'arracher une dent, car une autre vie que celle de la femme est en jeu, la continuité biologique entre l'embryon et l'être humain n'entraîne pas pour autant que l'on puisse considérer l'avortement comme un meurtre. En conséquence, il est nécessaire de légiférer pour passer d'un avortement accompli dans la panique et l'insécurité à un choix conscient et réfléchi, à condition toutefois que la femme bénéficie d'un accompagnement médical - éventuellement susceptible de la faire renoncer à son projet - et que l'avortement, s'il a finalement lieu intervienne durant les premières semaines de gestation ».

(Cité par Naour & Valenti, 2003, p. 233-234)

Sa position est donc sans équivoque : entre une vie potentielle (puisque l'humanité du fœtus dépend d'un certain nombre de facteurs, et les fausses-couches constituent une preuve que toutes les grossesses n'arrivent pas à terme) et une vie réelle, la priorité revient à celle qui est déjà certaine et acquise, à savoir la vie de la femme enceinte. Le plaidoyer au procès de Bobigny s'est d'ailleurs appesanti sur cet aspect de la pratique. Ainsi, toutes les personnalités qui ont été appelées à la barre au cours du procès (entre octobre et novembre 1972) ont dénoncé les inégalités flagrantes entre les plus riches qui ont les moyens d'avorter en toute sécurité dans les pays étrangers et les plus pauvres qui sont contraintes d'avorter dans la clandestinité avec des méthodes souvent dangereuses pour leur santé (Naour & Valenti, 2003). Simone Veil, alors ministre de la Santé, décide de se saisir de la question et rédige un projet de loi qu'elle a défendu dans l'hémicycle en novembre 1974. Rétive au départ, l'assemblée s'est laissée convaincre au fil du discours par les arguments qu'elle a avancés sur les causes et surtout les conséquences sanitaires de l'avortement. Appelés à la fin à se prononcer sur cette question, les

législateurs ont autorisé l'avortement en 1975 durant les 12 premières semaines de la grossesse dans les conditions d'hygiène et de sécurités requises.

En clair, la médiatisation des causes et des conséquences des avortements clandestins par l'entremise des COS et des médias a participé à la publicisation de l'avortement. Il a ainsi pu retenir l'attention des « décideurs » comme un enjeu de société et un problème de santé requérant des mesures de résorption. Le vote en 1975 de la loi Veil décriminalisant l'avortement et sa médicalisation (offres de services d'avortement et remboursement des frais par la sécurité sociale) sont les principales mesures qui ont permis de résoudre le problème de santé publique dans ce pays. Si des études montrent que l'accès aux services d'IVG demeure parfois difficile essentiellement à cause des stigmates de l'avortement, elles ont permis de contrôler la pratique et réduire considérablement ses conséquences (Bajos & Ferrand, 2011; Divay, 2004). De sorte qu'aujourd'hui en France, les décès liés aux avortements sont quasiment inexistantes, entre zéro et deux décès par an selon l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC).

Qu'en est-il du processus de labellisation au Burkina Faso où l'avortement est aussi une pratique en croissance, stigmatisée et faisant l'objet d'une restriction au niveau législatif ? Étant donné que dans le processus au Burkina Faso, certaines étapes sont communes à celles d'autres pays, en l'occurrence les pays en développement, j'ai choisi dans le point suivant de présenter le contexte d'ensemble de ces pays, et d'utiliser le cas du Burkina Faso comme une illustration.

4.2. État des lieux du processus de labellisation dans les pays en développement : l'exemple burkinabè

Contrairement à ce qui a été observé en France où l'avortement s'est construit en problème public sous l'impulsion de plusieurs facteurs qui ont progressivement influencé les acteurs de la santé publique et les législateurs, dans les pays du sud comme le Burkina Faso, l'avortement s'est constitué en problème public dans un cheminement inverse, et les mécanismes de sa résolution offrent une image toute aussi différente. En effet, comme l'ont montré Randall Packard et ses collaborateurs (2004), différents facteurs peuvent retarder le processus ou modifier son itinéraire d'un contexte à un autre. Ils citent en l'occurrence les difficultés à établir l'épidémiologie du problème (qui, pourquoi et combien de personnes en souffrent), la stigmatisation de la

« condition » concernée, l'absence de *COS*, la faiblesse de la couverture médiatique, etc. Nous verrons, dans le cas des pays en développement et spécifiquement celui du Burkina Faso, à quel stade est rendue la constitution de l'avortement en problème de santé publique et les mécanismes de sa résolution, ainsi que la manière dont des facteurs comme les stigmates de l'avortement influent sur le processus.

4.2.1. Une prévalence invisible et inconsiderée

Dans les pays en développement, constituer l'épidémiologie de l'avortement est une des difficultés que rencontre son émergence en problème de santé publique. En effet, malgré une augmentation du phénomène, sa stigmatisation tend à maintenir ses manifestations dans l'ombre.

4.2.1.1. Les figures de l'avortement à travers le temps. Une croissance supposée ou avérée ?

L'une des propriétés de l'avortement dégagée par les travaux de George Devereux (1955) est son caractère universel. Mais la dimension intemporelle, quant à elle, pose des doutes (Bleek, 1981 ; Boltanski, 2004). En effet, l'existence de l'avortement dans les sociétés « traditionnelles » ou encore « primitives » (pour reprendre les termes de Georges Devereux) souffrirait d'un manque de preuves matérielles (récits, statistiques, etc.). Pour autant, l'absence de ces preuves, de l'avis de Georges Devereux (1955, p. 162), n'enlèverait rien à son effectivité dans ces sociétés du passé. Pour lui, l'absence de récits « n'est certainement pas la preuve que l'avortement ne fait pas partie de la tradition culturelle officielle ou clandestine d'un groupe donné ». À partir du moment où la possibilité de la pratique est connue dans ces sociétés, il propose de raisonner en termes d'effectivité de celle-ci, l'absence de preuves évoquée étant à mettre sur le compte de facteurs d'un tout autre ordre.

En soi, plusieurs travaux ont exploré ou évoqué la question de l'avortement dans le passé, notamment celui de Devereux (1955) sur les « sociétés primitives », de Bleek (1990) sur les Akan du Ghana durant la période précoloniale, de Delius et Glaser (2002) en Afrique du Sud, ceux de Henri Labouret (1931) et de Monseigneur Anselme Sanou (1999) au Burkina Faso etc. Ceux-ci ont montré que différents motifs poussaient au choix de l'avortement dans ces sociétés. Il y a par exemple ce que Devereux nomme « avortement à but thérapeutique ou prophylactique ». Ce type d'avortement prend en

compte ceux liés à la santé physique de la femme et à la « santé de la société » ou à l'équilibre social. Pour la santé physique, il cite l'exemple de l'avortement chez les femmes enceintes malades dont on estime que la grossesse serait à l'origine de la pathologie. Quant à la santé/équilibre social, il liste les grossesses et naissances hors normes (les cas de grossesses issues de relations adultérines, de paternité douteuse, ou les cas de grossesse chez la jeune célibataire, etc.) et le contrôle de naissances derrière lequel se cache des raisons économiques et sociales.

Dans le cas spécifique des sociétés « traditionnelles africaines », les travaux montrent que les femmes avaient recours à l'avortement pour des grossesses issues d'adultère ou d'inceste, des grossesses trop rapprochées ou des grossesses chez les jeunes filles (Bleek, 1990 ; Sanou, 1999 ; Bush-Slimani, 1993; Delius & Glaser, 2002). Henri Labouret (1931, p. 305) explique aussi qu'il arrivait que certaines femmes lobi décident d'interrompre leur grossesse « pour cause d'une querelle avec le conjoint ou l'amant, et le désir de faire disparaître le rejeton d'un homme détesté ». Pour cela, il leur suffisait « d'accomplir une ou plusieurs des actions proscrites pendant la grossesse et de l'associer à une décoction à base de racine de l'épineux ».

Tels sont les motifs qui pouvaient conduire à l'interruption volontaire de grossesse dans les sociétés « traditionnelles » et prouveraient ainsi son existence en leur sein. Quant à l'absence de preuves (matérielles surtout), elles s'expliqueraient par deux facteurs principalement. Il s'agirait en premier lieu de la faible circulation de l'information sur la question. En effet, l'avortement était une pratique de l'ordre du privé et du féminin et faisait l'objet d'une réprobation telle que l'information sur la question filtrait très peu (Bush-Slimani, 1993). Monseigneur Anselme Sanou (1999) atteste par exemple, dans le cas du Burkina Faso, que la société se taisait sur un certain nombre de pratiques parmi lesquelles les infanticides et l'avortement. De sorte que les chercheurs qui s'intéressaient à ces sociétés pouvaient ne pas en entendre parler (Devereux, 1955). De plus, le fait que la plupart de ces chercheurs étaient des hommes favorisait très peu les confidences. Et enfin, George Devereux (1955) relève que, quand bien même l'obtention des confidences sur la question pouvait être possible dans certains cas, très peu d'ethnographes portaient attention au sujet de l'avortement durant cette époque si bien qu'ils ne l'évoquaient pas dans leurs publications ou ne l'abordaient pas lors des entretiens et échanges.

En second lieu, d'autres analyses insistent sur le faible niveau de recours à l'avortement dans ces sociétés « traditionnelles ». Wolf Bleek (1981, p. 125) explique ainsi qu'autrefois « l'accès d'une femme au prestige social dépendait fortement du nombre de ses enfants. Excepté dans des circonstances spéciales, telles qu'une grossesse adultérine ou une grossesse avant la célébration des rites de la puberté, l'avortement d'un point de vue social et culturel semblait absurde et autodestructeur ». Aussi, le contexte n'était-il pas propice, semble-t-il, à la pratique puisqu'elle était fortement reprochée. Seules les situations risquant de bouleverser l'ordre social pouvaient pousser à la transgression des normes anti-avortements. Enfin, les jeunes filles se mariaient tôt et n'avaient que très peu l'occasion d'expérimenter les rapports sexuels en dehors du mariage, chose qui limitait le nombre de grossesses pré-nuptiales. Elles étaient aussi éduquées au respect de l'abstinence et constamment surveillées. Celles qui étaient soupçonnées d'avoir outrepassé les règles étaient sanctionnées (Delius & Glaser, 2002, p. 33).

Ainsi, l'avortement dans les sociétés « traditionnelles », même si les données sont lacunaires sur la question, au vu de ce qu'il en est relaté, était une pratique de l'ombre, puisqu'à force d'arrangements entre femmes, entre femmes et hommes ou entre familles, les « déviants » parvenaient à garder la pratique secrète ce qui permettait d'échapper aux sanctions sociales et de préserver l'ordre social.

Le contexte contemporain semble, en revanche, avoir signé une rupture avec ces caractéristiques de l'avortement dans le passé. En effet, les travaux sur l'avortement dans les sociétés contemporaines évoquent une évolution de la pratique à la fois en nombre de recours, dans les motifs, que dans la population concernée. Une étude réalisée en Côte d'Ivoire révèle ainsi une croissance du taux d'avortements à partir des années 1980 (Desgrees du Lou et *al.*, 1999). Le nombre d'avortements pour 100 conceptions serait passé de 13,8 % entre 1988 et 1992 à 26,1% sur la période de 1993 à 1997. Ces auteurs pensent qu'on peut parler d'un « phénomène de génération » tant la liaison entre le recours à l'avortement et les générations serait forte. Au Burkina Faso, le nombre d'avortements est passé de 87200 en 2008 à 105000 en 2012 (Bankole et *al.*, 2013 ; Sedgh et *al.*, 2011). Il faut souligner que compte tenu des difficultés à estimer le phénomène, une bonne partie des chiffres avancés sur la question a été produite au détour d'enquêtes sur les pratiques contraceptives par exemple, et pourrait par conséquent ne refléter qu'un pan de la réalité. Je reviendrai plus loin sur la question.

Cette croissance du nombre de recours s'expliquerait par les bouleversements majeurs qui touchent le champ de la reproduction et des méthodes abortives depuis quelques décennies. Pour ce qui est des modalités de la procréation par exemple, Desgrées du Lou et al. (1999) démontrent un changement dans les mentalités en matière de fécondité dans les jeunes générations africaines. Les femmes mariées des années 1990 par exemple, seraient moins enclines que leur aînées à accepter des grossesses rapprochées et nombreuses. En effet, les conséquences de la forte croissance démographique, les politiques de maîtrise de la fécondité, les crises économiques des années 80 et 90 et leurs lots de programmes de résorption, ainsi que l'urbanisation et ses enjeux auraient progressivement fait émerger le souci de la planification des naissances dans les milieux urbanisés et de la réduction du nombre d'enfants. Il s'agit de plus en plus de donner naissance au nombre d'enfant que l'on est capable de prendre en charge. Mais compte tenu des barrières dans l'accès aux méthodes contraceptives, certaines sont contraintes d'aller vers l'avortement en cas de grossesses non planifiées (Amnesty International, 2009 ; Bankole et al., 2013). Du côté des jeunes femmes célibataires, ce sont l'effritement du modèle traditionnel de contrôle des cadets par les aînés et l'émergence de nouvelles normes et enjeux en rapport avec la sexualité et les modalités de mise en couple (comme on l'a vu dans la première partie), qui justifient la croissance du nombre d'avortements dans cette population. Avec ces mutations, les jeunes filles deviennent sexuellement actives dans des contextes où elles ont longtemps été tenues en marge des programmes de planification familiale et où elles disposent d'une faible marge de manœuvre dans la négociation pour l'utilisation du préservatif (Calvès et al., 2006 ; Guillaume, 2000 ; Ouattara et al., 2009), et se confrontent de plus en plus à des grossesses. Ces changements sociaux conjugués à une « modernité insécurisée » (Bréda, Deridder & Laurent, 2013) et à une prégnance de la stigmatisation des grossesses pré-nuptiales accroissent les recours à l'avortement. De fait, plusieurs raisons conduisent désormais la jeune femme des années 1990 au choix de l'avortement, notamment sa volonté de poursuivre ses études ou de préserver un emploi. Elle peut également retarder son entrée dans la fécondité pour préserver ses chances de se trouver un mari ou pour fuir le coût financier et social que représente la prise en charge d'un enfant (Bleek, 1981). On passe ainsi de l'avortement à thérapie sociale à l'avortement à thérapie individuelle/personnelle.

Cette fresque de la pratique de l'avortement dans le temps montre que la croissance des recours à l'avortement est avérée du fait de motifs contemporains de recours et qu'elle est passée d'une pratique « rare » à une pratique « courante » à visage juvénile. Néanmoins, c'est l'estimation de cette augmentation, et à travers elle, les conséquences de la pratique, qui s'avère problématique à cause de la stigmatisation et de l'interdiction juridique des IVG (Guillaume, 2004 ; Rossier, 2006). La crainte des représailles oblige généralement les femmes à taire leur avortement ou à les assimiler à des fausses-couches, et conforter ainsi les individus dans l'idée que l'interruption volontaire de grossesse est une pratique rare et réservée à une catégorie de femmes (les prostituées, les filles mal éduquées, de mauvaise vie, etc.). Dans d'autres pays, les actions des groupes de défense des causes des victimes, les COS, aident généralement à surmonter cette barrière et à rendre visible l'avortement. Sauf que dans le cas du Burkina Faso, nous verrons que la constitution de ces COS ne va pas de soi, et quand bien même elles parviennent à se former, leurs actions butent sur différents obstacles qui impactent leur portée.

4.2.1.2. Des statistiques alarmantes

Malgré les facteurs tendant à confiner l'avortement à une pratique de l'ombre, des études sont parvenues au fil des années à produire des données et estimer approximativement l'ampleur de la pratique, ainsi que ses causes et conséquences. Depuis les années 1990, différentes recherches conduites par des institutions telles que Guttmacher Institute ou l'OMS, ainsi que des chercheurs permettent d'estimer la pratique de l'avortement dans le monde. Ces publications ont l'avantage de comparer les taux et incidences de l'avortement d'un pays à un autre, d'un continent à un autre, ou d'une région du monde à une autre. Cette comparaison a permis de rendre visible les disparités d'accès et les conséquences de l'avortement avec d'un côté les pays développés où les avortements sont médicalisés et sans risque, et de l'autre les pays en développement où les avortements sont à risque. Ces chiffres, bien qu'approximatifs, dévoilent des taux élevés d'avortement à risque (90% des avortements à risque), de complications et de décès dans les pays en développement (Guillaume, 2004 ; Sedgh *et al.*, 2012 ; Sedgh *et al.*, 2007). Le lien a également été établi entre ces avortements à risque et les dispositions juridiques régissant l'avortement dans ces pays. Ainsi, 92% des Africaines en âge de procréer vivaient dans des pays soumis à des législations restrictives de l'avortement ce qui les contraindrait à aller vers l'avortement clandestin

(Guttmacher Institute, 2009). En Afrique, seuls la Tunisie, le Cap Vert et l'Afrique du Sud autorisent l'IVG. Dans les autres pays du continent, l'avortement est soit totalement interdit, soit autorisé sous certaines conditions, en l'occurrence pour sauver la vie/santé de la femme, en cas de malformation du fœtus, ou d'inceste et de viol (Guillaume, 2004).

4.2.2. À problème égal, réactions différenciées

L'épidémiologie mise à jour dans ces pays a valu à l'avortement le qualificatif de « fléau silencieux » par David Grimes (2003). Le silence dont il est question concerne autant le côté clandestin de la pratique que l'absence de réaction face aux tragédies qui en découlent. David Grimes compare l'engouement médiatique et politique qu'aurait pu susciter le crash d'un avion transportant 400 femmes en âge de procréer dans les pays en développement à l'indifférence face aux milliers de décès de femmes en âge de procréer des suites d'avortement. En effet, ce qui a été source de dénonciations et de mobilisations sous d'autres cieux a eu droit à une toute autre réaction dans les pays en développement comme le Burkina Faso. Cette situation s'explique par des perceptions différenciées de l'intolérable au sein de la population et l'absence de *COS* locaux. Randall Packard et al. (2004) ont souligné, à ce propos, que dans le cas des « conditions stigmatisées », la constitution des *COS* pouvait s'avérer difficile à cause des stigmates qui inhibent les initiatives personnelles et influent sur la portée de la couverture médiatique.

4.2.2.1. De l'inertie au niveau local

Comme on l'a aussi vu dans le précédent chapitre, l'avortement est une pratique non tolérable pour une majorité de Burkinabè et obéissant à des codes (la discrétion). Bien souvent, les individus qui ont une position allant dans le sens d'une tolérance vis-à-vis de l'avortement optent généralement pour le silence ou affichent publiquement une opinion contraire. La couverture médiatique du phénomène, quant à elle, n'aide pas à transformer les positions. Le 4 décembre 2009 par exemple, le site d'information le *Faso.net* relayait un article publié dans le quotidien *Sidwaya* sous ce titre « *Echos de Sya : elle perd la vie en tentant un avortement* ». L'article relatait l'histoire d'une jeune femme célibataire de 27 ans décédée suite aux complications d'un avortement provoqué clandestinement. De cette information tragique, on pouvait noter de la part des internautes des réactions comme celles-ci : « *Voici de quoi dissuader nos sœurs qui*

continuent de s'adonner aux interruptions volontaires de grossesse (IVG). L'avortement tue, chères sœurs », « *Elle n'avait qu'à ne pas avorter* ». L'ensemble des articles de presse relatant des drames de l'avortement que j'ai pu lire, montre que le sujet tel qu'il est traité par les journalistes et les internautes, ne laisse que très peu de place à la commisération et à l'empathie. Les conséquences de l'avortement sont perçues comme méritées, et leur médiatisation une mesure dissuasive contre d'éventuelles tentatives.

Ainsi, au Burkina Faso, comme dans nombreux pays africains, la médiatisation des conséquences de l'avortement n'a pas fait bouger les frontières de l'intolérable ni généré de l'empathie pour la cause de femmes concernées. Cette situation trouverait son explication dans le fort attachement des individus aux valeurs « traditionnelles » et religieuses dans ces pays. Pour revenir aux rapports publiés par l'association World Values Survey, ils montrent, que même si les individus dans les pays en développement connaissent une transformation de leurs valeurs, ils restent encore et majoritairement rattachés à celles héritées de leurs aînés et ancêtres. Or les sociétés avec une prégnance des valeurs dites « traditionnelles » seraient fortement attachées à la religion et réprouvèrent des pratiques comme l'homosexualité, l'avortement, l'euthanasie, le suicide, etc. De fait, l'avortement au Burkina Faso serait, selon l'enquête menée par le Centre pour la Gouvernance et la Démocratie sur les Burkinabè et les valeurs entre 2007 et 2010, l'une des trois pratiques les plus reprouvées, soit 88% contre l'homosexualité, 86% contre la prostitution et 86% contre l'avortement (CGD, 2010). Dans ce contexte, les individus ne ressentent pas la nécessité de remettre en cause la loi puisque celle-ci est en phase avec leurs convictions. Et l'éventuelle minorité pour qui l'intolérable est passé du côté de la femme choisissent la discrétion pour éviter la fronde et la vindicte populaire. Par conséquent, des mouvements locaux de défense de la cause de ces conditions ne parviennent pas à émerger comme en France, que ce soit du côté des victimes ou de leurs porte-paroles.

Néanmoins, face à l'inertie locale, un équivalent des *COS* s'est constitué hors des frontières des pays concernés. En effet, dans les mécanismes d'émergence des *COS*, lorsque les principaux concernés ne réagissent pas parce qu'ils sont préoccupés par leurs propres survies et que dans leur entourage immédiat des groupes ne parviennent pas à se former ou à faire entendre leur cause, il arrive que ceux-ci se forment à l'extérieur des territoires par le truchement d'ONG ou d'associations (Packard et al., 2004). Ces *COS* extérieurs auraient, entre autres, l'avantage de disposer des ressources conséquentes

(financières et humaines) pour se faire entendre des « décideurs », même si elles ne maîtrisent pas toujours tous les contours des causes qu'elles servent. Dans le cas de l'avortement dans les pays en développement, ce sont des institutions, des ONG et associations internationales militant pour la santé et les droits reproductifs des femmes qui ont joué le rôle de *COS* pour la cause des victimes de l'avortement.

4.2.2.2. *Les institutions internationales à travers la CIPD*

Depuis la fin des années 1980, on assiste à un engouement de différentes institutions internationales comme l'OMS, l'UNFPA, ou des ONG internationales comme l'International Products Assistance Services (IPAS), l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), etc. autour de la question du « fléau » de l'avortement dans les pays en développement. Dans un contexte de mondialisation sanitaire au sein duquel la santé est perçue comme « une responsabilité partagée qui suppose un accès équitable aux soins essentiels et la défense collective contre des menaces transnationales » (OMS)⁴⁰, les chiffres alarmants et l'absence de réaction dans les pays concernés ont été saisis par ces institutions qui en ont fait une cause mondiale afin d'impulser des actions. Cette ferveur amorcée à la fin des années 1980 avec par exemple la Conférence sur la maternité sans risque à Nairobi en 1987 où la question de l'avortement non sécurisé avait été évoquée, a connu son apogée en 1994 à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement au Caire (CIPD). la CIPD de 2004 organisée sous l'égide de l'ONU à travers ses agences spécialisées que sont l'UNFPA et l'OMS, à la différence des précédentes essentiellement focalisées sur la maîtrise de la croissance démographique dans les pays en développement par l'entremise de la planification familiale, avait pour objectif d'étendre la discussion aux questions de développement social, et plus particulièrement à la promotion et à la prise en compte des droits reproductifs. L'idée de base était que l'amélioration et le respect de ces droits finiraient par avoir le résultat escompté, à savoir réduire la fécondité et maîtriser la croissance démographique. Cette conférence avait rassemblé 11000 participants dont les dirigeants de 197 pays, des responsables d'ONG et d'agences nationales, ainsi que plusieurs mouvements féministes.

Au cours de cette conférence, le sujet de l'avortement relevé dans différents chapitres a été abordé en termes de cause majeure de mortalité et de morbidité

⁴⁰ <http://www.who.int/about/fr/>

maternelle, de droits sexuels et reproductifs, et aussi de recherches à mener. La conférence s'est présentée comme une tribune de libération de la parole sur la question et un lieu de confrontation d'idéaux et de conceptions de l'« intolérable ». Le but manifeste était d'œuvrer à un basculement de l'intolérable dans le camp de la femme et à l'adoption de solutions idoines pour combattre le fléau. Comme pour baliser le terrain, le secrétaire général des Nations Unies de l'époque, Monsieur Boutros Boutros-Ghali, énonçait dans son discours inaugural :

« J'ai eu, lors de la Conférence de Vienne, l'an dernier, l'occasion de mettre l'accent sur la notion d'universalité et la dimension à la fois absolue et contingente des droits de l'homme. C'est la même dialectique de l'universel et du particulier, de l'identité et de la différence, que nous devons, ici, mettre en œuvre — et singulièrement lorsque nous devons aborder les questions les plus délicates de la Conférence.

J'appelle donc chacune et chacun d'entre vous à la tolérance et au respect des sensibilités qui peuvent se manifester à l'occasion de ces débats. Cette tolérance doit être entendue de la manière la plus forte, car elle ne doit déboucher ni sur des compromis prudents, ni sur des demi-mesures, ni sur des solutions approximatives ou, pire encore, sur des déclarations lénifiantes. De même, devons-nous éviter de nous enfermer dans d'absurdes et rétrogrades querelles de mots.

Cette tolérance doit être entendue, aussi, de manière réciproque, car on ne saurait admettre que telle ou telle conception philosophique, morale ou spirituelle puisse s'imposer à l'ensemble de la communauté internationale, ou s'opposer aux progrès de l'humanité.

C'est dire que le succès de notre conférence dépend de nos efforts pour surmonter nos clivages apparents, nos différences du moment, nos barrières idéologiques et culturelles. C'est la raison pour laquelle j'en appelle à la conscience comme troisième principe de conduite de notre conférence (Nations Unies, 1994, p. 156-157).

Comme il fallait s'y attendre, les séances de la conférence ont donné lieu à des débats au cours desquels chacune des parties a essayé de défendre ses positions. Des États comme le Vatican, des pays d'Amérique Latine ou des pays d'Afrique tels la Libye, le Sénégal, etc. ont ainsi émis des réserves contre les arguments avancés par les pays ayant légalisé l'avortement et surtout contre l'idéologie véhiculée par les

mouvements féministes qui voyaient en l'avortement un droit fondamental des femmes à disposer de leur corps (Guillaume, 2004b). Au fil des échanges, les débats ont fini par se cristalliser et s'accorder sur la dimension de santé publique de l'avortement. Cependant, à la différence de la France où la question de santé publique a été corrélée à celle de la loi (en l'occurrence la nécessité de légaliser), au CIPD ce lien n'a pas été directement établi, du moins, pas ouvertement. Le rapport final ne fait mention nulle part du lien entre avortement à risque et lois restrictives ou strictes. En effet, une mise en cause des lois aurait insinué qu'il fallait légaliser l'avortement, ce qui risquait de heurter des sensibilités et de faire échouer les négociations. L'essentiel semblait être d'amener les pays concernés à sortir de leur torpeur, à reconnaître les drames liés à ces avortements et à réagir d'une façon ou d'une autre. Avec l'idée qu'une réaction allait en amener une autre et aboutir à terme à la légalisation de l'avortement dans ces pays. Ainsi, la fin de la conférence a vu la ratification de conclusions et d'un programme d'actions par les pays participants. Il stipulait que l'avortement ne devait en aucun cas constituer une méthode de contraception et exhortait à mettre en place des systèmes de santé et des législations prenant en compte les droits reproductifs des femmes (adultes, jeunes et adolescentes) afin de rendre accessibles et sûrs les services d'avortement et d'en prévenir les conséquences.

« Les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale, et dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils » (Nations Unies, 1994).

À cet effet, un ensemble de mesures a été énoncé dans le programme d'actions pour aider à la mise en œuvre des clauses de la conférence. En premier lieu, les gouvernements devaient prendre les décisions politiques et instituer des actions concrètes sur le terrain. Ensuite, ces gouvernements, avec l'appui d'organismes des Nations Unies (telles que l'OMS), d'ONG et d'associations locales, devaient œuvrer à « la diffusion la plus large possible du présent programme d'actions et chercher à obtenir l'appui du public pour les buts et objectifs de ce dernier » (Nations Unies, 1994, p. 107). Enfin, les pays développés devaient envisager de fournir des ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des actions.

C'est de la sorte que s'est faite la mise en agenda international de l'avortement comme problème de santé publique face auquel les « décideurs » des pays concernés s'engageaient à réagir localement. Cette émergence s'est-elle pour autant accompagnée d'une légitimation, d'une mobilisation et de la formation de plans d'actions pour solutionner les problèmes ? Car une chose était, pour les dirigeants, de signer des conventions qui les engageaient à réagir conformément aux chartes de l'OMS et une autre était la mise en œuvre effective de ces mesures. Avant de les décrire, je vais poursuivre avec les actions des ONG et associations qui étaient supposées continuer la mission de COS à l'interne pour obtenir « l'appui du public » comme le stipulait le rapport final de la conférence.

4.2.2.3. Quand la crainte de stigmatisation freine les actions locales des COS

Après la CIPD, certaines ONG internationales se sont engagées à poursuivre la lutte contre le « fléau » de l'avortement au niveau local conformément aux recommandations de la conférence. Au nombre de ces ONG au Burkina Faso on compte le Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO), IPAS, IPPF, Marie Stopes International. L'IPPF par exemple mène ses activités par le biais de son association membre, l'ABBEF. Leurs actions de plaidoyers ont pour cibles d'une part la population pour la reconnaissance du problème de l'avortement afin de favoriser l'émergence de COS locaux susceptibles de les appuyer ; et d'autre part les « décideurs » pour stimuler une inscription efficiente de l'avortement dans l'agenda national pour une libéralisation et une médicalisation des IVG à terme. Cependant, dans l'un comme dans l'autre de ces domaines, les ONG se heurtent à des obstacles ayant pour principale source la stigmatisation de l'avortement dans le pays.

À propos de l'impulsion des COS locaux, si ce type d'actions a déjà fait ses preuves dans d'autres champs comme celui du VIH ou de la contraception, il en est autrement avec l'avortement. Dans la lutte contre le VIH par exemple, des personnes séropositives avaient accepté, avec le temps, l'idée de témoigner à visage découvert, bravant ainsi le risque d'être rejetées et stigmatisées au nom de la cause commune. Cet activisme impulsé par les actions d'ONG pour la plupart internationales avait réussi à transformer l'image que les populations avaient des personnes vivant avec le VIH et à réduire de manière considérable la stigmatisation qu'elles subissaient. Cette situation a été possible à plusieurs égards. Alors que l'avortement est stigmatisé et interdit, le VIH

est seulement stigmatisé. Avec la mobilisation, des actions comme celle visant à criminaliser la transmission du VIH par les personnes séropositives (Sanon et *al.*, 2009) ont vite été éclipsées par des lois qui protègent leurs droits et prônent leur acceptation dans la société. Aussi, le sida était perçu simplement comme une pathologie qui met en lumière une sexualité « dépravée » et hors-norme mais qui en tant que tel n'avait rien de criminel. Alors que l'avortement concerne une sexualité hors norme (en cela elle partage des similitudes avec le VIH), il met également en jeu la vie d'autrui, celle du fœtus considéré comme « innocent et victime ». Par conséquent, la morale et la loi ne l'admettent pas, à des exemptions près. Il semble donc plus facile pour une personne de dire publiquement qu'elle est porteuse du VIH (ce qui peut sous-entendre dans les représentations qu'elle a eu une vie sexuelle « dépravée ») que d'avouer une interruption volontaire de grossesse, qui implique, du point de vue des perceptions populaires, que non seulement elle a eu une sexualité hors-norme (rapports sexuels hors mariage, infidélité par exemple), mais qu'elle a aussi tué un innocent. La portée en est tout autre. Quant aux femmes qui ont avorté, elles ne sont pas disposées dans leur grande majorité à s'investir pour une dépénalisation de l'avortement. Interrogées sur la question, Paula (23 ans) m'a répondu qu'il fallait être folle pour agir de la sorte.

« Grande sœur, la chose que moi-même j'ai honte et je m'en veux là, tu veux comment que j'aie dire devant les gens que j'ai fait ça ? Il faut être vraiment folle. En tout cas personne ne pourra me convaincre d'aller raconter ça devant des gens ».

Comme Paula, quasiment toutes les jeunes femmes rencontrées m'ont affirmé l'inexemplarité de leur comportement et la nécessité qu'elle demeure une exception par l'interdiction de l'avortement. Seule Aline, étudiante en droit, se sentait capable de partager son expérience pour servir d'exemple mais uniquement à l'échelle d'un entretien comme celui que nous avons eu.

« Quand je venais ce matin mon copain m'a dit que je suis courageuse, que comment j'arrive à parler de ça avec quelqu'un ? Je lui ai dit qu'il faut que des gens comme moi parlent pour que les choses changent, pour que ça serve comme exemple pour aider les autres ».

Elle a refusé par exemple que notre entretien soit enregistré malgré la confiance que je semblais lui inspirer. Ce ne sont manifestement pas ces femmes qui iront partager leurs

expériences et militer pour une dépénalisation de l'avortement au stade actuel de perception de la pratique.

Quant au plaidoyer auprès des « décideurs », il est freiné par la crainte de la stigmatisation de part et d'autre. En effet, le champ de l'action politique et publique de l'avortement au Burkina Faso est décrit comme un « terrain miné », surtout en ce qui concerne le lobbying pour la libéralisation. Les acteurs des ONG expliquent qu'une grande majorité des « décideurs » n'est pas ouverte à une modification des clauses de la loi (j'évoquerai plus en détails les positions des « décideurs » dans le point suivant). Un cadre d'une ONG explique à ce propos que certains « décideurs » considèrent la loi suffisamment libérale en l'état.

« On faisait ces travaux, c'était pour l'adoption de la loi SR, (...) il y a un aspect sur l'avortement dans la loi SR, donc on avait voulu infiltrer des éléments qui tendait à assouplir un peu. Mais ça n'est pas passé parce que les gens disent qu'ils ne sont pas d'accord. L'avortement il faut le laisser comme tel, d'abord qu'on est trop avancé en disant même que c'est autorisé au cas où la santé de la mère est en danger, en cas de viol ou en cas d'inceste, que déjà ça là c'est bon. Donc, on ne peut pas ajouter autre chose ».

Même ceux qui perçoivent la pertinence de la légalisation comme solution au problème de l'avortement préféreraient officiellement s'inscrire dans la posture générale comme le relève cet autre cadre.

« Quand tu discutes avec les gens individuellement, tu sens qu'ils sont ouverts, tu sens des ouvertures, mais une fois qu'ils sont en groupe seulement, tout le monde devient contre, personne ne veut montrer que lui il est pour ».

Dans ce sens, un responsable du Ministère des droits humains avoue que, bien qu'ils perçoivent dans ce Ministère la nécessité de modifier la loi, ils n'osent pas s'y aventurer par peur qu'on ne « gâte leur nom » :

« Moi je vous dis que c'est une question qui m'effraie. (...) nous pouvons peut être faire des propositions pour améliorer le code pénal, pour qu'une telle disposition puisse être insérée, mais je ne dis pas encore mon point de vue, je n'aime pas trop m'avancer parce que nous les droits humains on pense que nous on libéralise tout. Alors que nous on tient compte quand même de l'intérêt de la population.

Mais je suis sûr qu'un tel projet va faire couler beaucoup de salive tout simplement parce que les communautés religieuses ne vont pas accepter que ça soit libéralisé, alors que vous savez qu'au niveau de ce genre de loi, il faut discuter avec les populations ».

Selon les acteurs, afficher qu'on milite pour la légalisation de l'avortement et qu'on travaille dans ce sens ouvre la voie à la stigmatisation et peut fermer des portes.

« En fait, le problème des députés c'est l'électorat, sinon si c'est de façon individuelle, ils ont souvent des positions différentes. Il y a ce qu'ils pensent eux-mêmes en tant qu'individu mais il y a ce que la quête de l'électorat l'oblige à avoir comme position » (propos d'un agent d'une ONG).

Comme on le voit dans ces propos, les élus locaux par exemple craignent pour leur électorat en s'affichant comme favorables à l'avortement, tandis que les ONG risquent de se voir exclues du système. Il s'agit donc d'un univers où *« il faut aller doucement pour ne pas être en porte-à-faux »*, pour ne pas citer ce cadre d'une ONG. *« Aller doucement »* signifie, d'une part, ne pas afficher ou mettre en avant le volet avortement, surtout le lobbying, dans leurs activités. L'avortement est dilué dans d'autres projets pour le laver de sa tension. Les ONG disent s'investir dans des activités connexes dans lesquelles ils insèrent l'avortement dans sa forme acceptable, en l'occurrence la prise en charge des complications. De fait, des ONG comme IPAS, Marie Stoppes ou l'IPPF, ferventes militantes dans la lutte pour la libéralisation de l'avortement dans d'autres pays, focalisent leurs activités au Burkina Faso sur des services tels que la contraception, la sensibilisation et les soins post-avortement (je décrirai plus loin comment l'instauration des soins après avortement a aussi été le fruit d'une lutte). Il s'agit donc d'un jeu de cache-cache, qui doit s'inscrire dans la censure privée/publique. Dans le privé, dans l'ombre, on offre les soins qu'on veut, et officiellement, on respecte la norme. Néanmoins, ce sont des structures qui sont continuellement soupçonnées d'offrir des services d'avortement. Un agent d'une ONG offrant des soins post-avortement a confié que le Ministère de la santé aurait délégué une fois ses agents du ministère dans leur clinique afin qu'on leur rende des comptes sur le « nombre alarmant d'avortements » qui ressortirait dans leurs rapports d'activités. Ces structures travaillent par conséquent à rassurer pour ne pas ternir leur image officielle. Et d'autre part, il

s'agit pour ces acteurs de saisir les opportunités pour introduire la question de la légalisation ou de les créer.

« Nous tâtons le terrain pour voir quels sont les partenaires potentiels qui peuvent nous accompagner, parce qu'on sent qu'au niveau de la société civile certains sont plus ou moins favorables pour aller dans ce sens. Donc il faut se chercher des alliés avant de se lancer parce que dans le domaine du plaidoyer, quand vous montrez votre ambition alors que vous n'avez pas construit la base, vous allez être attaqués automatiquement et puis vous n'allez pas réussir » (propos d'un cadre d'une ONG).

Il faut souligner que ces velléités de lobbying sont portées essentiellement par des acteurs issus d'organismes et d'ONG internationaux, de structures associatives comme l'ABBEF dont les activités sont financées par des institutions internationales militant pour l'accès à l'avortement sécurisé, et timidement par certains professionnels de santé collaborant avec ces structures. Leurs activités de plaidoyer consistent, en l'état, en des interventions de proximité auprès d'acteurs clés comme les députés afin de rallier le maximum possible à la cause. Ces interventions s'apparentent à un travail de « fourmi » qui se fait au travers de sessions de formations, comme celui sur la clarification des valeurs, de rencontres privées, etc. dans l'espoir que le lobbying puisse se faire un jour de manière ouverte face à des interlocuteurs réceptifs, notamment les « décideurs ».

4.2.3. Logiques de réappropriation du « problème » au niveau local

Au Burkina Faso, le « problème » de l'avortement tel qu'il a été présenté, la mobilisation internationale qu'il suscite, de même que les solutions suggérées peinent à rencontrer l'assentiment général, ou à défaut celui d'une majorité de personnes susceptibles de conduire à des changements similaires à ceux survenus en France. Du côté de la population c'est la légitimité du problème en lui-même et, à travers lui, la légalisation de l'avortement qui est problématique, tandis que du côté des « décideurs », il est davantage question des modalités de son inscription dans l'agenda des solutions, le problème en lui-même étant reconnu.

4.3.3.1. La légitimité du « problème » en question dans la population

Les discours des personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche et ceux tenus dans la presse autorisent à parler de dissensions dans l'appréciation du « problème » tel qu'il se pose dans le pays et des mesures requises. Des perceptions du « problème » de l'avortement et des actions initiées dans le cadre de l'après CIPD, se dégagent la tendance générale suivante : le problème de l'avortement comme conséquence d'une attitude suiviste des pays africains et une volonté de l'Occident d'imposer la légalisation de l'avortement dans la suite d'une série de mesures imposées à des pays financièrement dépendants au détriment de leurs valeurs. Un étudiant en droit explique, ainsi, que l'avortement est aujourd'hui un souci à cause d'un « suivisme non abouti » des pratiques de *nassara* (terme utilisé pour désigner les Blancs).

« Il faut savoir que nous avons une mentalité de nassara qui n'est pas accomplie. Parce que nous copions le nassara mais nous n'accomplissons pas complètement ce qu'on a copié. Du coup, nous ne sommes pas Blancs, nous ne sommes pas Africains. Voilà un phénomène ! Et en réalité, tous ces problèmes liés aux avortements, aux grossesses indésirées, c'est venu de ces situations de ces copier-coller de nassara. Nos grands-parents n'avaient pas ces problèmes. Alors nous avons copié le Blanc et on n'a pas copié intégralement le Blanc » (jeune de 25 ans, étudiant en droit).

Pour ce jeune homme donc, l'avortement est un « problème » aujourd'hui en Afrique parce que les Africains auraient reproduit le libéralisme sexuel en cours dans les sociétés occidentales, tout en conservant des valeurs africaines qui ne conçoivent pas les conséquences de ce libéralisme, notamment la stigmatisation des grossesses prémaritales et la non-conformité de l'avortement avec les valeurs africaines. Cette jeune femme célibataire de 28 ans, étudiante elle aussi, met le « problème » sur le compte de l'aliénation des pays africains à l'Occident.

« Tout nous tombe dessus. Nous sommes dictés. Nos chefs d'État, il ne faut pas avoir peur de le dire, c'est des marionnettes téléguidées ailleurs et ils n'ont pas le choix. Du jour au lendemain, pif, ça va tomber, ils vont finir par légaliser sous la pression. Mais l'application pose problème puisque ça ne cadre pas avec notre culture. Culturellement ça sera un déphasage. Mais on est en train de nous berner, pour dire il faut limiter les naissances, qu'il faut légaliser parce que les

gens meurent, en oubliant que c'est à cause de tout ce qu'ils nous mettent dans la tête que les filles font ça et meurent. Nous tous on sait qu'il a des gens qui font, mais à cause de l'interdiction, ils sont obligés de faire en cachette, et vraiment ça limitait les choses. Mais si on dit maintenant que tu peux le faire comme tu veux, vous imaginez le désordre qu'on va avoir ? ».

Comme on le voit dans ces discours, des facteurs endogènes comme l'interdiction des IVG ou la stigmatisation ne sont aucunement mobilisés pour expliquer les conséquences de l'avortement. Il est plutôt question de facteurs exogènes qui convergent presque tous vers l'Occident. Une doctorante africaine rencontrée lors d'un colloque dans lequel j'avais fait une intervention sur les inégalités d'accès à l'avortement, m'avais étonnée en abondant dans le même sens : *« toute cette histoire d'avortement-là, ce sont eux qui ont amené ça, sinon nous on ne connaissait pas ça »*. Le « eux » désignait l'Occident, parce que pour elle l'avortement est une pratique qui était méconnue dans les pays africains, où il était plus question de fausses-couches. Les pays occidentaux auraient contribué au développement de la pratique de nos jours et essaieraient de pousser les pays africains à la légalisation en leur faisant croire qu'il y a problème. Un cadre d'une institution à Ouagadougou est allé jusqu'à mettre en doute la fiabilité des chiffres avancés pour dénoncer le « problème » de l'avortement.

« Moi je pense que là où nous en sommes, nous avons des gros problèmes à résoudre. Aujourd'hui avec notre niveau de pauvreté, notre niveau de scolarisation, notre niveau de sous-équipement à l'hôpital, de sous-développement, il faut s'attaquer aux gros problèmes et non aux détails.(...) Et quand on dit beaucoup [les avortements], c'est combien ? Par rapport à l'ensemble des grossesses ? Par rapport à tant, tant, tant ? C'est ça aussi qu'il faut regarder parce que on ne sait même pas comment ces chiffres-là sont produits ».

Il s'agit donc, en quelque sorte, d'un scénario monté de toute pièce par l'Occident, d'une conspiration dont la finalité est la légalisation de l'avortement.

La question de l'avortement fait partie d'un ensemble d'autres pratiques en lien avec la morale qui font l'objet de dissensions avec l'Occident et les institutions qui le représentent. Comme on l'a vu dans les discours, l'avortement est présenté comme n'ayant jamais été source de « problème » parce que les déviances étaient tolérées tant

que les marginaux s'adonnaient à leur pratique en toute discrétion. Alors qu'avec le « problème » tel qu'énoncé par les « bailleurs de fond » et les solutions préconisées, l'avortement devient visible et à ce moment risquerait de briser les arrangements que les sociétés avaient mis en place pour gérer ce type de pratiques. En conséquence, il devient un problème pour lesdites sociétés. Didier Fassin et Patrice Bourdelais (2005, p. 15) mettent justement en garde contre les épreuves auxquelles sont soumis ou peuvent être soumis les individus face à la multiplicité des intolérables. L'une de ces épreuves est celle qu'ils ont qualifiée « épreuve de la différence ». Celle-ci tiendrait aux formes multiples de résistance à l'universalisation des intolérables « qu'opposent certains groupes ou parfois des peuples entiers de par le monde (...). D'une formule presque symétrique : c'est l'intolérance des autres à nos intolérables. Peut-être faut-il dire que c'est aussi l'intolérance qu'ils manifestent à l'encontre de nos contradictions et de nos arrangements face à nos intolérables ». Dans le cas de l'avortement comme pour d'autres pratiques telles que l'homosexualité, l'ingérence des instances internationales dans la gestion de cette question est vécue comme une « intolérance » à ce qu'ils considèrent comme intolérable vis-à-vis de leurs valeurs. De ce point de vue, le non-respect est double : le non-respect de la souveraineté de ces pays et une velléité de prolongement de la colonisation. Cette perception véhicule dans le même temps, s'agissant de l'avortement, des craintes liées à une « dépravation des mœurs », au risque de banalisation et d'augmentation du nombre d'avortements, au risque d'IST/VIH, etc. en cas de légalisation. Par conséquent, certains, à l'image de cette couturière de 24 ans, pensent qu'elle n'est pas envisageable avant très longtemps.

« Pour parler de la question de la légalisation, alors moi, je vais tout de suite dire que je peux vous donner jusqu'à 2060 au Burkina pour qu'on pense à légaliser, et 2060 même je ne pense pas. Parce que ce n'est pas dans nos cultures, on ne peut pas se permettre de dire que toi, mademoiselle tant, tu as le droit d'interrompre ta grossesse, de tuer ton enfant à partir de tant de semaines au Burkina. Je ne peux même pas imaginer ça tellement c'est ignoble. Je ne sais vraiment pas qu'est ce qu'on va gagner à légaliser l'avortement. Déjà que c'est pas légalisé même vous voyez ce qui se passe non ? Maintenant si on légalise, c'est quelle morale on va avoir ici ? En tant que Burkinabé, on va avoir quelle morale ? ».

Ce rapport à la légalisation pose aussi la question de la priorité entre les droits de la femme et ceux du fœtus.

« Légaliser, légaliser, vous vous parlez de légaliser, c'est peut-être sauver la fille mais tuer l'enfant. Des deux, quel est le moindre mal ? » (jeune homme de 22 ans, commerçant).

Et le refus de reconnaître le problème et la légalisation comme solution, est l'expression du choix opéré.

« Pour répondre par rapport à ça [le choix entre le fœtus et la mère], on dit généralement en Afrique que rapport à un adulte et à un bébé, il vaut mieux laisser l'adulte partir parce que lui on connaît ce qu'il a déjà fait dans sa vie. Mais le bébé, qu'est-ce qu'il va faire, qu'est-ce qu'il va devenir ? On ne le sait pas. L'enfant c'est l'avenir et peut-être qu'il sera dix fois mieux que sa maman. La maman est une qui n'a pas réfléchi, qui veut avorter. Qu'elle s'en aille ! Mais le bébé, il n'a pas encore fini de réfléchir. Et c'est ça la différence entre les deux. Je préfère qu'on ne légalise pas ça, que la maman s'en aille. Voilà ! L'enfant est mieux par rapport à sa maman » (homme de 26 ans, fonctionnaire en formation).

Sur les trois discussions de groupe par exemple, avec une vingtaine de participants à chaque fois, seuls trois jeunes ont admis la nécessité de libéraliser de l'avortement, à l'image de cet étudiant de 22 ans.

« Sincèrement, il faut qu'on arrête de se voiler la face, c'est contre nos valeurs mais les gens se cachent pour le faire et ils perdent la vie, autant légaliser. Pourquoi ne pas légaliser ça pour permettre aux gens de le faire dans de bonnes conditions ? Nous les Noirs on est trop hypocrites ».

Et face à l'indignation des autres participants et aux arguments sur le risque d'accroissement du nombre d'avortements, il avait rétorqué que l'essentiel était de limiter les risques pour les femmes même si cela implique que le nombre de recours augmente. Des positions de ce type émergent peu à peu, mais ne sont pas suffisamment nombreuses ou assumées pour contrebalancer la position dominante.

En somme, la légalisation de l'avortement conduirait à une perte des repères qui fondent la spécificité du citoyen burkinabè par rapport aux autres citoyens du monde, et elle n'est par conséquent pas souhaitée par la majorité des personnes que j'ai interrogées sur la question. On assiste à un refus d'interroger les causes directes du « problème » de l'avortement, notamment la restriction juridique et la stigmatisation qui tout en

incriminant un système et chaque Burkinabè, permettraient de reconnaître son existence et de légitimer la nécessité de légaliser. Le choix est fait de le mettre sous le compte de l'autre, en l'occurrence l'Occident et donner ainsi du sens aux refus.

Ces perceptions au sein de la population, fortement entachées des valeurs culturelles et religieuses des individus, s'invitent aussi dans la sphère décisionnelle et de l'action publique. Mais la situation y diffère légèrement.

4.3.3.2. Des solutions inappropriées selon les « décideurs » : la légalisation en cause

Dans les structures en charge des questions de santé au Burkina Faso, l'avortement est aujourd'hui reconnu comme un « problème » de santé publique par les « décideurs ». Les actions des institutions internationales ont certes joué un grand rôle, mais le fait pour la plupart d'être ou d'avoir été directement confrontés aux preuves du « problème » a achevé la légitimation. En tant que cliniciens ou anciens prestataires de soins, presque tous admettent avoir été confrontés à des décès de femmes ou des complications graves résultants des avortements clandestins et non médicalisés qui mériteraient des solutions idoines. La reconnaissance et la légitimation du problème appellent en toute logique à l'élaboration d'actions et de politiques publiques. C'est toutefois à ce niveau du processus que se situent les divergences avec les solutions préconisées implicitement par les COS internationaux, à savoir la légalisation. En effet, les lois qui régulent la pratique de l'avortement et les politiques d'offre de services d'avortement font partie de ces politiques publiques et actions pour résoudre le problème. En fonction des enjeux et des valeurs en présence, il peut être question de durcir la loi pour dissuader davantage, ou au contraire de libéraliser et d'instaurer des soins dans les structures sanitaires pour enrayer les risques et conséquences, etc. Les « décideurs » sont ceux qui sont appelés à statuer sur le choix de l'une ou l'autre de ces actions publiques.

De manière générale, les politiques et actions publiques sont censées, selon Alain Beitone et ses collaborateurs (2002), être le produit d'une action rationnelle, c'est-à-dire celle d'individus dans un système étatique doté d'une volonté unifiée et d'une capacité à coordonner (sur le mode hiérarchique) les décisions et à éviter les positions subjectives et partisans. Mais dans les faits, la frontière entre le privé et le public serait moins nette dans la construction de ces actions et politiques publiques, surtout en ce qui concerne l'avortement. Les positions personnelles des « décideurs » peuvent par

exemple jouer sur le choix de la légalisation comme solution dans des situations où celle-ci apparaît comme l'ultime mesure. Ainsi, sur le terrain de l'avortement à Ouagadougou, les personnes interrogées dans les instances décisionnelles rendent explicitement ou implicitement compte de la place des perceptions de l'avortement dans l'élaboration des décisions publiques en lien avec l'avortement.

Quand la culture et la religion justifient des politiques

Indubitablement, les « décideurs » qui votent les lois et décident des politiques de soins sont aussi des citoyens imprégnés des normes et des valeurs de la société burkinabè. Ils sont des *Moose*, des *Peul* ou des *Bisa*, des musulmans, des catholiques ou des protestants, avec leurs croyances et leur morale. Dans leurs pratiques au quotidien, ces acteurs sont partagés entre leurs normes personnelles (convictions religieuses et sociales) et les normes de leur profession qui peuvent être aux antipodes des premières. De sorte que de la loi aux politiques de soins, en passant par l'offre de soins dans les structures sanitaires, les valeurs morales s'immiscent sans arrêt dans les instances décisionnelles favorisant ou défavorisant la cause des femmes en quête d'avortement. Les décisions et actions qui en résultent sont, de fait, entachées par des postures individuelles, par conséquent privées. Le choix d'actions et le plaidoyer sur des aspects comme la modification de la loi ou les politiques d'avortement sont donc fonction des perceptions que ces décideurs ont de l'avortement, de ses causes et de ses conséquences. Un cadre du Ministère de la santé estime par exemple que le « problème » de l'avortement est plutôt lié à l'éducation des jeunes, et que la solution n'est donc pas à rechercher dans la légalisation.

« Je pense qu'il faut lier ça avec l'éducation parce que je me dis..., si les jeunes sont suffisamment éduqués, sur ces questions de santé de la reproduction, sur leur corps, et sur comment éviter la grossesse on éviterait les avortements et donc les risques de l'avortement ».

Il a reconnu ne pas plaider ou encourager la mise en œuvre d'actions allant dans le sens de la légalisation par exemple.

En interaction avec d'autres acteurs ayant une posture différente vis-à-vis de l'avortement, notamment les acteurs des ONG et institutions internationales militant pour l'accès à l'avortement, les espaces de prise de décisions peuvent être des lieux de

confrontations entre valeurs et positions. Une infirmière responsable d'un CSPS m'a raconté une anecdote à propos d'un atelier sur la planification familiale. Certains participants se seraient montrés favorables à la légalisation de l'avortement et avaient préconisé l'adoption de mesures à cet effet afin de réduire les décès et tous les problèmes qui y sont liés.

« Quand ils ont dit ça, il y a une dame, elle était un des responsables de l'école de santé, cette dame a pris la parole et s'est mise en colère par rapport à ce qu'ils ont dit. Qu'on ne peut pas légaliser l'avortement, que Dieu est contre ça. Ça a énervé un monsieur du groupe et il a répondu que comment toute une responsable qui forme des futurs agents de santé peut tenir des discours pareils ? Qu'elle est un danger. Ça a chauffé ce jour-là, la salle s'est chauffée ».

Une grande majorité des participants de cette rencontre semblait partager la position du cadre de l'école nationale de santé, elle y comprit, et cela aurait engendré un débat très houleux. Une de ses collègues, témoin de notre discussion, a elle aussi abondé dans son sens.

« C'est plutôt le monsieur qui était en tord oui ! Comment un Burkinabè peut raisonner comme ça et demander qu'ont qu'à légaliser l'avortement ? C'est plutôt lui qui ne donne pas un bon exemple. En tout cas moi, tant qu'on demandera mon avis je dirai non parce que ça va contre ma foi, et je trouve que ce n'est pas la solution. Ça risque plutôt d'aggraver les choses ».

Ces propos montrent ainsi que les acteurs locaux dans les institutions commises aux politiques de santé ne préconisent pas la légalisation comme solution, et semblent prêts à en découdre avec ceux qui estiment le contraire. L'argument récurrent avancé pour justifier cette posture est que le Burkina Faso « n'est pas prêt ». Pour ce cadre de la Direction de la Santé et de la Famille, le pays « n'est pas prêt » à aller vers la légalisation parce que celle-ci requiert « des services bien équipés et d'autres choses pour lesquelles nous ne sommes pas encore prêts ». Tandis que ce gynécologue cadre dans un organisme international, estime que la légalisation risquerait de mettre en péril les acquis en santé reproductive, en l'occurrence la « sexualité responsable ».

« Quand vous légalisez dans tous les cas l'avortement, vous poussez les gens à un comportement plus liberticide ou plus de facilité parce qu'ils se disent que bon,

même si je tombe enceinte ce n'est pas grave, j'aurai droit à un service d'avortement ».

J'ai été surprise, au vu de cette position, de découvrir par la suite qu'une des femmes que j'ai rencontrée avait bénéficié de ses services pour son avortement contre la somme de 100.000 Fr CFA.

Ainsi, diverses raisons sont mobilisées pour justifier le fait que le Burkina Faso ne soit pas « prêt », parmi lesquelles l'aspect moral de l'avortement est déterminant, même s'il n'est pas explicitement évoqué. Ces « décideurs » préconisent, comme on l'a vu, des actions plutôt ciblées sur les causes de l'avortement notamment la lutte contre les grossesses non désirées à travers l'éducation des jeunes, une accentuation des programmes de planification familiale, un meilleur investissement des soignants dans l'offre de service de prévention, etc.

Notons que cette posture est le prolongement de l'absence de consensus dans la ligne de conduite morale qui guide les politiques et financements internationaux relatifs à l'avortement. Suivant les valeurs dont ils se réclament, nous avons d'une part des lobbies qu'on pourrait qualifier d'Européens avec des positions favorables à l'avortement tenant compte de la santé et des droits de l'homme (Cook, Dickens & Bliss, 1999). C'est le cas de la France par exemple. Le 26 novembre 2014, dans le cadre de la célébration des 40 ans de la loi Veil et au cours de l'examen de la proposition de résolution visant à réaffirmer le droit fondamental à l'IVG en France, la ministre Marisol Touraine⁴¹ dans son discours a rappelé la position de la France sur la question.

« Le combat pour l'accès de toutes les femmes à l'avortement ne s'arrête pas à nos frontières. La France porte ce droit haut et fort dans le monde. (...) Ailleurs dans le monde, l'absence de reconnaissance du droit à l'avortement n'est pas seulement un enjeu politique, c'est aussi un enjeu de santé publique. (...) Face aux alliances conservatrices, je veux dire que la France ne désarmera pas et, toujours, défendra la reconnaissance universelle du droit à l'avortement sûr et légal. Les échéances internationales de l'année 2015, les 20 ans de la conférence de Pékin notamment, nous

⁴¹Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

offrent une opportunité rare de porter cette position sur la scène internationale. La France sera au rendez-vous de ses responsabilités »⁴².

D'autre part, on a des lobbies plus ou moins opposés à la légalisation de l'avortement, et plutôt favorables aux programmes de planification familiale pour améliorer la santé reproductive (Bendavid, Avila, & Miller, 2011). Les USA sont de cette catégorie. Le programme « Global Gag » introduit par l'administration Ronald Reagan en 1984 et poursuivi en 1993 par Bill Clinton interdisait par exemple les subventions américaines aux organisations qui facilitent ou militent en faveur des avortements. Ainsi, dans les lobbies favorables à la contraception, l'avortement est conçu comme la conséquence d'absence ou d'échecs de pratiques contraceptives et se traduit par l'expression « besoins non satisfaits », c'est-à-dire que des femmes désirent utiliser des méthodes contraceptives mais en sont empêchées par des contraintes diverses. La solution consisterait donc à vulgariser les programmes de planification familiale afin de lever ces contraintes et optimiser les recours à ces programmes chez les femmes. Et c'est à cette posture que semble adhérer une majorité des acteurs dans les institutions publiques burkinabè en charge de la santé reproductive. Pour cela, ils préconisent le renforcement du programme de planification familiale déjà en vigueur à l'endroit surtout des jeunes femmes et des adolescentes pour lutter contre les grossesses non désirées.

Le blocage des individus dans les instances décisionnelles

Cette réprobation de l'avortement et la mobilisation des normes personnelles dans les causes publiques occasionnent parfois des blocages dans les instances décisionnelles. Les discours révèlent que des individus se serviraient de leurs positions dans les institutions pour bloquer des décisions allant à l'encontre de leurs convictions religieuses ou sociales par rapport à l'avortement. Le cas du Misoprostol et du plaidoyer pour la légalisation de l'avortement sont illustratifs de la primauté des postures individuelles sur la gestion publique des questions liées à l'avortement. Un cadre du Ministère de la santé, favorable à la légalisation de l'avortement et qui figure parmi les personnes ressources d'une ONG, a confié, dans le cas du plaidoyer, à quel point les remaniements dans des instances décisionnelles comme l'Assemblée Nationale

⁴²<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/intervention-de-marisol-touraine,17540.html>(consulté le 30/11/2014)

ralentissent voire réduisent à néant les actions initiées en faveur d'une libéralisation de l'avortement. En collaboration avec l'ONG, ils avaient recensé les vides juridiques de la législation régissant l'avortement afin de les faire remonter auprès des parlementaires pour espérer une révision de la loi. Dans ce cadre, ils avaient entrepris une opération de plaidoyer auprès d'acteurs parlementaires qu'ils percevaient assez ouverts pour faire remonter leurs doléances. Mais le projet n'aurait pas abouti à cause des réélections et des nominations.

« On travaillait avec un, lui il a été nommé comme ministre. Il y a un autre qui est venu, bon..., lui, il n'était pas trop dynamique. On a essayé de le pousser mais les choses ne marchaient pas trop. Après il y a un autre, j'ai oublié son prénom, lui aussi on l'a mis devant, après il n'a pas été réélu. Bon, tu vois, il y a beaucoup de gens qui étaient impliqués au départ et avec les élections, certains ne sont pas passés donc ça a créé beaucoup de cassures et finalement il n'y a pas eu de suite ».

Une action suffisamment engagée peut ainsi être remise en question parce que le nouveau « décideur » nommé à la tête d'une institution n'en est pas favorable. Le même cadre raconte que le Misoprostol aujourd'hui inscrit dans les standards officiels de l'offre de soins après avortement, l'a été au prix d'une longue intercession.

« En son temps avec Docteur X, elle n'était très réceptive parce qu'elle-même, elle était souvent bloquée. Quand on a introduit le Misoprostol dans les soins après avortement, les études ont montré qu'on peut utiliser le Misoprostol au lieu de l'AMIU, on utilise le Misoprostol qui permet d'évacuer, elle, elle dit niet ! Elle n'est pas d'accord ! Elle dit que non, ce n'est pas possible, que scientifiquement rien n'a été démontré dans le cadre de l'utilisation du Misoprostol dans les soins après avortement. C'est patati patata. En fait, tout le monde était convaincu que c'était sa conviction personnelle, elle n'était pas pour ».

La situation, selon ce cadre, est restée bloquée jusqu'à ce qu'une autre personne favorable à la cause du Misoprostol soit nommée et débloque la situation. En attendant, les personnes qui militaient pour l'utilisation du Misoprostol ont été réduites à « court-circuiter » le système pour travailler directement avec les praticiens en attendant que la situation se résolve.

Pour conclure cette section, on peut dire que nous sommes dans un contexte où les perceptions que les « décideurs » ont sur l'avortement et ses solutions mettent en évidence des dilemmes entre postures sociales, religieuses et techniques. Leurs discours tendent à mettre en évidence la primauté de la posture morale et religieuse sur les actions publiques. La plupart des dirigeants signataires des clauses de la CIPD avait conscience qu'ils ne pouvaient proposer une mesure comme la légalisation de l'avortement qui allait à l'encontre des convictions personnelles de la plupart. En outre, même ceux qui avaient ratifié par conscience de la nécessité d'une telle action, savaient à quelle impopularité ils risquaient de se heurter. Et cela l'est d'autant plus que nous sommes dans des contextes où instances politique, religieuse et sociale sont fortement imbriquées et réduisent en conséquence les marges de manœuvre des « décideurs » (Coquery-Vidrovitch, 2013 ; Njoya, 2009). Jean Pierre Olivier de Sardan (2004), au sujet des États post coloniaux, parle d'une « gouvernance ouest-africaine » dont les spécificités sont le caractère « despotique et chefferiale de la gestion du pouvoir ». Dans ces nouvelles démocraties, la quête de la légitimité obligerait les dirigeants politiques à ménager les sensibilités sur certains sujets spécifiques pour ne pas se mettre à dos leur électorat par des décisions impopulaires. En plus de ses valeurs personnelles, le « décideur » est tenu de prendre en compte tous ces enjeux dans l'élaboration des actions publiques concernant l'avortement. Ainsi, dans un contexte où la majorité des gouvernés et des gouvernants sont hostiles à l'avortement, une légalisation de la pratique ne figure pas encore parmi les mesures envisagées pour endiguer le « fléau » induits par les avortements clandestins non médicalisés. Néanmoins, pour faire preuve de sa bonne volonté à lutter contre le problème, le Burkina Faso a choisi d'amender son Code Pénal en 1996 pour élargir les conditions d'accès à l'avortement provoqué. C'est ainsi qu'en plus des indications médicales (lorsque la vie de la femme enceinte est menacée ou en cas de malformation fœtale), l'avortement est devenu légalement autorisé durant les dix premières semaines de la grossesse en cas de viol ou d'inceste.

Malgré ces aménagements pour « assouplir » les barrières juridiques, celles-ci demeurent toujours prégnantes dans l'accès aux avortements sécurisés. En effet, les conditions permettant à une femme de mettre légalement un terme à sa grossesse demeurent complexes et difficiles à satisfaire et les populations encore très peu informées des dispositions autorisant l'avortement (Amnesty International, 2009). Dans

le cas des grossesses issues de viol par exemple⁴³, les contraintes liées à l'application de la loi (nécessité d'établir les preuves du viol dans un contexte de tabou autour du celui-ci et un délai maximum de dix semaines pour y parvenir) et la faible marge de manœuvre décisionnelle des certaines jeunes femmes peuvent pousser au choix de l'avortement clandestin ou à celui de mener à terme la grossesse. Ainsi les démarches et exigences pour accéder au diagnostic ou établir les faits sont telles qu'elles peuvent constituer une condition dissuasive pour les femmes en raison du caractère stigmatisant de la pratique. Aussi, il faut souligner que les situations dans lesquelles l'avortement est autorisé ne représentent qu'une faible proportion des grossesses conduisant à un recours aux avortements provoqués. On a pu constater dans la première partie de ce travail, l'ensemble des grossesses non-planifiées du fait d'une absence de pratiques contraceptives, et les grossesses planifiées qui deviennent ensuite "non-voulues" du fait de ruptures de projets matrimoniaux et qui requièrent des services d'avortement.

4.2.4. Les politiques sanitaires de gestion de l'avortement dans le système de santé

Les politiques concrètes de prise en charge du « problème » de l'avortement dans le système sanitaire burkinabè se déclinent en deux axes dont l'une porte sur la prévention des grossesses non planifiées et l'autre sur le traitement des complications post-avortement.

4.2.4.1. Une politique de Santé Reproductive qui exclut le refus de maternité amorcée

Le Burkina Faso s'est doté d'une pléthore de programmes et de plans dont le but est de lutter contre la mortalité maternelle. Le contenu de ces plans et leurs dénominations changent au fil des indicateurs locaux et de l'évolution des enjeux de santé reproductive sur la sphère internationale. Le « plan stratégique MMR⁴⁴ » et la « feuille de route MMR » figurent parmi les programmes qui ont vu le jour à la faveur de la conférence du Caire comme l'explique un cadre de la Direction de la Santé et de la Famille.

⁴³ Au cours de mon immersion dans les structures sanitaires, j'ai été témoin du cas de deux femmes en quête d'avortement au motif de viol. Le temps que la décision soit prise, l'une était revenue avec un avortement incomplet qu'elle avait provoqué et la seconde avait été contrainte par ses parents à mener la grossesse à terme.

⁴⁴ Maternité à Moindre Risque

« Avant cette feuille, il existait des plans stratégiques de la réduction de la mortalité maternelle, ce que nous appelons plan stratégique de Maternité à Moindre Risque. Nous allons peut-être aborder le quatrième document cette année. Donc depuis la conférence du Caire, la CIPD depuis 94, le Burkina Faso s'est toujours doté d'un plan stratégique de Maternité à Moindre Risque. Maintenant, ils ont demandé que dans cette feuille de route ce soit vraiment les activités qui ont des répercussions directes, c'est-à-dire qu'il fallait plus mettre l'accent sur les activités qui ont vraiment une répercussion directe sur la réduction de la mortalité maternelle. Donc, en réalité la feuille de route était en fait issue des différents plans stratégiques des pays mais avec vraiment un focus très important sur les activités à impact direct ».

Le plan d'action MMR est résumé, comme il suit, par le responsable qui en assume la charge :

« En fait quand on parle de Maternité à Moindre Risque, c'est tout ce qu'il faut fournir à la femme pour qu'elle traverse sa maternité en bonne santé. C'est-à-dire cette maternité allant de la grossesse à l'accouchement et au post-accouchement pour pouvoir donc mettre au monde un enfant bien portant et qu'en fait ce couple [mère et enfant] puisse jouir d'une excellente santé pour pouvoir vivre ensemble ».

Ces plans seraient conçus pour prendre en compte l'avant, le pendant et l'après-grossesse. En amont de la grossesse, il s'agit de permettre à la femme de planifier ses maternités (retarder, espacer ou arrêter) grâce au programme de planification familiale et d'intervenir également sur les questions d'infertilité, la prévention des IST, etc. Une fois enceinte, il s'agit de l'aider à gérer sa grossesse jusqu'à l'accouchement à travers le programme de Consultations Périnatales (CPN), de vaccination, etc. Au terme de la grossesse, le système l'accompagne pour accoucher dans de bonnes conditions, et enfin prend en charge les soins post-partum et les soins du nourrisson. Pour rendre le programme opérationnel il a donc été subdivisé en sous-programmes.

« Dans la faisabilité, pour qu'on puisse chacun faire quelque chose de très réalisable, on a un peu divisé, donc il y a le programme Planification familiale, il

y a la PTME⁴⁵, la CPN⁴⁶, la PCIME⁴⁷, les SONU⁴⁸, il y a d'autres choses encore »
(propos du responsable du programme).

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) par exemple, l'État burkinabè a mis en place depuis octobre 2006 une stratégie nationale de subvention des SONU dont le but est de réduire les barrières d'accès à ces soins.

« La subvention c'est la couverture par l'État d'une partie des frais liés aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans le but de soutenir les familles et les communautés » (propos du cadre en charge de ce programme).

L'État contribuerait alors à hauteur de 80% à des actes thérapeutiques comme l'accouchement, la césarienne, l'évacuation sanitaire, etc.

Dans ces programmes, l'offre de services d'avortement est mentionnée à deux niveaux. D'abord dans le programme de Planification Familiale (PF) dans une perspective préventive. Il s'agit de venir à bout des « besoins non satisfaits » en planification familiale afin d'éradiquer les grossesses non planifiées et à travers elles, l'avortement à risque. Il figure ensuite dans le programme des SONU sous deux formes. Il s'agit tout d'abord de l'offre d'interruption médicale ou juridique de grossesse. Sur ces indications, le système de santé burkinabè offrirait des services d'interruption de grossesse conformément aux normes et aux standards de qualité des services d'avortement élaborés par l'OMS après la conférence du Caire et publié en 2003. De fait, le système de santé du Burkina Faso, entendons par-là les structures sanitaires publiques, n'offre de services d'interruption de grossesse que lorsqu'elles répondent aux closes établies par la loi. Les structures privées de soins sont aussi officiellement tenues à cette restriction.

En somme, la politique du système de santé burkinabè en matière d'accès à l'avortement sécurisé se résume, selon les propos d'un des médecins rencontrés, à :

« Quand on regarde la loi sur la SR, quand on regarde nos PNP⁴⁹, le programme MMR et tout le reste, on voit ceci : l'État a tout mis en place pour éviter que la

⁴⁵ Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH.

⁴⁶ Consultations Périnatales.

⁴⁷ Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant.

⁴⁸ Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.

grossesse ne vienne, vraiment il a tout fait, la chose qui reste c'est de dire maintenant que la PF est gratuite. Donc l'État a tout fait pour que vous ne tombiez pas enceinte quand vous ne voulez pas. L'État a également tout mis en œuvre pour que si une femme tombe enceinte on puisse la suivre correctement. Vous voyez, il y a un gros truc de circuit gratuit jusqu'aux accouchements où on a subventionné. Mais l'État n'a rien fait pour celles qui sont enceintes et qui ne veulent pas garder la grossesse. L'État ferme les oreilles, et quand on veut parler, il tourne le dos. Il n'y a aucune structure pour gérer cette question, ça n'existe pas au Burkina. On sait gérer pour que ça ne vienne pas, on sait gérer quand vous voulez que ça continue, mais quand vous ne voulez pas, l'État tourne le dos. Débrouillez-vous ! ».

Par conséquent, les femmes qui décident d'avorter parce qu'elles sont confrontées à une grossesse non-voulue sont obligées de se « débrouiller » comme le dit le médecin favorable à une libération de l'avortement. Nous verrons dans la troisième partie ce qu'implique cette « débrouillardise » pour se faire avorter.

Le second volet concerne les soins post-avortement, ou encore Soins Après Avortement (SAA) instauré dans les années 1997.

4.2.4.2 Les SAA, réponse à une « maladie » et alternative à la question de la légalisation

Le concept de Soins Après Avortement, en abrégé SAA, a vu le jour en 1991 et a donné lieu à la formation en 1993 d'un consortium par les Organisations et ONG internationales Engender Health, IPPF, IPAS, JHPIEGO et Pathfinder International « afin d'éduquer les communautés au sujet des conséquences de l'avortement clandestin et de promouvoir les SAA comme stratégie efficace de santé publique pour les femmes » (Dao, 2010, p. 6). Dans son modèle initial publié en 1991, les SAA étaient constitués de trois composantes : le traitement d'urgence des complications liées à l'avortement, le *counseling* et les services de planification familiale après avortement, ainsi que l'orientation vers d'autres services de santé de la reproduction. Le modèle a ensuite été revu en 1995, puis en 2001, ce qui a permis de l'élargir à cinq composantes :

⁴⁹ PNP : Politiques Normes et Protocoles.

- le traitement médical qui comprend l'aspiration manuelle intra-utérine et la prévention des infections ;
- les services de planification familiale dont l'objectif est d'aider les femmes à éviter une grossesse non désirée et à espacer les naissances ;
- le *counseling* pour prendre en compte tous les besoins psychologiques et les préoccupations des femmes ayant subi un avortement, qu'il soit spontané ou provoqué ;
- les services de santé de la reproduction, intégrés de préférence pour une approche holistique des problèmes ;
- le partenariat entre communautés et prestataires de soins afin de prévenir les grossesses non désirées et les avortements à risque, de mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés et de s'assurer que les services de santé rencontrent les attentes et les besoins de la communauté.

Si aujourd'hui les Soins Après Avortement font partie intégrante du système de santé burkinabè, cela n'a pas toujours été le cas. Avant l'introduction de ces soins, les patientes admises pour des complications post-avortement étaient prise en charge par curage digital et par curetage en bloc opératoire, ce qui limitait considérablement l'accès à ces soins (Assebouya, 2003, p. 2). L'intégration des SAA s'est faite de manière processuelle et son acceptation au prix d'une négociation : elle est partie de l'interpellation des institutions internationales, suivie d'initiatives personnelles d'acteurs locaux avec l'appui d'ONG internationales, qui, *in fine*, en ont pu en faire une politique nationale.

Comme on l'a vu précédemment, les SAA découlent des clauses de la conférence du Caire ratifiées par le Burkina Faso pour lutter contre les décès liés aux complications d'avortement. Néanmoins c'est à partir de 1997 qu'ils ont commencé à être introduits dans le pays. En 1996, des gynécologues des deux centres hospitaliers universitaires du pays, réunis dans une Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction (CRESAR), en collaboration avec l'ONG JHPIEGO, *Population Council* et l'UNFPA, décident d'instaurer le concept de SAA dont ils avaient connaissance. Leur projet est porté par l'idée d'améliorer l'accès aux soins après avortement et de lutter contre les décès dont ils étaient témoins au quotidien (les décès liés aux complications d'avortement étaient estimés à l'époque entre 24 et 28% des décès maternels). Il s'agissait alors d'élaborer un projet pilote dans les maternités des centres hospitaliers de

Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Cela s'est fait à travers une étude exploratoire qui a permis de faire une analyse situationnelle de la prise en charge dans les deux établissements pilotes et qui a donné lieu à un plan d'activités incluant la formation du personnel, la réfection et l'équipement d'une unité de planification familiale en matériel, le recrutement d'un coordonnateur et la mise en place d'un comité de suivi. Après cette phase débutèrent les formations, tout d'abord celles de quatre médecins à la technique de l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) au Ghana, qui à leur tour ont assuré la formation d'autres soignants relevant des deux structures en janvier 1997 au concept de SAA et à la technique de l'AMIU. Les deux unités de SAA ont alors été mises en place et le démarrage des services de SAA a eu lieu en octobre 1997. Le coût de ces activités a été assuré par les institutions et ONG impliquées pour qui les SAA apparaissaient comme l'unique alternative pour intervenir sur la question des avortements, le lobbying pour la légalisation étant impossible.

Ce volet technique a été couplé avec une phase de médiation auprès des acteurs des ministères en charge des questions de santé et de l'exécutif afin de justifier le bien fondé du concept de SAA et obtenir son intégration dans les politiques du système de santé. Il a ainsi fallu donner un autre statut à la complication post-avortement, notamment en lui retirant la connotation « avortement » et les perceptions qu'elle induisait pour la faire passer au statut de « maladie ». Ce représentant d'une institution internationale explique leur posture vis-à-vis des complications post-avortement.

« Notre structure n'encourage pas l'avortement. Mais les complications liées à l'avortement ne tombent pas sous le coup de la loi. Ça devient une maladie et nous n'avons jamais hésité à promouvoir la prise en charge des complications en tant que maladie ».

C'est cette conception qu'ils auraient mobilisée au cours des négociations pour faire admettre les SAA dans les politiques gouvernementales de soins. Ce nouveau statut de la complication d'avortement permettait ainsi d'argumenter et de convaincre ceux qui voyaient dans les SAA un moyen détourné d'offrir des avortements non autorisés par la loi.

« Lorsqu'on a abordé la question de l'avortement, c'était avec les députés. Ils ont dit qu'ils ne peuvent pas voter une loi qui encourage l'avortement, que le fait de savoir qu'on peut être pris en charge s'il y a une complication pourrait

encourager l'avortement. Ensuite qu'est ce qui prouve que ces jeunes-là ne vont pas aller faire semblant de faire quelque chose, on saignote un peu, et puis on court à l'hôpital et vous prenez en charge. Nous, nous avons dit, nous ne sommes pas des juges, nous sommes en train de développer un programme pour promouvoir la santé, réduire la mortalité maternelle, et les complications liées à l'avortement ça devient une maladie. Une personne qui saigne, c'est une maladie, elle a droit aux soins, et donc je vous renvoie à cette loi sur la santé de la reproduction, vous verrez que les... les droits ont été bien pris en compte, que les soins après avortements constituent des services de santé de la reproduction au Burkina ».

Selon les acteurs, les SAA au moment de leur introduction étaient assimilés à des IVG. Sa dimension technique, en l'occurrence l'AMIU et ensuite le Misoprostol ont été perçus aussi bien par des soignants dans les structures sanitaires que par des cadres du Ministère de la santé et des parlementaires comme des moyens pour faire ou pour encourager des avortements.

«Ils pensaient même qu'on faisait des avortements, que l'AMIU en réalité, c'est pour faire des avortements et non offrir des soins après l'avortement. C'était en fait ce qu'ils avaient comme vision. Lors des différentes rencontres, c'est ressorti puisque certains prestataires même pensaient ça, ils avaient la même vision » (propos d'un cadre d'une ONG).

La responsable de programme d'une ONG qui offre aujourd'hui un vaste programme de SAA dans la ville de Ouagadougou, présente l'instauration dudit programme comme un combat de longue haleine. Alors engagée dans l'offre de services de planification familiale, cette ONG face à la recrudescence des complications avait décidé en 2000 de monter un projet et de trouver des financements pour la prise en charge de celles-ci. Cependant le projet n'a pas reçu l'écho escompté. Il a fallu pendant plusieurs années le justifier en interne et en externe, reformuler à plusieurs reprises le projet, surtout par rapport à la sémantique mobilisée avant d'obtenir gain de cause en 2008, soit environ huit ans après.

« On avoue que ce n'était pas facile hein. Même à l'interne même on ne...on ne s'accordait pas, il fallait vraiment aller mettre des gants par rapport à certains aspects ».

Aussi, il a fallu, pour les instigateurs des SAA, promettre aux responsables du Ministère de la santé que tout serait mis en œuvre pour éviter le détournement des outils et des compétences des SAA à des fins d'avortements clandestins par exemple. Un ancien responsable de la Direction Régionale de la Santé (DSF) a d'ailleurs rappelé cette promesse à un des médecins ayant participé à l'initiative des SAA lors de la restitution des résultats de cette recherche.

C'est donc au prix de cette plaidoirie et des résultats de la phase pilote que les acteurs du système de santé burkinabè, notamment ceux du Ministère de la santé ont marqué leur adhésion au nouveau concept. Mais surtout, cette adhésion était un moyen pour eux d'être en phase avec les normes internationales et les clauses ratifiées au CIPD. Les SAA ont alors été progressivement intégrés dans les politiques de santé du pays. La Direction de la Santé de la Famille en tant que direction centrale et technique du ministère de la santé a, dans un premier temps, assuré la coordination des formations et s'est ensuite attelée à la décentralisation des SAA dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et dans les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) des districts sanitaires. Les soins après avortements sont aujourd'hui disponibles dans les hôpitaux de référence et les centres médicaux du Burkina Faso. De même, ces soins ont été intégrés dans le groupe des SONU et à ce titre bénéficient d'une subvention. L'AMIU coûte par exemple 3600 Fr CFA. Les SAA sont maintenant partie intégrante des différents programmes et projets du pays en lien avec la santé reproductive et la mortalité maternelle, et apparaissent, même si c'est de manière transversale dans le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS), dans les PNP (Politiques, Normes et protocoles), la stratégie MMR, etc.

« La prise en charge des complications d'avortement fait partie en tout cas (...) dans notre feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale que ça soit dans le document de Politiques Normes et Protocoles en santé de la reproduction que nous avons élaboré » (propos d'un cadre de la DSF).

Néanmoins, bien que ces soins soient intégrés dans le système de santé, les rapports des acteurs à ceux-ci demeurent toujours mitigés. En effet, l'information sur la disponibilité des SAA dans les structures sanitaires n'est pas diffusée au sein de la population comme c'est le cas pour d'autres offres telles la planification familiale. Le cadre d'une ONG intervenant dans l'offre des SAA a mentionné, par exemple, le tollé

qu'a soulevé la couverture médiatique de la formation de soignants pour le lancement de leur projet de SAA en 2008.

« Quand on a fait la formation, il y a eu une couverture médiatique et la presse a relayé l'information. Le lendemain, c'était comme si c'était la foudre qui tombait sur nous ! C'étaient les grands du Ministère pour ne pas citer de noms. Parce qu'à l'époque on n'en parlait pas, il y avait les soins mais on n'en parlait pas, donc ça a fait un boom !, (...) puisque le journal avait mis une photo du kit AMIU, et donc ils disent que pourquoi on montre ça aux gens, qu'on ne devait pas donner l'information (...). Mais comment la personne qui est dans le besoin va pouvoir venir bénéficier du service si elle ne sait pas que ça existe ? ».

Cette indignation s'est produite alors même que le système de santé avait intégré les SAA depuis plusieurs années. Et la médiatisation faite de leurs activités, selon ce cadre, a été perçue comme une manière d'inciter aux avortements puisque les femmes sachant les soins disponibles, il serait plus facile pour elles de déclencher l'avortement et de recourir aux SAA. Les SAA apparaissent, de fait, comme une offre, qui bien que mise en avant sur la scène internationale, n'est pas assumée localement par le système de santé qui s'arrange alors pour la taire autant que possible au sein de la population. Aussi, certains soignants offrent ces soins par dépit (ces soins faisant partie des tâches qui leur incombent), car ils vont à l'encontre de leurs valeurs morales et religieuses. Une conception des SAA qui peut se ressentir sur la manière dont ils délivrent ces soins (j'y reviendrai dans le chapitre concernant l'offre des SAA).

Conclusion

Pour conclure ce chapitre, on peut dire que la prise en compte de l'avortement comme un « problème de santé publique » nécessitant une solution au Burkina Faso résulte d'un processus né hors de ses frontières. Toutefois, la reconnaissance et la légitimation du problème et de ses solutions posent localement des difficultés parce que l'avortement est une pratique reprouvée au nom des valeurs sociales et religieuses. Cette conception sociale se déporte dans la sphère des actions et politiques publiques, au sein de laquelle on rencontre des acteurs écartelés entre postures privées largement défavorables à l'avortement et postures professionnelles qui appellent à une résolution du « problème ». Face à ce qu'il convient d'appeler un dilemme, le rapport des burkinabè dans sa globalité laisse la primeur à l'idéologie sur l'expérience. En d'autres

termes, bien que conscients des risques de l'avortement et confrontés parfois directement à ses dérives, ils préfèrent s'accrocher à leurs idéologies dans lesquelles ils se reconnaissent plutôt que de questionner celles-ci à la lumière de leurs expériences. C'est l'exemple de soignants qui malgré le fait d'être confrontés dans leurs pratiques aux décès de jeunes femmes ou à des complications handicapantes s'opposent à toute libéralisation de l'avortement par respect pour leurs principes moraux. Ou encore des jeunes femmes, qui après avoir risqué leur vie, rejettent l'idée d'une possible légalisation. Ainsi, même si une sorte de « tolérance » existe au Burkina Faso par rapport à l'avortement provoqué et que celui-ci flotte dans un espace indéterminé, entre l'officiel et l'officieux, cette primeur de l'idéologie et la crainte de la stigmatisation ne permettent pas, voire rendent impossible et inacceptable une légalisation au stade actuel du processus d'émergence du problème de l'avortement. À défaut, la solution a été trouvée dans les soins après avortement, qui apparaissent comme une conséquence de l'impossibilité de faire bouger les frontières de l'intolérable et qui occasionnent des complications nécessitant des SAA, et une alternative à l'incapacité à réduire autrement les décès induits par l'impossibilité de légaliser l'avortement.

L'introduction des SAA par le biais des soignants et d'ONG, et sa mise en œuvre est marquée par une prudence de la part des acteurs qui s'y engagent. Il a fallu tout le long de son élaboration être prudent pour « ne pas brusquer » les « décideurs ». Ce sont ces *managements* qui ont fini par aboutir à l'acceptation des SAA, sous la forme de « solution à une maladie » afin de la laver de sa tension et de légitimer les actions. L'engagement de l'État burkinabè dans la question des SAA lui aussi, s'inscrit dans la mouvance internationale en lien avec la lutte contre la mortalité maternelle, la maternité à moindre risque et la santé reproductive. En intégrant les SAA dans ses différents programmes (SR, MMR, SONU, etc.), il s'agissait pour les dirigeants d'un pays soumis fortement aux subventions extérieures de démontrer leur accord à l'égard des grandes questions internationales en cours. On note ainsi une stratégie nationale de l'avortement articulée officiellement sur les SAA qui s'apparente à une manière de fermer toute possibilité de débat public sur l'avortement avec les acteurs internationaux intervenant dans le pays. Mais officieusement, l'intervention sur la question de l'avortement aujourd'hui est beaucoup plus complexe et se fait sous forme de stratégies. Des SAA au lobbying en passant par les services d'IVG, les pratiques en termes d'actions publiques autour de l'avortement donnent lieu à de nombreuses stratégies. Celles-ci allient

amalgames, faux-semblants, non-dits et silences qui permettent de soulager quelque peu les femmes, et d'éluider l'épineuse question de la légalisation. L'interaction entre les différents acteurs de ces actions que sont les « décideurs » commis par l'État et les acteurs au service des institutions et organisations internationales, donne lieu à un ordre négocié (Strauss, 1992) autour du respect des valeurs morales locales et les valeurs universelles.

Ainsi, au Burkina Faso, nous avons d'une part des services d'interruptions de grossesse quasi inexistantes, soit parce que les femmes sont inéligibles à ces offres, soit qu'elles y sont éligibles mais se retrouvent face à des embûches qui les rendent inaccessibles. Et d'autre part, nous avons des Soins Après Avortement disponibles, mais qui ne sont pas assumés, voire qui sont stigmatisés et autour desquels on observe une culture du silence. C'est dans ce contexte et avec les contraintes qui sont les leurs (leurs propres perceptions, la précarité, etc.) que les femmes en quête d'avortement doivent négocier pour interrompre leurs grossesses.

TROISIÈME PARTIE : « De l'illégal au légal ». Itinéraires d'avortement et de soins après avortement

La troisième partie de ce travail est consacrée à l'étape qui succède à la prise de décision d'interrompre une grossesse, en l'occurrence le recours aux services d'interruption de grossesses et de soins en cas de complications. L'offre et l'accès aux services d'avortement dans la ville de Ouagadougou sont conditionnés par différents facteurs parmi lesquels figurent en premier les clauses législatives et juridiques régulant la pratique (Blayo, 1998 ; Guillaume, 2004a ; Guttmacher Institute, 2012a). Agnès Guillaume (2004) explique en effet que selon que l'avortement est légal ou illégal, il sera pratiqué dans des conditions d'hygiène et de sécurité correctes ou risquées et ses conséquences sociales et sanitaires seront très différentes pour les femmes, comme pour les personnes qui les pratiquent. Pour des auteurs comme Chantal Blayo (1998), les risques de l'avortement provoqué dépendraient davantage du statut juridique de la pratique que du niveau de développement des pays. Celui-ci est gage de la médicalisation ou non de l'avortement et des types de service auxquels les femmes peuvent bénéficier. Ainsi, les femmes dans les pays où l'avortement est interdit ou connaît une restriction seraient contraintes d'aller vers des services non médicalisés, même pour celles qui ont parfois la possibilité de se payer des services sécurisés. Il s'agira, dans le cas de la ville de Ouagadougou, de prendre en compte tant l'interdiction et la stigmatisation des IVG, les politiques d'offre de services d'avortement, que les ressources des femmes (économiques, relationnelles, etc.) afin de saisir la manière dont ces facteurs influent sur la qualité des services d'avortement ainsi que les délais pour interrompre une grossesse. L'analyse sera effectuée au prisme de l'hypothèse dégagée par Anuradha Kumar et ses collaborateurs (2009) sur le processus par lequel les stigmates de l'avortement peuvent impacter négativement la santé des femmes qui choisissent d'interrompre leur grossesse et représenté dans le schéma suivante :

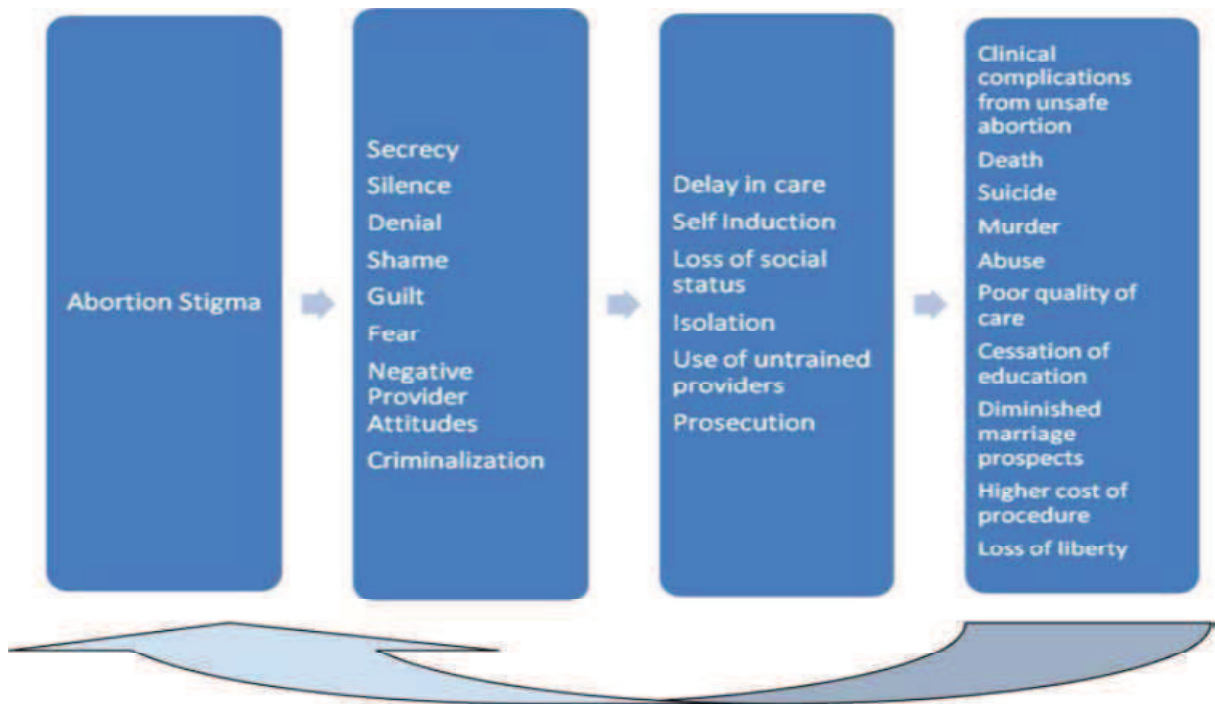


Figure 5 : Processus de l'impact des stigmates de l'avortement (p. 634)

Ce processus montre que les stigmates de l'avortement se traduisant par le secret, la honte, la peur, le déni, etc. influencent les délais et les méthodes pour avorter tout comme l'attitude et les pratiques des prestataires, qui, à termes, concourent à des complications et exposent les femmes à différentes formes de stigmatisation.

Après la description dans la seconde partie du mécanisme par lequel ces stigmates (l'avortement conçu comme une déviance interdite et stigmatisée) retardent une réelle émergence de l'avortement provoqué non médicalisé en « problème de santé publique » et l'élaboration de politiques publiques de santé visant à le traiter, il s'agira de poursuivre la réflexion à l'échelle individuelle, en l'occurrence les femmes qui cherchent à interrompre leur grossesse. L'objectif est ainsi d'analyser la manière dont les stigmates de l'avortement, en tant qu'expérience morale (Yang et *al.*, 2007) et interactionnelle (Goffman, 2007) orientent les itinéraires des femmes en quête de services d'avortement et de soins post-avortement, et génèrent les conditions de leur vulnérabilité face aux risques de l'avortement provoqué non médicalisé.

À cet effet, le premier chapitre portera sur la phase de recherche des moyens pour interrompre une grossesse. J'y appréhenderai la manière dont les stigmates de l'avortement (la restriction juridique, la stigmatisation, et la non médicalisation des IVG par les politiques publiques de santé) ainsi que les ressources personnelles et sociales des femmes (ressources économiques, les liens sociaux, les rapports aux normes, etc.) orientent les itinéraires d'interruption de grossesse et induisent une exposition

différenciée des femmes aux risques de l'avortement. Quant au second chapitre, il sera consacré à la sortie de l'avortement de l'ombre à travers la complication consécutive aux IVG, la démarche vers les soins après avortement et les rapports soignants-soignées au cours du traitement des complications.

Chapitre 5 : « Des trajectoires de l'ombre » : quand normes et codes juridiques imposent des recours risqués

Safia est une jeune femme célibataire de 25 ans vivant chez ses parents. Elle est mère d'un garçon de 6 ans, sans emploi avec un niveau scolaire de la classe de quatrième. Après avoir planifié une grossesse pour se trouver un mari et quitter le domicile de ses parents, une discussion avec une de ses amies lui fit prendre conscience qu'elle avait fait « une bêtise ».

« J'ai déjà un enfant hors mariage, et avec les hommes d'aujourd'hui on ne sait jamais, et si lui aussi il me laisse tomber et que je me retrouve obligée de retourner chez mes parents encore ? Ça allait devenir l'enfer. Donc je ne pouvais pas garder ça, deux enfants alors que je ne suis pas mariée. Déjà fille-mère avec un enfant c'est pas facile, tu imagines avec un deuxième ? ».

Elle décida alors d'avorter et se tourna vers sa grande sœur pour l'aider à trouver un avorteur. Celle-ci fit appel à une infirmière, épouse du petit frère de son mari.

« La dame travaille à l'hôpital, c'est la belle-sœur de ma grande sœur. Moi je suis allée voir ma grande sœur pour lui expliquer la situation et ma sœur a demandé à la dame de nous aider et elle a accepté. Je suis allée chez elle à la maison. Elle ouvre le col, je ne sais pas trop comment elle fait, après elle met des comprimés et une sonde dedans. Tu sais à quoi ça ressemble la sonde ? C'est fin comme ça, elle plie ça comme ça, elle met les comprimés et elle met ça aussi ».

L'infirmière perçut 30.000 Fr CFA pour cette « aide ». Elle attendit ensuite pendant une semaine que l'avortement se fasse, mais sans résultat. De plus, elle commença à avoir des montées de fièvre. Elle décida alors d'informer l'infirmière.

« Chaque fois que je l'appelle elle me dit que je suis trop pressée, qu'il faut que je sois patiente, que ça va sortir. Donc moi aussi j'ai attendu à la maison que ça sorte ».

Persistant dans ses appels, l'infirmière se résout à la recevoir de nouveau à son domicile. Après l'avoir examinée, elle expliqua à Safia qu'elle faisait une crise de paludisme et que l'avortement ne devrait pas tarder. Pour soigner le paludisme, elle lui fit des injections de Quinimax pendant deux jours. Cependant, l'état de Safia ne

s'améliora pas et elle commença à se plaindre de douleurs à la jambe et de vertiges. Sa grande sœur, inquiète, décida de la conduire dans une clinique à proximité de son domicile. Les soins dans cette clinique coûtèrent 22.000 Fr CFA (soins et ordonnances compris). Ses douleurs persistèrent malgré tout. Sa mère, informée entre temps, et sa sœur s'affolèrent.

« Maman et ma sœur ont commencé à appeler la dame, elles l'appelaient, l'appelaient, et c'est comme ça que finalement la dame leur a dit de m'amener à l'hôpital, qu'elle est en train de travailler là-bas et ne peut pas laisser pour venir s'occuper de moi. Donc on est allé là-bas, elle nous a accompagné à la maternité directement et quand on est arrivé, elle nous a laissées en disant qu'elle doit aller s'occuper rapidement d'un malade ».

À la maternité du CHU, elle dit avoir attendu longtemps avant de recevoir des soins.

« Arrivée à l'hôpital vers 10 heures ou 11 heures le matin, je suis restée comme ça jusque dans la nuit. Entre temps j'ai même saigné du nez. (...) Je me demande si c'est parce que j'ai avorté qu'ils ont attendu comme ça avant de me soigner ».

Un « avortement incomplet à la suite d'une tentative d'APC (Avortement Provoqué Clandestin) » fut diagnostiqué. Elle sera hospitalisée pendant 10 jours au CHU durant lesquels elle bénéficia de soins post-avortement et de soins pour l'abcès à sa jambe. De retour chez sa grande sœur, son état se détériora de nouveau.

« Arrivée à la maison, le sparadrap qu'on avait mis après avoir enlevé le pus de l'abcès s'est enlevé, et le pus a commencé à couler avec force. Mes parents ont essayé d'appuyer pour que tout sorte, et ils ont mis du beurre de karité dessus. Je n'arrivais même plus à marcher, ma sœur m'a aidée pour que j'aie pu prendre une douche et c'est arrivé dans la douche que j'ai commencé à étouffer et à perdre connaissance. Ils ont voulu repartir avec moi à l'hôpital et mon beau-frère qui est agent de santé leur a dit de ne pas le faire, que s'ils m'amènent là-bas je vais mourir, et il a demandé qu'on m'amène dans sa clinique ».

Elle fut soignée gratuitement pendant plusieurs jours dans cette clinique et recouvra finalement la santé. Lorsque je l'ai rencontrée pour le premier entretien en août 2011, elle boitait et craignait de perdre l'usage de sa jambe.

Au second entretien en juillet 2012, elle me confia sa crainte de ne plus pouvoir concevoir à cause de la complication de son avortement et son désir de tomber enceinte pour vérifier si elle était toujours féconde. L'autre raison qui motivait son désir de grossesse était la persistance de disputes avec sa mère. Je tentai de l'en dissuader, et elle me promit d'y réfléchir. En octobre 2012, après deux mois d'absence de Ouagadougou, je renouai contact avec Safia qui m'apprit qu'elle était de nouveau enceinte à cause d'une « nuit d'ivresse ».

« Je suis allée boire et j'étais ivre, et c'est comme ça que c'est arrivé. Je n'ai même pas compris comment ça s'est passé, je n'ai pas su qu'il avait eu des rapports non protégés avec moi. Si je m'étais douté j'allais prendre la pilule du lendemain ».

Elle choisit d'avorter au motif que le géniteur (un des trois hommes qu'elle fréquentait en plus de son copain « titulaire ») refusait d'assumer la grossesse et qu'elle ne souhaitait pas non plus que son « titulaire » le fasse par crainte des répercussions sur son parcours génésique. Elle se mit alors en quête d'un avortement sécurisé pour ne pas revivre sa précédente expérience. Elle entendit parler de Misoprostol comme moyen pour avorter en toute sécurité et se lança alors dans sa quête. Le 06 novembre, elle m'informa qu'elle avait réussi à obtenir une plaquette de 10 comprimés grâce à un ami, qui l'avait eue par l'intermédiaire de son frère médecin. Cependant, n'ayant pas d'information sur la posologie, elle hésitait à les prendre. Le 11 novembre elle me rendit visite à domicile. Elle revenait de chez un *kinkirbaga* (devin) qu'elle avait connu grâce à un cousin éloigné à qui elle avait expliqué son problème. Le *kinkirbaga* aurait consulté ses génies et après coup lui aurait remis des ovules à base de plante à introduire dans son vagin. L'ensemble de ce service lui coûta la somme de 10.000 Fr CFA. Partagée entre une envie d'utiliser les ovules et la crainte des risques pour sa santé, elle était chez moi pour solliciter mon avis. J'émis des réserves sur ce type de méthode et lui fis part de ma préférence pour les comprimés de Misoprostol que je savais moins dangereux pour elle. Elle décida de prendre le temps de réfléchir afin de choisir entre les deux méthodes. Le 04 décembre, elle m'apprit que l'ami qui l'avait aidée à obtenir le Misoprostol l'avait mise en contact avec un infirmier le 02 décembre. Ce dernier lui aurait introduit dans l'utérus les comprimés de Misoprostol qu'elle avait en sa possession et lui aurait assuré un résultat rapide et sans risque pour sa santé. Elle aurait payé 30.000 Fr CFA pour cet acte.

Au bout d'une semaine, elle n'avait eu que des petits saignements. Elle tenta à maintes reprises de revoir l'infirmier, sans succès (il lui donnait des rendez-vous qu'il ne respectait pas ou prétextait des absences hors de Ouagadougou). Elle resta sourde à mes injonctions d'aller en consultation dans un centre de santé. Le 01 février 2013 à 23 heures, je reçus de sa part ce message : « *grande sœur, j'ai appris que tu étais en déplacement, ta petite sœur a des problèmes* ». Un coup de fil me permit de prendre la mesure du « problème » : « *depuis quelques jours j'ai un liquide bizarre qui sort, et puis ça sent mauvais, je ne fais que changer les serviettes. (...) j'ai aussi des maux de tête. Tu penses que c'est grave ?* ». Elle accepta d'aller dans un centre de santé après que je lui aie fait prendre conscience de la gravité de son état.

Pour une grossesse diagnostiquée en mi-octobre 2012, Safia aura mis environ quatre mois pour parvenir à son second avortement. Les deux parcours d'avortement de cette jeune femme permettent d'illustrer les péripéties et les implications de la « débrouille » pour accéder à un avortement dans la ville de Ouagadougou. En effet, à cause de la réprobation sociale de l'avortement et de l'interdiction de l'IVG, les quêtes d'avortement, alors illégales et illégitimes, sont condamnées à une existence de l'ombre. En l'absence d'offre officielle de services d'interruption de grossesse, une offre subreptice plurielle s'est développée et tire ses moyens d'un contexte de pluralisme médical en présence. L'analyse des processus de recours à ces services d'avortement en font un objet ultime, qui comme celle de la maladie décrite par Jean Benoist (1996) croise et recroise une frontière imprécise : celle entre une sollicitation de femmes désorientées et inquiètes pour qui l'avortement constitue la solution pour rétablir un ordre, voire reconquérir un statut, et celle de services clandestins offerts par des acteurs aux desseins imprécis, et qui telles « des coquilles enveloppant des corps trop vulnérables, viennent s'enrouler autour des demandes les plus intimes, pour les ajuster en un cœur où chacun saisit qu'il n'est pas seul, mais qu'on le prend en main pour le conduire vers une réponse » (Benoist, 1996, p. 6). Ainsi, se faire avorter est aussi un processus qui met en scène différents acteurs (les « décideurs », les femmes, leurs proches, les professionnels de santé, des tradithérapeutes, etc.) aux logiques tout aussi éclectiques et qui comme pour la décision d'avorter est un ordre négocié (Strauss, 1992). Les itinéraires qui se dégagent sont, par conséquent, le fruit de logiques et de contraintes auxquelles les femmes se confrontent, en l'occurrence celles induites par les stigmates de l'avortement.

Il s'agira dans ce chapitre de décrire dans un premier temps le contexte de pluralisme médical au Burkina Faso ainsi que ses mécanismes afin d'y déceler les éléments qui rendent possibles des trajectoires de l'ombre comme celle de l'avortement. Ensuite, des itinéraires d'avortement permettront de saisir la manière dont ceux-ci se construisent, les logiques qui guident tant la démarche des femmes en quête d'avortement que celle des personnes qui acceptent de les aider, et les autres acteurs engagés aux côtés des femmes dans une perspective comparable à celle du « groupe organisateur de thérapie » dégagée par John Janzen (1995). En dernier lieu, il s'agira d'analyser l'exposition différenciée des jeunes femmes au risque d'avortement à l'aune de leurs ressources (relationnelle, personnelle, économique, etc.).

5.1. Partir d'un contexte de pluralisme médical

Face au désordre biologique que représente la maladie, les individus disposent de différentes « thérapeutiques » dont le but est non seulement de comprendre les raisons de l'apparition du désordre mais aussi de le résorber (Fainzang, 1985). Au Burkina Faso, les thérapeutiques peuvent être regroupées sous deux grands groupes : les thérapeutiques locales et les thérapeutiques biomédicales.

5.1.1. Les thérapeutiques locales

Elles recouvrent tout ce qui relève du secteur non conventionnel de prise en charge de la maladie. Nous avons d'une part la médecine dite traditionnelle, et d'autre part des offres alternatives comme celles des prières de guérison.

5.1.1.1. La médecine « traditionnelle »

Cette offre est portée par des spécialistes communément appelés « tradithérapeutes ». La notion générique de « tradithérapeute » regroupe en réalité différentes instances qui sont notamment celle des guérisseurs non devins, celles des devins non guérisseurs et celles des devins-guérisseurs (Bonnet, 1988). Les guérisseurs non devins seraient essentiellement concernés par les effets du mal qu'ils s'attachent à éradiquer. Sylvie Fainzang (1985) explique dans le cas des *Bisa* que le recours à cette instance est motivé par leur réputation de thérapeutes disposant d'un savoir « savant » sur les vertus curatives de plantes ou encore d'animaux. À Ouagadougou, on retrouve ces guérisseurs aussi bien sur la place des marchés qu'à leur domicile. Ils y examinent les malades, et lorsque ces derniers sont absents, ils se basent sur les symptômes décrits

par leurs représentants pour fournir le *tiim* (remède en moore) adéquat. Sylvie Fainzang (1985, p. 110) montre qu'en fonction de la maladie, la remise du remède approprié peut être différée, le temps pour le guérisseur d'aller le cueillir en brousse : « il lui faut parfois aller très loin, « en brousse », pour procéder à la collecte des herbes ou racines à partir desquelles il confectionnera son *nyese*. La cure administrée par le guérisseur (*nyeseza* : possesseur de *nyese*) se réduit à l'utilisation de la phytothérapie et de la zoothérapie, mais l'élaboration du remède n'en comporte pas moins une dimension symbolique cruciale, inhérente à la définition de son efficacité, dans la mesure où elle résulte non seulement de la connaissance empirique des végétaux mais d'une conception spécifique de la matière qui se rattache à la notion de contamination, ainsi que d'un processus de marquage du corps à soigner et de la maladie à combattre ». Pour ce qui est de la rétribution, ces guérisseurs ne recevraient de paiements qu'après la guérison des patients, et elle se fait sous forme d'argent ou d'animaux. Mais quelle qu'elle soit, cette rétribution, généralement symbolique, est supposée être à la portée des patients et de leurs familles et n'est pas négociable. Tel est le rôle des guérisseurs non devins : s'intéresser exclusivement au corps du patient et à ses symptômes qu'ils s'emploient à faire disparaître.

Pour connaître le sens du mal, le malade ou son représentant doit recourir à la seconde catégorie qui est celle des devins. Ces derniers sont alors sollicités pour leur faculté à élaborer un diagnostic plus poussé, notamment celui concernant les causes de la maladie. Leur savoir leur viendrait directement des génies, qui les choisissent pour assumer cette fonction contrairement à celui des guérisseurs qui est le plus souvent hérité (Fainzang, 1985). Investis de ce statut spécifique et dès lors considérés comme les porte-paroles des génies parmi les humains, les devins sont censés « détenir une connaissance supérieure aux communs des mortels et être les seuls susceptibles de pouvoir expliquer la plupart des phénomènes ou en prévoir l'apparition » (Fainzang, 1985, p. 112). Ainsi, en cas de maladie ou d'évènements malheureux par exemple, les devins consultent leurs génies et renseignent sur les causes premières, pour ensuite prescrire des rituels réparateurs. Le devin non guérisseur selon Doris Bonnet (1988) ne rentre parfois pas en contact avec le malade. Consulté par un proche du malade, il se charge de déterminer la cause de la maladie et d'identifier les sacrifices et offrandes à réaliser pour endiguer la source du mal. La dimension physique du mal est alors laissée

aux soins du guérisseur non devin. Guérisseur non devin et devin non guérisseur travailleraient dans une sorte de complémentarité.

« Il existe donc entre ces deux instances, une sorte de division du travail thérapeutique en étroite cohérence avec la perception de l'évènement maladie qu'il s'agit d'une part de résorber, d'autre part de comprendre, voire de déchiffrer sans que ces deux registres interfèrent nécessairement » (Fainzang, 1985, p. 106).

Toutefois, ces deux aptitudes peuvent se retrouver chez une même personne : il s'agit du devin-guérisseur qui fait alors de la divination, prescrit des rituels et offre des remèdes pour soigner le mal physique et son origine.

5.1.1.2. Les prières de guérison

En marge de la « médecine traditionnelle », on retrouve aussi les thérapies offertes par les instances religieuses. En plus de leurs activités d'évangélisation, les mouvements religieux chrétiens d'obédiences diverses implantés au Burkina Faso, tout comme l'islam, apparaissent de plus en plus comme des structures de prise en charge de la maladie (Soubeiga, 1999). Leurs interventions portent essentiellement sur les prières de guérison ou de délivrance. La maladie étant considérée comme l'œuvre du Diable, les prières permettraient d'obtenir des guérisons miraculeuses, mais aussi de résoudre bon nombre de problèmes auxquels les populations se confrontent (pauvreté, chômage, problèmes conjugaux et sentimentaux, célibat etc.). Apparues au début des années 1980, ces prières de guérison, selon André Soubeiga (1999), feraient aujourd'hui l'objet d'un engouement à la fois par leur impact sur la conscience collective et que par le succès qu'elles rencontrent dans toutes les couches sociales, des plus humbles aux plus favorisées ».

5.1.2. La thérapeutique biomédicale

Encore appelée « médecine conventionnelle » ou « médecine moderne », elle est une instance qui procède d'une approche biologique et scientifique du corps et de la maladie, et s'appuie sur une technologie (la radiologie, la biologie, le plateau technique, etc.). Dans chaque pays, cette « médecine moderne » s'articule généralement autour d'un ensemble dénommé « système sanitaire » et englobe différentes institutions, organisations et ressources dont le but est d'élaborer des politiques de soins et de prévention et de les mettre en œuvre. Le volet qui nous intéresse ici est celui concernant

l'offre de soins en cas de maladie. Celle-ci est composée d'un secteur public, d'un secteur privé, et d'un secteur informel.

5.1.2.1. Secteur public et privé de soins

Dans le système de santé burkinabè, l'offre de soins est organisée sous forme pyramidale avec trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Dans la ville de Ouagadougou, on distingue essentiellement deux niveaux. Le premier est représenté par le district sanitaire, composé à son tour de deux échelons. Il s'agit en premier du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) qui représente la structure de base du système de santé et le premier niveau de contact des populations avec le système public de soins. On y trouve un dispensaire, une maternité, un service de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et un dépôt pharmaceutique. La ville de Ouagadougou comptait 89 CSPS en 2012 selon l'annuaire statistique du Ministère de la santé. Quant au deuxième échelon de soins du district, il est constitué par le Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) qui sert de centre de référence pour les structures sanitaires du district. Les patients qui y ont recours y trouvent des médecins généralistes comme des spécialistes, un service de laboratoire, un service d'imagerie médicale, un bloc opératoire. Les CMA sont au nombre de quatre dans la capitale pour cinq districts sanitaires. Ces districts comptent également 13 Centres médicaux, une maternité isolée, 10 dispensaires isolés et 11 infirmeries de garnison (Ministère de la santé, 2012).

Le second niveau du système de soins est représenté par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Ils sont le dernier niveau de référence et servent également de cadre de formation des différentes catégories de professionnels de santé et de recherche. La ville en compte trois qui sont le CHU Yalgado Ouédraogo, le CHU pédiatrique Charles de Gaulle et le récent Hôpital Blaise Compaoré.

Parallèlement au secteur public existe un secteur privé. Après une présence timide, ce secteur aurait commencé son essor réel dans les années 1980, du fait de la croissance démographique et la croissance des besoins en soins de santé, et également pour résorber le déficit d'offre du système public en termes d'accès et de qualité de soins (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2005). L'offre privée de santé prend en compte les structures confessionnelles et associatives à but non lucratif ainsi que les cliniques et les cabinets de soins privés. L'annuaire statistique du Ministère de la santé en a dénombré 398 en 2012 dont une large majorité dans les villes de Ouagadougou et

de Bobo-Dioulasso. Les structures privées à but non lucratif sont l'œuvre de mouvements religieux implantés dans le pays, d'associations et d'ONG nationales et internationales dont le but est de contribuer à l'amélioration de l'accès des populations aux services de santé. Les cliniques et cabinets privés à but lucratif sont quant à eux l'affaire d'acteurs privés, généralement des agents employés dans le public.

5.1.2.2. Personnels soignants : logiques et enjeux de l'offre de soins

Les soins dans les structures sanitaires privées et publiques sont délivrés par différentes catégories de prestataires dont des médecins spécialistes, des médecins généralistes, des attachés de santé, des Infirmiers Diplômés d'État (IDE), des infirmiers brevetés, des sages-femmes et maïeuticiens⁵⁰ d'État, des accoucheuses brevetées et auxiliaires, ainsi que des agents itinérants de santé. On y trouve aussi un personnel de soutien tel que les garçons et filles de salles, les brancardiers, les caissiers et autres personnels de soutien. Dans le secteur public, ce personnel est recruté par voie de concours, formé et rémunéré par le Ministère de la santé. Tandis que dans le secteur privé, une partie des soignants est recrutée par les structures elles-mêmes et l'autre partie est constituée d'un personnel contractuel issu du secteur public (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, attachés de santé, sages-femmes, etc.) à la faveur du phénomène de double appartenance des agents à l'œuvre dans le système sanitaire au Burkina Faso (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2005).

Pour ce qui est de l'offre de soins, alors que dans le système de santé occidental la consultation et surtout les prescriptions médicales sont du seul ressort des médecins, dans le système de santé burkinabè, cette tâche est aussi exécutée par le corps paramédical. Du médecin à l'infirmier, en passant par la sage-femme ou l'agent itinérant de santé, tous ont de la légitimité et l'habilité de prescrire et offrir des soins courants aux malades. Aussi, en dehors des structures de soins, les agents de santé créent parallèlement une offre informelle exécutée le plus souvent à domicile (chez le praticien ou chez le patient). Cette offre s'est développée comme une alternative aux faibles revenus des soignants, mais également pour faire face aux sollicitations d'ordre privé des usagers. En effet, face à la maltraitance du patient anonyme et l'inhospitalité des services publics de santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), ainsi que l'inaccessibilité financière des services de santé pour certains malades, les usagers

⁵⁰ Maïeuticien est le statut d'un homme exerçant le métier de sage-femme.

développent différentes stratégies parmi lesquelles figurent le recours aux soins informels qui, même s'ils ne sont pas toujours de qualité, ont l'avantage de leur assurer un certain confort psychologique et financier (Médah, 2006). Par conséquent, les soignants sont constamment sollicités tantôt pour poser un diagnostic, tantôt pour prescrire des médicaments ou offrir des soins à des membres de leur entourage. Aussi, la valeur symbolique que revêt le statut de soignant dans l'imaginaire populaire (Ouattara, 2002) et la reconnaissance sociale que procurent les sollicitations de l'entourage conduiraient les soignants à répondre favorablement aux sollicitations car s'y soustraire, par exemple, peut entraîner un rejet social ou des conflits relationnels (Médah, 2006). Ces sollicitations donnent aussi lieu, selon Rachelle Médah (2006), à des formes d'usurpation de statut, surtout de la part du personnel de soutien qui, profitant du décalage hiérarchique vers le haut s'érigent alors en *loctore*⁵¹ et posent des actes médicaux telles les injections, les perfusions, les sutures, voire les accouchements. Rachelle Médah explique ainsi que la tendance pour les filles et garçons de salle, les gardiens et autres brancardiers des structures sanitaires publiques et privées à offrir des soins, outre l'espoir d'être rémunéré, serait ainsi guidé par la valorisation sociale que suscite ce métier. Le simple fait d'être appelé *loctore* serait si prestigieux que des agents non qualifiés seraient prêts à usurper ce titre, surtout lorsqu'ils sont confrontés aux populations non instruites (Médah, 2006). On verra dans le point suivant comment cette symbolique de la profession des soignants, ainsi que les enjeux qui entourent l'offre et la demande des soins sont mobilisés pour les services d'avortement clandestin.

5.1.2.3. Les réseaux de distribution des médicaments dans le système de santé

Les médicaments qui accompagnent le fonctionnement des structures de soins, ont été introduits en Afrique francophone avec la colonisation (Baxerres, 2014). Au Burkina, la distribution des médicaments est assurée par un réseau officiel représenté par les officines privées et les dépôts de médicaments essentiels dans les structures publiques et privées de santé, le tout chapeauté (du moins en grande partie) par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables Médicaux (CAMEG). Parallèlement à ce réseau officiel s'est développé à Ouagadougou un réseau informel communément appelé « pharmacie par terre » ou « pharmacie débandade ». Ce réseau informel, conséquence d'un dysfonctionnement des systèmes

⁵¹Déformation de docteur et qui désigne dans l'imaginaire populaire toute personne portant une blouse blanche

formels de distribution des médicaments dans les pays d'Afrique francophone, bénéficie d'un écho favorable auprès de la population, surtout parmi les plus précaires (Baxerres, 2011). Les facteurs explicatifs seraient essentiellement de type économique (vente au détail, à moindre coût, à crédit), géographique (forte présence des vendeurs), pragmatique (vente rapide, à toute heure du jour et de la nuit), social (proximité sociale des vendeurs, discrétion sur les problèmes de santé rencontrés) et culturel (similarité des perceptions des vendeurs et des acheteurs en matière de santé, de maladies et de traitements) (Baxerres, 2011, p. 118).

5.1.3. Pratiques populaires en situation de maladie

Face à la maladie, la population ouagalaise s'adonne à différentes pratiques notamment le pluralisme médical et une propension à l'automédication.

5.1.3.1. Des itinéraires pluriels face à la maladie

La quête de la guérison conduit les usagers à utiliser les offres thérapeutiques disponibles. Les choix thérapeutiques se font généralement sur la base des explications que les malades et leurs proches donnent de leurs maux et douleurs, de représentations qu'ils ont des recours et de leur efficacité supposée (Augé & Herzlich, 1984), mais aussi sur la base de leurs ressources économiques. En fonction de ces facteurs, leurs recours oscillent entre choix et conciliation des offres thérapeutiques disponibles (Benoist, 1996). Au Burkina Faso, l'itinéraire thérapeutique en situation de maladie serait souvent pluriel et consiste alors au recours simultané ou successif à chacune des offres présentes. Sylvie Fainzang (1985) explique dans le cas des Bisa par exemple, que le système biomédical, symbolisé par le dispensaire et l'infirmier, occupe, dans les représentations, le même rôle que celui des guérisseurs non devins : celui de soigner le mal sur la base des symptômes et de les faire disparaître. Par conséquent, il est courant de voir les populations recourir aux structures sanitaires pour traiter les symptômes et aller vers les devins pour ce qui est de l'origine du mal. Les travaux sur les recours thérapeutiques au Burkina Faso montrent que leur pluralité est généralement accentuée chez les plus pauvres. Cette catégorie de la population serait aussi caractérisée par ses recours tardifs ou occasionnels aux structures sanitaires par crainte des coûts de la prise en charge et des mauvais traitements (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Ridde, Nougara & Haddad, 2004). Comme alternative, ils se tournent vers les tradithérapeutes,

les soins informels offerts par les agents paramédicaux des structures publiques et privées (Médah, 2006), ainsi que l'automédication.

5.1.3.2. *L'automédication comme alternative aux difficultés d'accès aux soins*

L'automédication définie comme « l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne » (Fainzang, 2010, p. 117), est une pratique très développée au sein de la population ouagalaise. Elle s'observe dans toutes les couches de la population mais davantage chez les plus vulnérables (Nikiéma, Rossier & Ridde, 2011). Ainsi, selon les symptômes, le malade ou le groupe organisateur de thérapie (Janzen, 1995) pose le diagnostic, auto-prescrit et se procure le médicament qu'il estime approprié à son mal. Cette pratique est favorisée par la permissivité dans la distribution des médicaments dans les officines privées et dépôts pharmaceutiques publics, mais aussi par les possibilités qu'offrent les circuits informels de distribution des médicaments, notamment les marchés. Yannick Jaffré (1999, p. 6) montre, en effet, que les mécanismes de l'interaction entre les clients et les vendeurs de médicaments seraient tels qu'ils offriraient les conditions propices à l'essor de l'automédication : « bref, au marché, c'est à chaque maladie/symptôme son traitement, alors que les pharmacies obligent à des démarches complexes, et notamment obtenir une prescription médicale rédigée en français et devant être présentée en un lieu culturellement mal maîtrisé, où les possibilités de tri et d'achat des produits à l'unité sont réduites. De plus, au cabinet médical comme à l'officine, le diagnostic et l'ordonnance se réfèrent à des catégories biomédicales qui, fondées sur l'étiologie de la maladie, ne peuvent correspondre ni aux découpages sémiologiques qui gouvernent en grande partie les remèdes populaires, ni s'appliquer à des pathologies supposées avoir une origine magico-religieuses, voire *a fortiori*, à des maladies que l'on traite sans les connaître ». Ces circuits informels offrent ainsi au malade le remède dont il a besoin et selon une interaction qui lui est plus familière.

En somme, l'univers de prise en charge de la maladie au Burkina Faso foisonne de pratiques et d'enjeux donnant lieu à une pluralité de recours possibles. Cet univers pluriel de par son mécanisme, ainsi que les enjeux et logiques qui animent les acteurs qui le portent, en font un lieu de contraintes, mais aussi un lieu où des marges de

manœuvres sont toujours possibles pour se faire soigner ou offrir des services de soins. De fait, son fonctionnement génère les conditions propices au développement de circuits d'interruption de grossesse, dont je tenterai de livrer les contours dans les lignes qui suivront.

5.2. Pour des itinéraires de l'illicite. Logiques et enjeux des recours

Pour se faire avorter, les jeunes femmes à Ouagadougou ont recours à un florilège de méthodes, qui vont du recours à des « spécialistes » à l'utilisation de cocktails, toutes aussi ingénieuses les unes que les autres. Les parcours de Talato et de Miriam donnent un aperçu des itinéraires qui peuvent découler des tentatives pour se faire avorter.

5.2.1. Des itinéraires d'avortement

5.2.1.1. Talato. Du cocktail au "loctore"

Talato (31 ans et sans emploi) avait planifié sa grossesse avec la complicité de son partenaire et une rupture dans ses projets matrimoniaux avec ce dernier l'a poussée au choix de l'avortement. Pendant qu'elle hésitait s'il fallait poursuivre la grossesse ou l'interrompre, elle dit s'être souvenue que des filles buvaient un cocktail à base de Coca Cola et de Nescafé pour avorter. Aussi, lorsque son choix fut clair qu'elle devait avorter, elle alla logiquement vers cette méthode.

« J'ai bu premièrement du Coca et du Nescafé, j'ai bu ça un jeudi, et j'ai commencé à avoir des vertiges. Mais à part les vertiges il ne s'est rien passé ».

Elle attendit d'autres effets, en l'occurrence des saignements pendant huit jours, mais en vain. Elle décida alors de rechercher de l'« aide » auprès d'un *loctore* de son quartier.

« Je connaissais l'endroit depuis toujours, il soigne des gens chez lui, il fait même des opérations. Même maman allait prendre sa tension chez lui. On le connaît depuis longtemps et j'entendais des gens dire qu'il faisait des avortements. Donc c'est comme ça que huit jours après, comme il y avait toujours rien, je suis allée chez lui pour demander de l'aide. Il a commencé à me dire que lui il ne fait pas ça, et j'ai commencé à pleurer, donc il m'a dit qu'il n'y a pas de problème, qu'il va m'aider, de revenir le lendemain soir ».

Le *loctore* dont elle ignorait le statut réel (infirmier, maïeuticien, etc.) procédait aux différentes interventions dans sa cour, où une petite pièce avait été aménagée en guise de cabinet de soins. Talato se rendit le lendemain soir, toute seule, au rendez-vous. Au lieu de lui « laver le ventre » (avortement par aspiration) comme ils l'avaient convenu la veille, l'avorteur procéda autrement.

« Il m'avait dit qu'il allait laver le ventre et finalement il n'a rien fait de tout ça. Il m'a juste demandé de me coucher, il a pris ce qu'on utilise pour ouvrir le sexe (le spéculum) pour m'ouvrir, il a ensuite pris un truc qu'il a mis dedans comme s'il allait enlever quelque chose, c'est comme du fer, et c'est long. Après il m'a mis un raccord (une sonde), il a coupé et il a laissé une partie en moi, et il m'a dit de me lever, que c'est fini, que si j'arrive à la maison d'enlever le reste du raccord. Le temps d'arriver à la maison le raccord même était déjà tombé. Quand je me suis levée, il m'a donné deux plaquettes d'Ibuprofen et de l'Amoxicilline. Il m'a dit que si je n'ai pas de douleur de ne pas prendre les comprimés d'Ibuprofen, de prendre l'Amoxicilline seulement ».

Elle rétribua son « aidant » de la somme de 35.000 Fr CFA non sans avoir négocié ces frais.

« Il a commencé par me réclamer 50.000 Fr. J'ai pleuré encore, je l'ai supplié en pleurant de faire pardon. Il a fini par me dire que ce sera 40.000 Fr, que j'ai combien même? Je dis 35.000 Fr. Il me dit ok, qu'il va les prendre, mais c'est uniquement pour m'aider ».

Une fois chez elle, Talato resta quatre jours sans aucun signe d'avortement, ni douleurs ni saignements, ce qui ne manqua pas de l'inquiéter.

« Quand je suis arrivée chez moi à la maison, je ne saignais pas, pas une goutte de sang, et je n'avais pas mal, donc je me suis demandée s'il n'avait pas pris mon argent pour rien. Mais j'ai suivi son conseil, je prenais l'Amoxicilline ».

Les premiers signes se manifestèrent quatre jours plus tard sous forme de douleurs, et comme elle ne saignait toujours pas au bout du cinquième jour, elle décida de retourner chez le *loctore*.

« Je suis repartie le voir pour lui expliquer que je ne saignais toujours pas. Je croyais qu'il allait faire quelque chose, mais rien. Il m'a dit de repartir chez moi, que ça va venir, que ce n'est pas quelque chose qui vient rapidement comme ça, que le sang s'accumule d'abord dans le ventre avant de venir ».

Elle fut soulagée le même soir de voir les premiers saignements, même si ceux-ci étaient infimes par rapport à ses attentes.

« Quand moi je suis rentrée ça a commencé à venir, mais ça ne venait pas beaucoup, c'était petit petit seulement, mais je me suis dit que c'était déjà un bon début. Et j'ai commencé à être soulagée ».

Les petits saignements et douleurs s'étirèrent sur neuf jours, avec une intensité croissante. Elle se résolut, au bout du dixième jour, à aller consulter dans un CMA pour des soins après avortement.

5.2.1.2. Le couple Miriam-Thomas, le grand-père marabout et le Permanganate

Miriam (23 ans, et sans emploi) et Thomas son compagnon (29 ans et animateur dans une ONG) mirent deux semaines pour prendre la décision d'interrompre la grossesse d'environ 10 semaines qu'elle portait. Une fois la décision prise, la seconde étape consista pour eux à trouver un moyen pour réaliser l'avortement.

« Quand on a décidé maintenant c'était "on va faire comment ? On ne connaît personne ?". En plus on n'avait même pas d'argent ».

Thomas était, en effet, sans emploi lui aussi à l'époque. Il assumait leurs charges et ceux de leur fils de deux ans grâce à des petits revenus obtenus grâce à son stage dans le cadre du SND, et par la suite des soutiens scolaires (entre 10 et 20.000 Fr CFA par mois). Le jeune couple eut alors l'idée de rechercher de l'aide auprès d'un cousin de la grand-mère de Thomas, un « marabout ». Thomas justifie ce choix par le fait que de par sa profession, celui qu'il nomme « grand-père » avait certainement déjà été confronté à ce type de demande, compte tenu de la spécificité de sa clientèle : *« Comme c'est des gens qui travaillent beaucoup aussi avec des femmes. C'est surtout les femmes vraiment qui font ces genres de choses »*. Il apparaissait, de fait, comme la personne la mieux indiquée pour leur donner le remède nécessaire ou à défaut les aiguiller. Thomas étant

celui qui avait le lien de parenté avec le marabout, il prit la responsabilité d'entrer en contact avec lui.

« J'étais vraiment mal à l'aise, mais je l'ai appelé et je lui ai dit que je voulais le voir. Il me dit que "eh, ça c'est nouveau hein ! Depuis là, je cherche à ce qu'on discute parce que jusque-là, tu as quand même ton BAC, et tu es toujours sans travail, alors que tu aurais pu venir je vais gérer ça. Mais depuis là rien, et c'est maintenant tu m'appelles". Tu vois? Lui il croyait que c'était pour qu'il m'aide pour trouver du travail, alors que moi c'était pour un autre objectif ».

Le « grand-père » fut surpris de la nature de la requête, ce qui ne fit qu'accroître le malaise que ressentait Thomas. Néanmoins il accepta de leur venir en aide, non sans avoir essayé de les en dissuader.

« Il a dit que vraiment c'est pas une bonne chose, qu'on n'a qu'à garder la grossesse là. Je m'attendais à ce qu'il me dise ça, donc je m'étais préparé à le convaincre. Donc je lui ai expliqué notre situation, et pour finir, lui-même il a compris. Donc il dit qu'il n'y a pas de problème, que d'aller chercher le produit pharmaceutique, le Permanganate⁵² qu'on utilise pour laver la salade, il me dit d'utiliser juste ça seulement, que c'est un seul comprimé qu'elle doit introduire devant elle, juste un ».

Thomas acheta les comprimés de Permanganate dans une pharmacie en rentrant, et une fois chez lui, il expliqua à Miriam la procédure. Elle suivit les consignes et commença ensuite l'attente des effets. Celle-ci dura une semaine et n'obtenant pas de résultat, ils renouvelèrent l'opération, cette fois-ci avec deux comprimés.

« En fait, s'il y a eu complication, c'est qu'il y a eu quand même une exagération de notre part. Il avait dit un comprimé, donc on a d'abord fait, et une semaine après ça n'a pas donné. Et puis voilà on a remis encore, deux cette fois-ci, et c'est comme ça que les choses se sont déclenchées ».

Les deux comprimés furent introduits dans le vagin dans la nuit et le lendemain vers 8 heures, Miriam commença à saigner abondamment, ce qui les obligea à recourir à une structure sanitaire pour une prise en charge.

⁵² Le permanganate est un sel inorganique ayant une propriété oxydante. Il est vendu dans les officines et est souvent utilisé comme un désinfectant.

Dans ces deux histoires, Miriam et Talato n'étaient qu'à une étape de leur parcours d'avortement, puisque toutes les deux ont toutes été conduites dans des centres de santé pour bénéficier de soins (cette phase du parcours fera l'objet du chapitre suivant). Je me focaliserai dans cette partie sur la première étape du parcours, le recours aux méthodes abortives qui peut se solder par un succès pour les unes, c'est-à-dire par un avortement sans complication, ou alors par un échec sous la forme de complications qui oblige alors à aller vers la seconde étape qu'est le recours aux soins après avortement. Il faut noter que l'échec peut parfois ne pas en être un, la seconde démarche s'inscrivant dans la quête d'une assurance quant au bon déroulement de l'avortement afin de lever le doute sur les éventuels risques. Ainsi, comme on l'a vu chez ces deux jeunes femmes, tout comme dans le cas de Safia présenté en introduction et ceux des autres jeunes femmes rencontrées dans cette étude, les parcours d'avortement à Ouagadougou révèlent une pluralité de méthodes abortives. Le choix de ces méthodes et les résultats qui en découlent sont le fruit d'enjeux et de logiques induits par une situation de débrouillardise et managés par différents acteurs.

5.2.2. Le « groupe organisateur de l'avortement ». Ses codes et mécanismes

Les itinéraires des femmes dans leur quête de moyens pour interrompre leur grossesse mettent en présence une pluralité d'acteurs réunis dans une sorte de groupe assimilable, à certains égards, au *therapy managing group* (groupe organisateur de thérapie) décrit par John Janzen (1995) chez les *Bakongo* au Bas-Zaïre en Afrique. En effet, cet auteur montre que « chaque fois qu'un individu est malade ou se trouve confronté à des problèmes qui le dépassent, un groupe organisateur de thérapie se constitue dans le but d'examiner minutieusement les informations, d'apporter leur support moral, de prendre les décisions qui s'imposent et de mettre au point les détails de la consultation thérapeutique » (Janzen, 1995, p. 24). Le groupe organisateur de l'avortement se constitue, tout comme dans le cas de la maladie, afin d'aider et faire en sorte que l'avortement puisse obéir aux codes de la tolérance de l'avortement dans la ville de Ouagadougou, à savoir la discrétion.

5.2.2.1. Au fondement du groupe : trouver une méthode discrète et la moins risquée possible

Les choix des itinéraires thérapeutiques en cas de maladie sont fondés sur l'efficacité des thérapies et guidés par les perceptions que les acteurs ont de la maladie,

ainsi que les moyens financiers dont ils disposent. L'existence d'une offre thérapeutique plurielle et officielle donne aux individus des choix possibles vers lesquels se diriger lorsqu'ils sont confrontés à un épisode de maladie. Dans le cas de l'avortement, la situation est plus complexe. Le choix des méthodes d'avortement est guidé en premier lieu par le souci de l'efficacité et de la discrétion en raison de son caractère illégal et de la stigmatisation. En effet, une méthode efficace permet non seulement de réduire les risques médicaux de l'avortement clandestin, mais aussi d'échapper aux complications révélatrices de déviance qui exposent aux éventuelles poursuites et à la stigmatisation. Cependant, contrairement à la maladie pour laquelle les offres existent de manière officielle et sont généralement connues, les offres de services d'avortement non conformes aux clauses de la loi sont officiellement inexistantes. Les services offerts dans la ville de Ouagadougou sont avant tout officieux, camouflés, et leur choix oblige d'en connaître préalablement l'existence. Les femmes qui ne les connaissent pas sont contraintes de rechercher l'information autour d'elles. De fait, le recours aux méthodes implique dans un premier temps de les trouver. Certaines femmes peuvent disposer des ressources financières requises pour un avortement sécurisé, sans pour autant savoir où trouver l'avorteur adéquat ou le remède sûr. Or, la stigmatisation de l'avortement et les risques de poursuites judiciaires font que cette recherche ne peut pas s'afficher d'emblée ou être soumise à n'importe qui. En *moore*, un dicton dit « *qu'il faut vendre son mal pour trouver un remède* », en d'autres termes, c'est en parlant autour de soi de son mal, action traduite par l'idée de la vente, qu'on finit par trouver le remède approprié. Or, le mal dont il est question ici est un mal « *invendable* », *a priori*, qui au demeurant ne peut être vendu qu'auprès d'un cercle restreint avec tout de même des incertitudes quant aux réactions éventuelles en son sein. La pression induite par cette dimension « *invendable* » du mal que constitue le désir d'interrompre une grossesse amenuise considérablement l'éventail des choix et peut contraindre le recours à une méthode que la femme sait risquée sur le plan sanitaire parce qu'elle n'a pas d'autres possibilités. Rappelons-le, les jeunes femmes à ce stade du processus de l'avortement sont soucieuses avant tout d'interrompre la grossesse, peu importe les risques que présentent les méthodes utilisées. Car plus elles traînent, plus les possibilités d'avorter se réduisent et le risque que la grossesse se sache augmente. Afia (étudiante de 20 ans) qui peinait à trouver une méthode avait décidé de boire de l'acide pour en finir avec sa grossesse mais n'a heureusement pas eu à le faire.

En revanche, lorsque la femme se retrouve devant plusieurs options, l'efficacité des méthodes et/ou leur coût peuvent orienter son choix. Si on prend le cas de Safia par exemple, sa préoccupation était surtout de trouver une méthode qui l'exposait le moins possible aux risques sanitaires de l'avortement et à la publicisation qui découlait de la complication (comme cela l'avait été pour son précédent avortement). Elle a eu la chance de trouver, après une longue recherche, trois méthodes parmi lesquelles elle devait opérer un choix : l'automédication avec le Misoprostol, les ovules à base de plante du *kinkirbaga*, et l'intervention chez l'agent de santé. Son choix s'est porté sur ce dernier parce qu'elle n'avait pas la posologie exacte du Misoprostol, et pour ce qui est des ovules du *kinkirbaga*, mon avis lui avait fait craindre leurs effets sur sa santé. Tandis que chez Béa (30 ans, gérante de télécentre), c'est surtout le coût qui a orienté son recours : elle avait le choix entre un avorteur clandestin qui lui exigeait la somme de 50.000 Fr CFA pour faire une AMIU (l'avorteur lui avait expliqué qu'il aspirerait l'embryon, et qu'elle repartirait chez elle au bout de 30 minutes avec un avortement effectif), et un autre qui lui réclamait 30.000 Fr CFA pour un avortement avec introduction d'une sonde dans l'utérus et un avortement progressif. Bien que convaincue par l'efficacité de la méthode par AMIU, elle a opté pour l'offre la moins chère ayant échoué à réunir les 50.000 Fr CFA.

Toutefois, malgré la faiblesse des marges de manœuvre, il s'agit d'aller vers le recours le moins risqué possible en termes de risque social et de risque sanitaire. Dans cette logique, le « groupe organisateur d'avortement » constitue une ressource déterminante en tant que canal pour aider à trouver les moyens et assurer les coûts. Comment se forme ce groupe et quelles sont les logiques d'inclusion et d'exclusion de ses membres ?

5.2.2.2. Les acteurs impliqués : logiques d'insertion et rôles dans le processus

Dans le groupe organisateur de thérapie en situation de maladie décrit par John Janzen (1995), les membres sont généralement des parents et éventuellement des amis et associés de ces derniers. Aussi, l'initiative de la constitution du groupe échappe au contrôle du malade à qui la maladie ou le statut de cadet ôte tout pouvoir décisionnel. Elle est surtout l'affaire de ses proches qui décident des inclusions des éventuels membres dans le groupe et de la démarche thérapeutique. Cela signifie que des proches avec qui le malade n'a pas d'affinité ou est en conflit peuvent s'y retrouver parfois au

grand dam du malade. Compte tenu de la spécificité du problème social que représente le désir d'interrompre une grossesse, le processus de constitution du groupe diffère de celui du *therapy managing group* à plusieurs égards. Bien que fondés tous les deux sur le réseau de sociabilité des individus concernés par le problème ou la maladie, l'initiative de l'inclusion des membres dans le « groupe organisateur d'avortement » est laissée aux soins des principaux concernés, c'est-à-dire la femme et/ou son partenaire. Ils tirent les membres du groupe de leur réseau de sociabilité connu pour être des lieux de transactions et d'échanges notamment d'informations, des biens, des services, de personnes ou échanges affectifs au sens d'Alain Degenne et de Michel Forsé (2004). La sélection y est avant tout hautement élective, minutieuse et se fonde sur des éléments comme la confiance ou l'affinité afin de restreindre autant que possible le cercle des confidents et réduire les risques de stigmatisation. Dans certains cas, l'intégration dans le groupe débute à la construction de la décision de recours à l'avortement. Pour ce faire, l'inclusion des membres de la famille en son sein n'est pas systématique comme dans le groupe organisateur de thérapie pour la maladie. En effet, les relations au sein de la famille considérées comme semi-électives car alliant une certaine affinité à une sorte d'obligation s'opérant dans un cadre préétabli (Degenne & Forsé, 2004) n'offrent pas toujours les critères propices à leurs inclusions dans le groupe. Dans bien des cas, c'est la crainte de la réaction des membres de la famille qui pousse au choix de l'avortement. Certaines femmes, pour ne pas dire une grande majorité d'entre elles, sont par conséquent tentées de les exclure totalement du « groupe organisateur d'avortement » pour se préserver du double risque que représente la découverte de la grossesse et de l'avortement par ceux-ci. Néanmoins, il arrive tout de même que certains membres de la famille y soient inclus suivant les relations ayant prévalu à l'avènement de la grossesse, à la position qu'ils ont occupée dans le processus de prise de décision, à la réaction qu'ils sont susceptibles d'avoir face à la grossesse et au choix de l'avortement, et enfin à leur habileté supposée à trouver ou suggérer une méthode abortive. Lorsqu'on revient au cas de Safia, pour son premier avortement, c'est sa grande sœur qu'elle a choisie d'inclure dans le groupe pour l'aider à trouver l'avorteur. Les deux sœurs entretenaient à l'époque de bonnes relations et partageaient des secrets qui avaient permis à Safia de savoir que sa sœur avait déjà eu à faire un avortement. En plus donc des liens de parenté, les deux sœurs étaient liées par une sorte de connivence par rapport à l'avortement et la grande sœur avait déjà connaissance de méthodes abortives. Elle était, de fait, éligible au groupe et c'est consciente de cela que Safia est allée vivre chez elle

dès qu'elle a décidé d'interrompre sa grossesse. Lorsqu'elle fit part de son « problème » à sa grande sœur, celle-ci y adhéra immédiatement car elle était consciente des enjeux et du fait de son expérience personnelle. La grande sœur, pour sa part, impliqua leur mère par la suite parce que l'avortement ne se passait pas comme prévu et surtout parce qu'elle entretenait personnellement de bonnes relations avec la mère : elle la soutenait financièrement grâce à son petit commerce, ce qui lui donnait l'assurance d'une réaction favorable de celle-ci. Et la mère quant à elle s'est engagée pour préserver son foyer, car si le père de Safia découvrait l'avortement, elle risquait d'être répudiée. C'est de cette manière que se forma le « groupe organisateur d'avortement » de Safia. On l'a vu aussi pour Thomas et Miriam : leur choix s'est porté sur le cousin de la grand-mère de Thomas parce qu'il remplissait les critères pour leur venir en aide. Thomas n'était pas très proche de lui, mais il s'imaginait que de par sa profession de marabout, cet homme était familier de ce type de sollicitation, et était donc en mesure de leur suggérer une méthode. Dans d'autres cas il peut s'agir d'une tante, d'une cousine, d'une petite sœur, voire d'un père. Pour le second avortement de Safia par contre, elle choisit de ne pas impliquer sa grande sœur. Et cette décision s'expliquait par la survenue d'un différend entre les deux sœurs quelques mois après son premier avortement, et aussi à cause de la complication ayant résulté de ce dernier et qui avait fini par le rendre public. Partant de là, sa sœur n'était plus éligible au nouveau groupe, ni sa mère. Son nouveau groupe fut formé d'autres membres de son réseau avec lesquels elle ne partageait aucun lien de sang, mais qui remplissaient les critères pour être insérés dans le groupe : un ami qui la courtisait et un autre qu'elle présente comme son cousin (mais avec lequel elle n'a aucun lien de parenté). Tout comme Safia, de nombreuses jeunes femmes choisissent leurs amis comme membres de leur groupe. Dans ces cas de figure, la propension est à privilégier certains éléments comme la confiance, la réciprocité, la solidarité, l'ouverture d'esprit, et surtout l'homophilie. En effet, l'homophilie qu'Alain Degenne et Michel Forsé (2004) résument par le dicton « qui se ressemble s'assemble », oriente considérablement le choix des jeunes femmes car elle est gage de similitudes, d'affinités et de connivences. Nadia (étudiante de 21 ans), par exemple, m'a confié être allée plus facilement vers son amie pour lui avouer son désir d'avorter parce que « *je savais qu'elle allait me comprendre, comme elle a vécu la même chose, je savais qu'elle était bien placée pour ne pas me critiquer, et pour me dire comment faire* ». Une amie qui a expérimenté un avortement, serait donc moins encline aux jugements et dispose déjà de

pistes pour avorter, contrairement à une amie qui n'a jamais été confrontée au choix d'avorter.

Un des avantages du réseau de sociabilité est qu'il est constitué de connaissances et d'interconnaissances qui élargissent les possibilités de recours des individus et en font un capital social mobilisable pour résoudre les problèmes (Degenne & Forsé, 2004). Ainsi, grâce aux connexions inter et intra réseaux, la sollicitation d'un réseau pour résoudre un problème peut enregistrer l'intervention de membres qui ne se connaissent pas directement car « la mobilisation d'un réseau pour réaliser un objectif ne dépend pas que d'un individu en particulier » (Degenne & Forsé, 2004, p. 123). Pour revenir à Safia, elle a eu recours à son ami, qui de son côté a fait appel à une personne de son propre réseau, en la personne de son grand frère médecin, pour trouver une ordonnance et acheter le Misoprostol. Du coup, elle a pu bénéficier de l'aide du frère de son ami, sans que ce dernier ne la connaisse. Il en est de même pour Nadia (21 ans) qui a pu, elle aussi, bénéficier d'une ordonnance de la part de la tante de son amie, sans qu'elle n'ait eu à la rencontrer.

Néanmoins, il peut arriver que le choix de la femme déroge à la règle de l'affinité. Elles peuvent en effet se tourner vers des personnes de leur réseau de connaissances avec qui les liens sont faibles voire inexistants. Dans ces conditions, les critères prévalant à ce choix sont entre autres la circulation de rumeurs sur une expérience d'avortement se rapportant à la personne, un style de vie (la prostituée par exemple) qui laisse penser que la personne peut souvent avoir recours à des avortements, la personne est inconnue des autres membres du réseau de la femme et ne représente à ce titre aucun danger, etc. Tenin, 25 ans serveuse dans un bar, a sollicité une collègue avec qui elle avait, jusque-là, très peu d'affinités, parce qu'elle avait oui dire que cette dernière avait fait un avortement.

Une fois le groupe constitué, son rôle est généralement de trouver l'avorteur ou les remèdes pour interrompre la grossesse et d'appuyer la femme moralement et financièrement. Lorsque la femme dispose des ressources financières pour assurer le coût de l'avortement mais ignore comment procéder pour avorter, la tâche du groupe sera par exemple de l'informer sur la méthode pour se faire avorter (lui donner le contact d'un avorteur ou lui conseiller un médicament). Et dans d'autres cas, le rôle du

groupe consistera à mettre à la disposition de la femme les ressources financières nécessaires pour accéder à l'avortement.

Toutefois, lorsque le réseau est inexistant ou qu'aucun membre du réseau n'est éligible au « groupe organisateur d'avortement », la femme peut choisir d'agir seule, comme l'a fait Talato en trouvant seule le remède pour son auto-avortement, et en prenant seule l'initiative d'aller demander de l'aide au *loctore* de son quartier. Le groupe est *a priori* inexistant et la femme alors s'auto-consulte, prend seule les décisions et les exécute. Néanmoins, dans le cas de cette jeune femme, j'ai enregistré la création de manière détournée d'un groupe. En effet, si généralement les membres du « groupe organisateur d'avortement » sont officiellement intégrés dans celui-ci, c'est-à-dire qu'ils savent qu'ils sont sollicités pour un avortement et donnent leur accord, d'autres en revanche le sont à leur insu et ne sauront jamais qu'ils y ont participé. C'est par exemple grâce à une ruse rondement menée que Talato est parvenue à faire de son grand frère, de son cousin et de l'un de ses prétendants les « financeurs » de son avortement.

« Tu sais qui m'a donné ces 35.000 Fr ? C'est mon grand frère. Je lui ai raconté un gros mensonge. Je lui ai dit que je suis allée à l'hôpital parce que j'ai de fortes douleurs au ventre et on m'a demandé de faire un examen, l'examen des ulcères. J'ai menti comme ça et il m'a donné 10.000 Fr. Je suis partie voir un cousin aussi et lui il m'a donné 10.000 Fr. Ça fait donc 20.000 Fr. Il y a un jeune qui me faisait la cour en son temps mais je ne voulais pas de lui. Donc le monsieur en question m'a dit qu'il va passer chez moi, je lui ai dit de ne pas venir, que je suis malade, il a insisté et il est venu. Quand il est arrivé il m'a donné 5000 Fr pour aller à l'hôpital le lendemain. Donc ça fait 25.000 Fr en tout. J'avais mis mes 10.000 Fr de côté que j'ai rajouté et je suis allée chez le loctore avec ».

Il en est de même pour Asseta, la petite amie de Madi, qui a demandé à son père de l'argent pour acheter des vêtements pour la fête du Nouvel An et l'a utilisé pour se faire avorter. Et Serge, 25 ans, qui a réclamé de l'argent à sa mère, à sa tante et à son grand frère pour faire des photocopies pour ses cours, et a ainsi pu financer l'avortement de sa petite amie. Dans d'autres cas, le membre du groupe s'implique sans pour autant assumer. Le cousin de Béa, 30 ans, a accepté de lui donner 25.000 Fr sur les 35.000 Fr dont elle avait besoin pour son avortement tout en se dégageant de toute responsabilité

« Il m'a dit qu'il me donne l'argent, mais il se désengage, si quelque chose arrive, il n'est pas au courant. Donc j'ai dit qu'il n'y a pas de problème, que je respecte ça ».

5.2.3 Méthodes et itinéraires d'avortement

Mon immersion dans les structures sanitaires m'a permis de recenser différentes méthodes abortives à partir des dossiers des patientes. Nous avons par exemple la catégorie « produits traditionnels » : « introduction intra-vaginale de produits traditionnels (la patiente est restée dans le coma pendant une semaine) », « ingestion de produits traditionnels », « prise de produits traditionnels par voie rectale (la patiente est décédée) ». Une autre catégorie est celle concernant des produits usuels ou des médicaments : « prise de confo liquide », « prise de Nescafé+bleu à linge (détergent) », « prise de Nescafé + Coca-cola », « introduction intra-vaginale de Permanganate de potassium », « prise de 3 comprimés de Combimal + 2 comprimés de Paracétamol + 2 comprimés d'Ibuprofène », « prise de 8 comprimés de Cytotec », « prise de 20 comprimés de Cytotec », « prise de 2 comprimés de Cytotec ». Il y a aussi les femmes qui ont eu recours à des agents de santé : « introduction de médicaments de nature non précisée par un infirmier dans une cour », « curetage par un infirmier », « injection de produits de nature inconnue + prise de comprimés ensuite », « introduction de comprimé de nature inconnue + sonde dans un cabinet de soins », « injection dans un cabinet de soins », « injection dans un CSPS ». Et enfin, nous avons celles qui ont associé différentes méthodes : « ingestion de produits traditionnels + curetage par un infirmier dans un CSPS », « prise de Sedaspir + Guinness (bière) + introduction d'objet dans un cabinet de soins ».

Ces différentes méthodes et parcours d'avortement ne sont qu'un aperçu des possibilités qui existent dans la capitale Ouagadougou quand il s'agit d'interrompre une grossesse. Celles-ci peuvent être regroupées en deux ensembles distincts : l'auto-avortement et le recours à des « spécialistes ».

5.2.3.1. Auto-avortement : des « recettes de grand-mère » aux produits chimiques et pharmaceutiques

L'auto-avortement est un recours de première intention et s'inscrit dans le prolongement des pratiques d'automédication rencontrées dans la population

ouagalaise. Il consiste en l'ingestion, le lavement, l'introduction dans le vagin de substances connues pour leurs vertus abortives même si leur efficacité ne repose sur aucune base scientifique ou n'est pas prouvée (Guillaume, 2004).

Ces substances peuvent être des cocktails que je nommerais « *recettes de grand-mère actualisées* ». Ces recettes sont constituées pour la plupart d'aliments ou de produits usuels tels que le miel, les boissons alcoolisées ou sucrées, le café, etc. Tenin, 25 ans et Talato avaient entendu parler des vertus abortives de la bière de marque Guinness mélangée au café (le Nescafé) et celles du Nescafé mélangé au Coca Cola. Elles ont donc utilisé ces mélanges dès qu'elles ont pris la décision d'avorter. Quant à Assetou, 20 ans, elle a reçu l'information d'une amie. Alors qu'elle était perdue car ne sachant comment procéder pour interrompre sa grossesse, sa meilleure amie lui a sauvé la mise.

« Une fois j'étais assise, je pleurais et ma copine m'a appelée. Elle m'a demandée où j'étais et je lui ai répondu que j'étais chez mon copain. Donc elle est venue et elle m'a demandé pourquoi je pleure, je lui ai dit que c'est parce que je suis enceinte et je ne veux pas la grossesse. Elle me dit que si c'est comme ça d'enlever pour avoir la paix. Je lui ai dit walaye ! je veux enlever mais je ne sais pas où faire ça, je sais que si je pars au dispensaire ils ne vont pas accepter. Elle me dit que de l'attendre. Elle est partie payer du Guinness pour venir bouillir avec du miel et m'a demandé de boire. Moi j'ai bu et trois jours après j'ai commencé à avoir des douleurs ».

D'autres femmes ont recours à des remèdes à base de plantes et vendus sur les marchés tels le fruit de la calebasse, les fruits du *pegenega* (*Acacia nilotica*), etc. Elles les utilisent sous forme de breuvages, de lavements ou d'ovules introduites dans le vagin. Après l'échec de sa première tentative, Tenin a utilisé la pulpe de la calebasse (dont la toxicité est prouvée) en breuvage sur recommandation d'une de ses collègues. Une des stratégies utilisées par les jeunes femmes pour trouver les remèdes consiste à prétexter la dysménorrhée autour d'elles ou auprès des vendeuses de produits « traditionnels » dans les marchés. Cette technique a été utilisée par Kady pour sa première tentative d'IVG. Elle a fait croire à une vendeuse qu'elle était en quête de médicament pour « faire venir ses règles ». Passer par ce problème récurrent et connu, dont les traitements

sont susceptibles de provoquer des avortements parfois, permet de bénéficier de méthodes abortives sans avoir à exposer ses véritables motivations.

Quant aux produits pharmaceutiques, il s'agit essentiellement de médicaments déconseillés en cas de grossesse ou de médicaments utilisés en surdose (les antipaludéens, l'Aspirine, le Paracétamol, le Sédaspir, les antibiotiques, etc.), de produits dotés de propriétés oxydantes comme le permanganate de potassium (utilisé par Miriam), ou de médicaments qui augmentent la tonicité des muscles de l'utérus et des contractions, regroupés sous le nom d'« utérotoniques ». Ces médicaments sont achetés aussi bien dans les officines que dans les circuits informels de vente des médicaments. Balkis, couturière de 24 ans, avait découvert qu'avalier les produits pharmaceutiques en quantité pouvait faire avorter, et c'est la voie qu'elle a choisi pour avorter.

« Quand il a dit qu'il ne voulait plus, j'ai pris les comprimés-là, c'était Paracétamol et puis Nivaquine. Je ne sais même plus combien de comprimés j'ai avalés, mais c'était beaucoup ».

Comme on le voit avec cette jeune femme, plusieurs de ces produits sont parfois combinés pour une plus grande « efficacité ».

Aussi, le Misoprostol est l'un des produits pharmaceutiques qui fait de plus en plus son apparition dans cette pratique d'automédication. Commercialisé sous différentes appellations telles Cytotec, Misoclear, Cyprostol, Misotrol, etc., il est un médicament initialement mis au point pour traiter les ulcères gastriques, et qui a été introduit dans le champ de la santé de la reproduction. Au Burkina Faso, il est utilisé en obstétrique pour déclencher l'accouchement et traiter les hémorragies du post-partum, ainsi que dans le domaine de l'avortement en tant que protocole dans les soins post-avortement (traitement de l'avortement incomplet ou Rétention d'Œuf Mort (ROM)) et aussi pour réaliser les avortements légaux. En marge de cet usage officiel, on observe des utilisations clandestines du produit. Utilisé par les avorteurs clandestins (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.), les femmes y ont aussi de plus en plus recours pour interrompre leur grossesse. Ce type d'utilisation est déjà fortement répandu dans les pays de l'Amérique Latine et dans les Caraïbes où des recherches ont montré qu'il contribuait à une réduction conséquente des taux de décès liés aux IVG comparativement aux méthodes classiques utilisées jusqu'alors. À Ouagadougou, il

figure de plus en plus au nombre des techniques utilisées par les femmes pour avorter. Présent dans les officines et supposé n'être délivré que sur prescription médicale, des femmes comme Safia, Nadia, Ange et leurs aidants parviennent à se procurer le Misoprostol parfois sans ordonnance, avec le concours d'agents de santé, ou auprès de réseaux informels de distribution (par exemple, des agents de santé se le procurent auprès des pharmacies et les revendent).

J'ai noté aussi l'utilisation de produits issus de la pharmacopée chinoise. Il s'agit précisément du Confo, communément appelé Confo liquide. Ce produit, qui selon la notice est « un extrait liquide vert à base d'actifs naturels issus du bois du camphrier, menthe et d'autres plantes, avec une odeur spéciale parfumée, son goût est frais et piquant, il a la fonctionnalité anophélifuge, antiprurigineuse, fraîche et analgésique », est indiqué entre autres comme répulsif anti-moustique, contre le rhume, les céphalées, les douleurs musculaires, etc. Il est signalé sur l'emballage et sur la notice qu'il est « interdit à la femme enceinte », et c'est certainement cette mise en garde qui justifie son utilisation comme abortif. Il est vendu dans les boutiques au prix maximum de 200 Fr CFA le tube de 3,5 ml. Nado a découvert cette méthode au détour d'une discussion avec des amies.

« J'avais des copines au quartier, elles causaient, qu'il y a une fille qui était enceinte, donc elle a bu le produit Confo liquide et puis c'est sorti. Donc comme j'étais dans le cas maintenant, ce que j'avais entendu est revenu dans ma tête, et puis je lui ai dit [à son copain]. Il m'a demandé que c'est pas douloureux ? Qu'il n'y a pas des effets ? Je dis que je ne sais pas, mais je vais faire pour voir. Donc je lui ai dit d'aller payer, il est allé payer et j'ai bu la moitié, le lendemain encore j'ai bu, toujours rien. On a acheté deux autres que j'ai bu aussi ».

Le Confo liquide très mentholé et piquant est utilisé par voie orale parfois combiné avec le Nescafé pour un meilleur résultat. Il arrive que comme Nado, certaines femmes boivent le contenu de trois voire 10 tubes alors que la notice suggère quatre à six gouttes par prise pour la voie orale.

Pour clore la liste des méthodes utilisées pour les auto-avortements, on peut citer les produits chimiques manufacturés (bleu à linge, détergents, etc.), ou les méthodes qui ont trait à l'effort physique comme faire beaucoup d'abdominaux par exemple. En somme, environ 23% des femmes burkinabè qui avortent procéderaient par l'auto-

avortement (Bankole et al., 2013). Tout comme l'automédication en situation de maladie, ce recours convainc de par son accessibilité et l'autonomie qu'il permet (Fainzang, 2010; Nikiéma et al., 2011). En effet, les méthodes utilisées pour l'auto-avortement sont d'une part très peu coûteuses : avec moins de 1000 Fr CFA ou au maximum 5000 Fr CFA (pour le Misoprotol), la femme peut réussir à réunir les ingrédients nécessaires à son avortement contrairement aux autres recours possibles. D'autre part, dans un contexte où trouver des services d'avortement relève d'une épreuve de taille et où la discrétion est de mise, l'auto-avortement permet de concilier ces deux contraintes. Il est une démarche qui a l'avantage de réduire, voire rendre inexistant le cercle des confidents. Talato l'a justifié en ces termes :

« Quand tu veux avorter il faut connaître des gens, il faut en parler pour qu'on t'indique quelqu'un, et comme moi je ne voulais pas en parler, parce que les gens-là, je me méfie. Donc j'ai pris ce que j'avais sous la main. Je me suis dit que je vais essayer ça pour voir et on verra ».

Ainsi, seules ou avec l'appui du « groupe organisateur d'avortement », les femmes usent de ce recours utilisé depuis des générations et actualisé à l'aune des évolutions scientifiques et de la mondialisation des pratiques abortives afin d'interrompre leur grossesse en toute discrétion, ou à défaut d'enclencher le processus. Car aller acheter des médicaments dans une pharmacie, au marché ou de la bière et du Nescafé n'éveille jamais les soupçons de l'entourage, et permet d'être en phase avec les codes entourant la pratique de l'avortement. Aussi la permissivité de la distribution des médicaments dans la ville de Ouagadougou est-elle un des atouts de ce recours. Les officines au Burkina Faso fonctionnent majoritairement comme des commerces, avec des tenanciers et des gérants qui évoluent davantage dans une logique de production de chiffres d'affaires que de contrôle des sorties des médicaments et de leurs usages. De sorte que dans ces officines, une ordonnance n'est que très rarement réclamée pour obtenir un médicament. Il suffit pour le client de connaître le nom du médicament dont il a besoin ou d'expliquer ses symptômes pour obtenir le médicament souhaité. De même, la prolifération des « pharmacies par terre » (les vendeurs informels de médicaments) dans les marchés, et qui disposent d'une gamme variée de médicaments vendus au détail et à moindre coût concourt également à une plus grande accessibilité aux médicaments par les femmes et leurs aidants.

Néanmoins, il s'agit parfois de méthodes peu efficaces voire dangereuses à cause de la nature des produits utilisés (souvent très toxiques), mais aussi en raison d'une non-maîtrise du dosage. Pour le Misoprostol par exemple, une sage-femme m'a confié avoir reçu en consultation une jeune femme qui avait avalé une quarantaine de comprimés alors que la dose requise est d'environ huit comprimés en trois prises.

« Il y a une fille que j'ai reçue, c'était pour une tentative d'avortement, elle a pris presque 40 comprimés..., elle ne se souvenait même plus du nombre. C'était courageux de sa part quand même, tu imagines, pratiquement 40 comprimés ! Donc elle est arrivée ici pour me dire qu'elle saigne, moi je lui ai dit d'aller faire l'échographie on va voir. Elle a attendu 15h, elle a fait l'écho et quand elle est revenue la grossesse était évolutive. Ce jour-là elle ne voulait pas quitter mon bureau, elle voulait que je termine en même temps. Je lui ai expliqué que ce n'était pas possible et je lui ai dit que si elle s'amuse à prendre le cytotec encore elle risque de se tuer ».

On a vu aussi le récit de Miriam, qui, au lieu d'un comprimé de permanganate, en a utilisé trois.

En cas d'échec de l'automédication ou en guise de premier recours, les femmes vont vers les services de « spécialistes ».

5.2.3.2. Au cœur des « spécialistes » de l'avortement. Quand gain et souci d'entraide justifient une déviance

Face à l'absence d'offre officielle de services d'avortement, une offre clandestine d'avortement s'est mise en place pour répondre à la demande. Ces « spécialistes » clandestins de l'avortement proviennent de deux univers : de la médecine biomédicale et de celle dite traditionnelle.

Des soignants et pseudo soignants pour une offre médicale

Par spécialistes modernes, j'entends tous les individus qui utilisent les techniques et outils de la médecine biomédicale pour offrir des services d'avortement aux femmes. Il y a tout d'abord les soignants officiellement formés aux gestes techniques de la biomédecine dans les universités et écoles de la santé, et qui sont employés dans les structures publiques et privées tels que les médecins, les sage-femmes ou maïeuticiens, les infirmiers ou infirmières, les accoucheuses auxiliaires ou

brevetées, les agents itinérants de santé et les attachés de santé. Ensuite, on compte la catégorie des personnels de soutien ou personnel paramédical auxiliaire composée de filles ou garçons de salle, de brancardiers, de manœuvres, de gardiens, etc., ayant appris les gestes techniques au contact de collègues infirmiers, sages-femmes ou médecins et qui sont sollicités par leur entourage pour des actes techniques comme les injections ou la pose de perfusion (Médah, 2006). Cette catégorie de prestataires, grâce aux compétences acquises, s'érigent en avorteurs et offrent leurs services aussi bien dans les structures sanitaires publiques, dans les cliniques et cabinets de soins comme à leur domicile. Enfin, nous avons en dernier les étudiants en médecine ainsi que les élèves des écoles de formation aux métiers de la santé.

« Qu'est-ce qui peut pousser ces différents acteurs à s'engager sur la voie de cette « médecine déviante » ? » est la question qu'on est tenté de se poser dans un contexte où l'opprobre sur cette pratique est quasi générale. À Ouagadougou, les individus lorsqu'ils évoquent les motivations de ces avorteurs mettent systématiquement en avant le volet financier. L'entretien réalisé avec un agent de santé soupçonné de s'adonner à cette pratique ainsi que les discours de femmes montrent que leurs motivations sont beaucoup plus complexes. En effet, les motivations des femmes comme celles des agents de santé, ainsi que les pratiques qui en découlent donnent à voir un schème d'explication dans lequel les représentations du statut de soignant de part et d'autres, les rapports à « l'aide » et à « l'obligation », ainsi que les enjeux économiques sont fortement intriqués. Prenons le cas de Roland, maïeuticien. Il fournit une ébauche des raisons qui peuvent conduire un agent de santé à offrir des services d'avortement. Avant tout, il faut rappeler qu'il a participé à cette étude en tant que soignant offrant des soins après avortement et confronté à des demandes d'IVG. Compte tenu de la sensibilité du sujet, il m'était impossible de mettre en avant les soupçons d'« avorteur clandestin » dont il faisait l'objet pour obtenir son consentement. Roland exerce le métier de maïeuticien depuis 1994. Il dit être arrivé dans le métier de la santé par le fruit du hasard. Aspirant à la fonction de gendarme, il a dû renoncer à cette vocation suite à l'annulation du concours auquel il avait participé.

« J'étais admissible. Il fallait faire le second tour et ils ont annulé. Quand ils ont annulé, ce n'est que depuis deux ou trois ans maintenant qu'ils ont repris ».

Privé alors de son choix initial, il se tourna vers le métier de la santé et le hasard le conduisit vers celui de maïeuticien, qu'il prenait à ce moment pour une toute autre fonction.

« Quand ils ont lancé les concours de la santé, j'ai vu maïeuticien d'État, je ne savais pas ce que c'était, je ne pouvais pas demander à quelqu'un aussi. (...) Comme moi j'ai fait l'électronique, je savais donc que c'est en lien avec la santé mais je me disais qu'il fallait manipuler les appareils ».

C'est une fois recruté qu'il réalisa qu'il s'agissait du métier de sage-femme au masculin. Il accepta son destin sans plus, jusqu'à ce qu'un évènement lui fasse prendre conscience de tout le sens social que revêtait son nouveau statut.

« Juste quand j'ai fini de faire ma formation, quand le premier salaire a commencé à tomber, je suis allé pour ouvrir un compte dans une banque pour qu'on vire mon salaire là-bas. Quand je suis arrivé, j'ai fourni ma carte professionnelle à la banque et j'ai fourni tous les papiers nécessaires pour l'ouverture du compte. Les dames qui étaient là pour me recevoir se sont levées pour me respecter. Elles m'ont dit "vous avez un métier noble". Et tout le monde me regardait. Elles ont expliqué aux gens que je suis un maïeuticien, que je fais le métier de sage-femme. Et beaucoup ont dit que les maïeuticiens font même plus que les sages-femmes, qu'ils sont quoi, quoi, quoi. Donc vraiment ce jour-là j'ai compris que je faisais quelque chose d'important et j'ai ressenti une fierté. Et depuis que j'exerce c'est toujours comme ça, c'est un métier noble ».

Cette « noblesse sociale », dont il était désormais investi et qui lui donnait le statut de *loctore* dans son quartier et s'accompagnait de cadeaux divers (en nature comme en espèce), était assortie tout de même d'obligations au quotidien : des sollicitations de l'entourage pour des actes divers parmi lesquels figureraient les demandes d'interruption de grossesse. Tout comme Roland, tous les agents de santé que j'ai côtoyés dans le cadre de cette recherche ont relevé la constance de cette sollicitation. Une sage-femme parle même de harcèlement.

« C'est tous les jours, ça ne manque même pas. C'est tous les jours. À domicile, au service, ça vient seulement ».

De manière générale, les sollicitations dont les agents de santé font l'objet dans le cadre de leur pratique seraient difficilement déclinables. En effet, il est du devoir du soignant de sauver des vies surtout celles de ses proches, mais aussi, se conformer à ce devoir constitue une source de reconnaissance qui se manifeste selon Fatoumata Ouattara (2002, p. 3) par « une parole de remerciement de l'ancien patient, qui est souvent suivie par un cadeau que le patient, ou l'ancien patient, offre à son soignant pour attester sa reconnaissance ». À l'inverse, refuser de s'y conformer expose le soignant à des conflits relationnels, voire un rejet pour avoir failli à son devoir (Médah, 2006). La plupart des soignants s'y conforme donc, de même que le personnel de soutien des structures sanitaires, les étudiants en médecine et les élèves des écoles de santé aussi qualifiés de *loctore* dans leur communauté. Ces sollicitations constantes seraient même l'un des facteurs impulsant l'ouverture des cabinets de soins privés dans les quartiers. Pour ce qui est de la demande spécifique concernant l'avortement, elle est motivée chez les jeunes femmes et le « groupe organisateur d'avortement » par l'assurance qu'ils seraient les mieux outillés pour le faire. Safia, 26 ans, a justifié le choix de l'agent de santé parmi les trois recours possibles qu'elle avait par le fait que *« quand c'est un docteur qui doit le faire, tu es rassurée, parce que tu sais que lui au moins il connaît son travail, et que tu ne risques pas d'avoir des problèmes après. C'est pour ça que je suis allée le voir avec le médicament pour qu'il fasse mon avortement »*. Ainsi, comme le montrent les arguments de Safia, aller vers un agent de santé constitue un choix rassurant car celui-ci est considéré comme suffisamment qualifié et à même d'effectuer l'avortement dans les meilleures conditions et de réduire, voire éliminer tous les risques.

Face aux sollicitations, dont j'ai été moi-même la cible parfois à cause de la blouse que je portais pendant mon immersion dans les structures sanitaires, les agents de santé disent opposer de prime abord un refus catégorique au nom de leurs valeurs morales et de la loi régissant la pratique de l'avortement au Burkina Faso. Ainsi, Roland dit avoir rejeté pendant un long moment ces sollicitations, et prodigué à la place de l'avortement des conseils sur ses risques et des arguments pour garder la grossesse.

« Bon, vous savez bien que l'avortement en tant que tel même dans la constitution du Burkina Faso c'est interdit. Maintenant du point de vue religieux aussi, toutes les religions condamnent ça. Donc avant je me disais toujours dès qu'on me proposera une telle chose, ça sera non ! C'est impossible que je le fasse. Donc le

plus souvent, je les reçois pour essayer de leur expliquer ce que ça vaut, parce que quand tu les repousses comme ça directement, c'est pas du tout intéressant. Il faut les amener à comprendre, et essayer de leur faire changer d'avis pour qu'elles gardent ça ».

Cependant, avec le temps, retrouver des femmes auxquelles il avait refusé ses services avec des complications graves, et la charge morale qui accompagne les demandes qui lui sont adressées auraient eu, peu à peu, raison de sa résolution de ne pas offrir d'avortements.

« Il y a des IVG que j'ai refusées de faire et après j'ai vu que ces dames-là ont eu satisfaction ailleurs dans de mauvaises conditions et je dois les soigner après. (...) En plus, quand elles viennent vers toi, elles sont tellement déprimées et tellement décidées à cela que je me disais bon est-ce que c'est pas mieux de l'aider à le faire parce qu'au moins je sais comment médicalement il faut le faire».

Outillé pour offrir des services d'avortement sécurisé du fait de sa formation en soins après avortement, il m'a donc confié « *aider de temps en temps* » des femmes afin de sauver leur vie.

« Depuis le début de ma profession, je ne peux pas me laver complètement les mains parce que je sais que j'ai eu à aider certaines femmes qui étaient dans des difficultés très très dures, qui sont venues me voir, j'ai pesé la situation pour, pour voir. Et j'ai eu à les aider à faire des avortements, des avortements propres, parce que notre rôle aussi c'est de sauver des vies ».

C'est ainsi que Roland se retrouve aujourd'hui à procéder de « *temps en temps* » à des avortements. Je l'ai sondé de manière détournée sur l'aspect pécuniaire, afin de savoir si ces services constituaient aujourd'hui une source de revenus pour lui. Cependant, il est resté confus laissant entendre, à demi-mot, que seul le souci « d'aider » primait. Cette dimension « aide » revient aussi dans les discours des jeunes femmes et de leurs proches lorsqu'elles vont solliciter les avorteurs clandestins, et lorsque ceux-ci accèdent à leur demande. Ainsi, les agents de santé habilités à offrir ces avortements parce qu'ils ont les compétences requises, aideraient par sensibilité à la détresse des femmes et aussi pour leur sauver la vie, mais également pour indirectement

accroître leur notoriété socialement. Une sage-femme, qui a simplement indiqué à une femme où trouver un avorteur, m'a révélé avoir reçu en retour un cadeau de la part de la dame par gratitude, et qu'elle n'osait l'utiliser par culpabilité. Offrir donc des services d'avortement à une femme apporte au soignant, autant que les autres actes médicaux, de la reconnaissance, voire encore plus. Et pour ceux qui ne sont pas habilités à offrir des soins et qui usurpent le statut de *loctore*, l'offre d'avortement permet d'augmenter leur plus-value socialement et consolider leur statut.

Cependant, « aide » et avantage économique sont généralement intriqués quand il s'agit d'avortement clandestin car comme l'a si bien relevé Roland « *on ne va pas faire un avortement sans de l'argent. C'est devenu comme un truc commercial* ». De fait, aujourd'hui à Ouagadougou, offrir des services d'avortement clandestin est devenu une énorme source de revenus supplémentaires, ou la principale source de revenus pour certains. En effet, dans un système sanitaire où les salaires sont très bas, surtout dans la fonction publique, la précarité pousse les soignants, le personnel de soutien, comme les apprenants à se « débrouiller » en marge de leurs obligations officielles pour arrondir leurs fins de mois et/ou pour survivre. Pour certains étudiants en médecine sans bourse, les avortements clandestins permettent de survivre au quotidien dans la capitale. Ainsi, avec un coût minimum de 25.000 Fr CFA par avortement, et pouvant atteindre 100.000 Fr CFA voire 150.000 Fr CFA, plusieurs agents de santé font de l'avortement un business. Au point qu'au lieu d'attendre d'être sollicités, certains avorteurs prennent les devants en recrutant leurs clients pendant leur temps de travail dans les structures sanitaires. Lorsque Serge et sa petite amie ont fait le test de grossesse dans un CSPS de la ville de Ouagadougou, l'agent de santé qui s'en est occupé leur aurait proposé ses services.

« Quand on a fait le test et c'était positif, celui qui a fait le test m'a dit de venir seul dans son bureau qu'il veut me parler. Donc quand je suis arrivé, il m'a demandé ce nous on compte faire. Je dis bon, nous on est élève, on ne sait pas encore quoi faire, on va réfléchir. Il m'a dit que si on veut avorter, on peut revenir le voir parce que lui il fait ça. C'était un infirmier, systématiquement il dit qu'on n'a qu'à aller réfléchir, que si on veut avorter seulement on n'a qu'à revenir ».

Il leur a laissé son contact téléphonique, et après réflexion, les deux jeunes gens l'ont appelé et il leur a fixé rendez-vous au cours d'une de ses gardes dans le CSPS pour réaliser l'avortement contre la somme de 30.000 Fr CFA.

Quand on n'a pas la chance comme Serge et sa petite amie de se voir proposer les services d'avortement, être recommandé par des connaissances de l'avorteur ou des anciennes clientes permet aussi de bénéficier de ses services. Ainsi, la tentative de l'infirmier ayant échoué, et après avoir essayé sans succès de le revoir, Serge et sa petite amie ont fini par recourir aux services d'un autre avorteur découvert par l'intermédiaire d'un de leurs amis, et qui leur aurait réclamé à son tour la somme de 20.000 Fr CFA.

« Il m'a dit que comme c'est un ami qui nous a envoyés, il va me faire une faveur et prendre 20.000 Fr ».

Quant à Ève, cuisinière de 18 ans, c'est une amie qui l'aurait mise en contact avec l'avorteur.

« Ma copine a un ami qui a un ami infirmier et il fait ça. Donc elle m'a donné son numéro pour l'appeler et lui dire que je viens de la part de son ami. Quand je l'ai appelé seulement, il m'a dit que je pouvais venir. Je suis allée, et il m'a dit que ça fait 30.000 Fr ».

Les avorteurs clandestins opèrent donc dans des circuits qui nécessitent des passe-droits et obéissent à des codes de discrétion. Béa, 30 ans, avait réussi à obtenir l'accord d'un avorteur de son quartier pour interrompre sa grossesse. Très proches toutes les deux, je lui avais conseillé de me laisser interroger l'avorteur sur la technique qu'il comptait utiliser afin de m'assurer qu'il ne s'agissait pas d'un avortement trop risqué. Aussi, elle me téléphona une fois chez l'avorteur et l'informa que sa sœur désirait lui parler. Après une petite hésitation, il accepta la communication, mais dès ma première question, il me répondit *« qu'est-ce qu'elle vous a dit ? Elle s'est trompée, nous on ne fait pas d'avortement ici, je pensais qu'elle était venue juste pour se soigner »*, et raccrocha. Elle s'est vu refuser le service ce jour-là, et c'est après une longue négociation pour le persuader que je ne constituais pas un danger, qu'il accepta de reconsidérer sa position et faire l'avortement.

Les avortements se réalisent aussi bien dans les structures sanitaires publiques et privées qu'au domicile des avorteurs. Dans le public, ils se font généralement durant les permanences et les gardes comme l'a fait l'avorteur de la petite amie de Serge.

« Premièrement on est allé et il n'a pas pu faire parce qu'il y avait trop de monde. Le lendemain c'était l'après-midi, il y avait du monde aussi, on a attendu jusqu'à 18 heures, on a fini par partir, et c'est le troisième jour qu'on a fait ça ».

Quant aux techniques utilisées par les avorteurs clandestins, elles varient en fonction de leurs statuts et de leurs compétences dans le domaine de l'avortement. Les agents qualifiés et formés aux techniques d'avortement sécurisé tels que les médecins, les gynécologues, les sages-femmes et maïeuticiens offriraient les services d'avortement les plus sécurisés grâce à la technique de l'AMIU ou avec le Misoprotol. La maîtrise de la technique de l'AMIU par exemple permettrait selon Roland à l'avorteur de procéder à un avortement assez sécurisé comme lui le fait.

« Quand j'ai reçu la formation, j'ai compris que ceux qui font les IVG, si tu as choisi de le faire, fait tout pour te former. Tu te formes, tu achètes le matériel et tu fais tes avortements sans problème. À 90% sans risque, c'est peut-être dans 5% à 10% des cas que tu peux avoir des complications. Si tu respectes les délais, il y a un temps qu'on donne pour faire, avant les treize semaines, si tu respectes ça, tu le fais proprement sans problème. Et une heure de temps après, la personne peut aller travailler. Par exemple, pour une élève qui ne veut pas rater ses cours, si elle se lève à six heures du matin et elle vient chez toi dans ton bureau, tu fais ton IVG, quelques temps après, elle part en classe sous sédatif, elle prend du paracétamol ou bien un truc comme ça. Elle continue les cours sans problème, et personne ne saura parce qu'il y a rien. Ça sera de petites douleurs de bas ventre seulement légères. Elle va mettre le coton, elle va arriver à la maison, elle verra qu'elle ne saigne même plus. Et c'est fini parce que tu as évacué tout le contenu utérin et c'est propre avec du matériel stérilisé, tu la mets sous antibiotiques de couverture».

L'AMIU est majoritairement utilisée par les sages-femmes et maïeuticiens formés, mais aussi les médecins selon l'âge gestationnel. Le Misoprostol, dont la sécurité réside dans la maîtrise de la posologie, serait quant à lui utilisé aussi bien par les médecins et gynécologues que par les sages-femmes et maïeuticiens. Afia, étudiante de 20 ans, a eu

un avortement sécurisé et discret grâce au Misoprostol que son avorteur, un gynécologue, lui a fait prendre par voie orale sur la base de l'âge de sa grossesse. Ainsi, le fait de tenir compte de l'âge des grossesses et de maîtriser les outils qu'ils utilisent permettent à ces professionnels d'offrir des services sécurisés ne nécessitant pas le recours aux soins après avortement. Néanmoins ceux-ci seraient difficilement accessibles, avec 3% de recours dans le cas de médecins et 13% dans le cas des sages-femmes et maïeuticiens à cause des coûts élevés de leurs services (Bankole et al., 2013). Afia, par exemple, a payé 100.000 Fr pour l'avortement chez le gynécologue.

Les autres catégories d'avorteurs (agents de santé non formés, personnels de soutien, étudiants et élèves des écoles de santé) procèdent à l'interruption des grossesses à partir d'une pluralité de techniques. Dans le discours des femmes, un procédé est souvent revenu « *il a enfoncé quelque chose, comme du fer, et après il a mis un raccord* ». Roland m'a décrit cette technique qu'il utilisait lui-même avant d'être formé aux techniques des avortements sécurisés.

« Je savais comme tous ceux qui n'ont pas eu la formation qu'il faut tout juste traumatiser l'œuf. Et quand on le traumatise, il cherche à sortir, c'est comme ça. C'est l'utérus même qui le rejette. Et tous ceux qui n'ont pas été formés et qui font les IVG, les APC en ville, c'est ce qu'ils font. Voilà pourquoi quand nous on reçoit les femmes, on voit des sondes dans le vagin. Ils utilisent généralement des sondes flexibles parce qu'ils savent qu'elles ne peuvent pas perforer l'utérus. Et quand ils arrivent, ils percent l'œuf et ils laissent couler le sang parce qu'ils savent que ça finira par s'expulser »

La plupart des avorteurs ne disposant pas des compétences pour les avortements sécurisés procéderaient ainsi par dilatation du col de l'utérus avec l'introduction de sondes végétales ou plastiques en vue de décoller l'œuf, par la ponction de l'œuf avec des objets, par curetage, par formolisation de l'œuf avec de la Formaline, la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU), etc. (Diomandé, 2013).

Ce sont les procédures qui ont été utilisées dans le cas de Béa, de Talato, de la petite amie de Serge. D'autres moyens comme les injections de produits pharmaceutiques de la catégorie des utérotoniques sont également utilisés. L'avorteur de Joëlle, 30 ans, a associé le « traumatisme » de l'œuf à une injection de Méthergin.

« Il a utilisé quelque chose, un fer pour écarter, et il a piqué dedans avec quelque chose. Il m'a dit qu'il a ouvert le col et que ça va couler. En même temps il y a un peu de sang qui a coulé ce jour-là. Le lendemain le sang ne coulait plus, ça s'est arrêté carrément. Le troisième jour, la douleur est arrivée. Il a dit de venir. Quand je suis retournée, il m'a piqué. Mais arrivée à la maison le sang ne coulait pas directement. C'est le lendemain que ça a commencé à couler. Ça venait, ce n'était pas du vrai sang. C'était mélangé bizarrement. Ça a continué comme ça, donc on est reparti le soir. Il a fait une autre piqûre encore. Et c'est après ça que le sang a commencé à couler beaucoup et on m'a amenée à l'hôpital ».

C'est au cours de sa prise en charge que j'ai su que le produit utilisé pour l'injection était du Méthergin car les femmes ne savent souvent pas la nature et le nom des produits utilisés. Le Misoprotol est lui aussi de plus en plus utilisé par les avorteurs clandestins non qualifiés par voie orale comme par voie vaginale. D'autres comprimés de nature non identifiée sont aussi évoqués comme pour Ève.

« Il m'a donné six comprimés, c'est gros comme ça, que d'avalier, que si je prends la nuit et puis je m'endors ça commencera à saigner dans la nuit même. Donc j'ai avalé et ça n'a rien fait. Le lendemain je l'ai appelé, il m'a dit d'attendre le surlendemain, j'ai attendu et toujours rien. Donc il m'a dit de venir prendre les comprimés encore. Je suis allée, il m'a donné et j'ai pris, six encore. Quand j'ai pris ça, ça a saigné un peu et ça s'est arrêté ».

Cette jeune femme n'a jamais su quel type de comprimés son avorteur lui a fait prendre. Généralement compris entre la somme de 30.000 Fr CFA et 50.000 Fr CFA, ce type d'avortement (dans cette catégorie d'offre) est celui qui semble le plus accessible aux femmes avec 17% de recours (Bankole et *al.*, 2013). La non prise en compte de l'âge de la gestation et la non maîtrise des gestes techniques et de la posologie, ainsi que le défaut d'hygiène font qu'une grande majorité se solde par des complications sous la forme d'infections, d'hémorragies, de perforation utérine (aboutissant à des hystérectomies), etc.

Les avorteurs « traditionnels »

Comme on l'a vu dans le parcours de Safia, il arrive que les femmes fassent recours aux services de thérapeutes dit traditionnels pour se faire avorter. Le nombre

d'avortements réalisés par cette catégorie d'avorteurs a été estimé en 2012 à 41% sur l'étendue du pays avec une majorité en milieu rural (Bankole et al., 2013). Parmi eux, on distingue les devins-guérisseurs offrant des services d'avortement ainsi que les guérisseurs non devins. Les devins-guérisseurs, *kinkirbagba*, à l'image de celui consulté par Safia, procèdent par la divination avant de prescrire les méthodes abortives. Consulter leurs génies, les *kinkirsi*, permettrait aux devins d'établir s'il s'agit d'enfants « avortables » ou d'enfants « non avortables ». La femme dans ces cas de figure n'aurait pas besoin de fournir à l'avorteur des informations sur la durée de la grossesse par exemple.

« Il m'a dit de ne rien dire, que ses kinkirsi vont lui dire depuis combien de temps je suis enceinte, et le sexe même de l'enfant même ».

Lorsqu'il diagnostique un enfant non avortable, son rôle serait de dissuader la femme afin de la préserver du risque de décès qu'implique l'avortement de ce type d'enfant. Quand il s'agit plutôt d'un enfant avortable, il se charge de fournir à la femme le remède approprié toujours sur l'instruction des *kinkirsi*. Le devin a diagnostiqué chez Safia un enfant « avortable ».

« Il a fait parler ses kinkirsi et quand il a fini il m'a dit qu'il y a une bonne nouvelle, que les génies disent qu'on peut enlever la grossesse, que mais si je veux je peux garder aussi, que ce sera un enfant qui va m'apporter le bonheur, que c'est une fille. Donc il m'a dit que c'est moi je dois décider maintenant ».

Ces propos laissent penser que cette consultation est manifestement aussi un lieu pour aider à mûrir la décision de la femme, et tenter, au demeurant, de lui faire revoir sa position vis-à-vis de l'avortement.

Du côté des thérapeutes ne disposant pas des dons de voyance, la femme est chargée de fournir les informations sur la durée de sa grossesse, et eux lui délivrent le remède nécessaire. Les remèdes dans les deux cas de figure sont essentiellement des décoctions ou des ovules à base de plantes abortives. Dans certains cas, ils peuvent être remis aux femmes pour être administrés à domicile avec les consignes nécessaires. Safia a bénéficié d'ovules qu'elle devait introduire dans son vagin une fois chez elle. Jacky, 18 ans, a eu droit elle aussi à des ovules qu'elle s'est auto-administré. L'avorteuse de Mata (élève de 18 ans) en revanche, applique, elle-même, le remède chez elle. Elle lui a

donné une décoction qu'elle a bue et a procédé à des manipulations visant à ouvrir le col de l'utérus et à y mettre un ovule.

« Je partais là-bas, elle met sa main là et elle me dit qu'elle va ouvrir le col pour mettre le médicament. Elle dit que moi je n'ai qu'à pousser elle va pouvoir ouvrir le col. Mais moi je n'arrivais pas à pousser, comme j'étais bouleversée en plus. Elle me demandait de faire comme un accouchement alors que je n'ai jamais accouché. Donc je ne pouvais pas, je ne pouvais pas faire ce qu'elle me demandait. Donc elle s'énervait, elle disait que beaucoup de femmes viennent là-bas, si elles viennent aujourd'hui seulement elle enlève ça sur place, mais moi je suis une petite. En plus ça faisait très mal, il y avait du sang. Donc je suis partie plus de trois fois, elle essayait chaque fois et me demandait de revenir le lendemain ».

Ce recours est présenté comme l'un des plus accessibles après celui de l'auto-avortement et celui des vendeurs ambulants de médicaments (qui sera décrit dans le point suivant). En effet, le coût excède rarement la somme de 25.000 Fr CFA. Safia a payé 10.000 Fr CFA pour la consultation et les ovules, et Mata, 15.000 Fr CFA pour la procédure. Néanmoins, les méthodes utilisées posent aussi des problèmes de dosage et sont désignées par les soignants qui délivrent les soins après avortement comme les méthodes les plus meurtrières. Jacky est restée dans le coma pendant une semaine environ, et deux autres jeunes femmes sont décédées d'une septicémie consécutive à des produits dits traditionnels.

Les vendeurs ambulants de médicaments

La dernière catégorie d'avorteurs évoquée par les femmes est celle de vendeurs informels de médicaments officiant dans les marchés de la capitale. Selon Yannick Jaffré (1999), ces vendeurs seraient généralement des analphabètes sans formation médicale particulière dont les connaissances consistent en des savoirs divers, et qui se sont engagés dans cette activité principalement parce qu'elles constituent pour eux une source de revenu, mais aussi un moyen de reconnaissance sociale. Ils vendent les médicaments à la demande, mais se chargent aussi de poser des diagnostics à partir des symptômes décrits par les clients et de leur vendre les médicaments nécessaires. Grâce à leurs connaissances (ou supposées connaissances) des médicaments, ils sont en mesure de suggérer aux femmes ceux qui sont susceptibles d'arrêter une grossesse. Afia,

l'étudiante de 20 ans, avant de rencontrer le médecin qui lui a fait son avortement, était d'abord passée par les vendeurs ambulants de médicaments parce qu'elle désespérait de trouver un avorteur.

« Comme personne ne voulait m'aider dans les centres de santé où je suis partie, je me suis dit que peut-être que si je vais voir les pharmacies par terre, comme ils ont beaucoup de médicaments, ils connaissent sûrement des médicaments qui peuvent faire avorter ».

Dans le marché proche de son campus, son choix se porta sur un des jeunes vendeurs.

« Il y avait d'autres vendeurs à côté de lui, je lui ai demandé si je pouvais lui parler à côté. Il a accepté, en disant que je veux le draguer ou bien (rires). Donc quand on s'est mis à l'écart, je lui ai expliqué mon problème, et il m'a dit que ça c'est pas compliqué, qu'il y a beaucoup de filles qui viennent pour ça, qu'il connaît le médicament qu'il faut ».

Le recours à ces vendeurs est motivé d'une part par leurs prix très abordables, et d'autre part par leur accessibilité. En effet, avec eux les jeunes femmes n'ont pas besoin d'être recommandées par autrui. Mais surtout, ils ont l'avantage de leur offrir la discrétion qu'elles recherchent. Yannick Jaffré (1999) montre que la connaissance réciproque des codes régissant les interactions marchandes « font du marché un prolongement public de l'espace privé, créant ainsi une continuité entre le plus intime d'une demande et le plus inconnu d'un traitement (...). L'espace social du marché semble protéger, mieux que les services de santé, la confidentialité et la pudeur des acheteurs. Paradoxalement, le brouhaha du marché préserve le secret, et certaines personnes, qui ont honte d'aller à l'hôpital pour expliquer leur maladie, préfèrent l'anonymat et la rapidité de la vente locale ». Afia a donc reçu du jeune vendeur une plaquette de médicaments qu'elle devait avaler.

« Il m'a donné une plaquette, je me souviens même plus du nom du médicament, il y avait 20 comprimés dessus. Il m'avait dit de prendre six comprimés d'un coup et six le lendemain, que si je prends, deux ou trois jours après ça va couler. J'ai pris une fois les six mais il n'y a rien eu ».

La consultation et le médicament lui ont coûté la somme de 500Fr CFA. Pour d'autres, il s'agit de comprimés qu'elles doivent introduire dans le vagin à domicile. Cependant,

ces produits ne sont pas toujours efficaces, ou encore peuvent mettre en danger la vie des utilisatrices.

En somme, les femmes en quête d'avortement s'en remettent à une diversité de « professionnels » opérant dans l'ombre et utilisant les ressources de la médecine biomédicale et celle de la médecine locale. Ces avorteurs clandestins parviennent pour certains à offrir des avortements sécurisés aux femmes, et dans la majorité des cas à simplement enclencher le processus et ouvrir la voie aux soins après avortements. Si l'« aide », la compassion, le désir de préserver des vies, mais aussi l'appât du gain sont les éléments qui régissent cet univers de l'ombre, les discours des jeunes femmes le dépeignent aussi comme un lieu de violence. En effet, les jeunes femmes évoquent des scènes de violence sous toutes ses formes. Elles se déclinent tout d'abord sous la forme de dérobades des avorteurs devant les appels de détresse après qu'ils aient procédé à une première manœuvre et encaissé l'argent, comme l'illustre le cas de Joëlle, 30 ans. Après que l'avorteur lui ait injecté pour la troisième fois le Méthergin, une hémorragie s'est déclenchée le lendemain et espérant trouver secours auprès de lui, elle a très vite déchanté.

« Il y avait du sang partout, ça coulait beaucoup, beaucoup ! C'est là mon chéri m'a prise pour qu'on retourne le voir dans son cabinet. Quand on est arrivé, il m'a rejetée, qu'il y a trop de monde, qu'on n'a qu'à revenir demain et de l'appeler avant de venir. Le lendemain matin mon mari l'a appelé, il dit que c'est fermé aujourd'hui, que si c'est pas demain lui il ne peut rien faire pour moi ».

Joëlle et son conjoint ont achevé leur parcours dans un CSPS devant l'ampleur des saignements. Par moment, ce sont des violences verbales comme le relate Prisca, 23 ans.

« Il m'a dit de rentrer dans la salle, moi j'ai demandé à ma copine de me suivre, il me dit que moi je suis bête non ? Que pourquoi ma copine va me suivre ? Que quand tu baisais là, elle était là-bas ? Donc je suis rentrée seule. (...) Il a pris quelque chose comme une pince pour pincer dans mon sexe, et il a pris un fer et il a mis dedans. Donc quand il a fait ça net, mes reins ont commencé à me faire mal et j'ai commencé à crier et à pleurer. Je dis qu'est-ce que vous m'avez fait ? Il dit ouais, que quand tu niquais là tu savais pas, et puis aujourd'hui on veut t'aider et au lieu de supporter tu cries dans les oreilles des gens ».

Certaines jeunes femmes ont aussi fait cas d'abus sexuel. Safia m'a avoué que l'avorteur qui lui a mis les comprimés dans l'utérus lui a proposé de coucher avec elle avant la procédure.

« Il a dit qu'il faut qu'il me pénètre, que l'excitation va permettre au col de s'ouvrir et il va pouvoir faire l'avortement, mais j'ai refusé. Donc il l'a fait avec son doigt ».

Il s'agit d'une violence qui transcende l'image de l'aide et de la compassion souvent mis en avant. Tout fonctionne comme si ces avorteurs étaient partagés entre leurs convictions morales et l'opportunité financière qu'offre une pratique qu'ils reprouvent. Généralement l'opportunité financière triomphe, et ils pratiquent alors les avortements sans les assumer, et les femmes font les frais de la tension interne qu'ils vivent. Face à des jeunes femmes vulnérables, désorientées et prêtes à endurer toutes les formes d'abus pour se faire avorter, et qui parallèlement ne se sentent pas en droit de les dénoncer parce qu'elles sont en infraction, les avorteurs clandestins en tirent profit en leur faisant subir toutes formes d'humiliations et d'abus, sans être inquiétés.

Après cette description des circuits et des acteurs mobilisés, il s'agira dans le point suivant de saisir le type d'avortement dont chacune des femmes est susceptible de bénéficier à partir de leurs ressources.

5.3. Quand les ressources relationnelles et économiques déterminent l'accès à l'avortement

5.3.1. À ressources inégales, accès inégal aux soins

Les inégalités au sein des humains ont toujours fait l'objet d'une attention et sont perçues comme étant au fondement des stratifications dans les sociétés. L'inégalité dont il est question ici est celle que Jean-Jacques Rousseau (1754, p. 20) nommait « inégalité morale ou politique », parce que celle-ci contrairement à l'inégalité naturelle « dépend d'une sorte de convention, et qui consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même de s'en faire obéir ». Les déclarations des Nations Unies sur les droits humains ou les différents indicateurs de mesure comme l'Indice de Développement Humain instauré par le PNUD s'attèlent à relever ces différences et à y trouver des solutions. Du niveau macro (d'un pays à un autre, d'une région de la terre à

une autre), au niveau micro (d'une communauté à une autre au sein d'un même pays, ou d'un individu à un autre), ces inégalités se font ressentir dans divers champs dont celui de la santé. Les inégalités sociales de santé qui sont définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (IGASS, 2011, p.7) stipulent l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ces inégalités dans le champ de la santé ne relèvent pas seulement de la biologie, mais aussi et surtout des déterminants socialement construits (Aïach, 2000). Ainsi, à côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires, les comportements individuels, les conditions de vie et de travail, les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants le plus souvent identifiées et considérées comme susceptibles d'avoir une incidence sur l'état de santé des individus.

Un peu partout dans le monde, il existe des gradients sociaux tangibles en matière de santé. Et les associations sont toujours unidirectionnelles, à savoir que plus on est pauvre ou plus on a un statut inférieur dans la hiérarchie sociale, plus les probabilités d'avoir des difficultés sur le plan sanitaire sont élevées. Cela est particulièrement patent pour des indicateurs tels que le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité maternelle, l'espérance de vie, etc. Les populations des pays pauvres sont connues par exemple pour avoir une espérance de vie plus faible que celle des pays développés : par exemple 83 ans pour la France contre 56 ans pour le Burkina Faso en 2012.

Les disparités en matière de santé et de longévité suivant le statut socio-économique et la nature des relations sociales ont été démontrées dans différentes études en sciences sociales et médicales (Eboko, Grenier-Torres & Mestre, 2002 ; Goldman, 2001 ; Lombrail & Pascal, 2005 ; Murali & Oyebode, 2004). Qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, ces travaux dans leur ensemble révèlent que les disparités observées en matière de santé sont entraînées en grande partie par un ensemble complexe de processus causaux parmi lesquels les déterminants sociaux occuperaient une place importante. Les facteurs sociaux (entendons par là le réseau relationnel, le niveau de scolarisation, le statut dans la hiérarchie sociale, la situation économique, etc.) détermineraient des degrés variable de vulnérabilité face aux risques exposant ainsi davantage certaines populations contrairement à d'autres. Les facteurs de risque peuvent être aussi bien le nombre de cigarettes fumées, l'incapacité à souscrire une assurance santé, une méconnaissance des facteurs d'exposition, ou tout simplement l'incapacité à

subvenir à ses besoins vitaux, mais également des comportements tels les pratiques sexuelles à risque, les mauvaises habitudes alimentaires (manger des aliments riches en matières grasses), etc. Ces facteurs de risque influent ainsi sur la probabilité que l'on a de contracter ou non une pathologie donnée.

L'avortement provoqué en tant que pratique peut permettre d'illustrer la manière dont le positionnement social, la pauvreté, le niveau d'instruction et autres variables peuvent mettre des personnes dans une situation de vulnérabilité face à un même risque, celui de l'avortement clandestin. Sur le sujet, des travaux ont montré que les femmes pauvres avaient souvent des difficultés à réunir les fonds nécessaires pour financer l'interruption de leur grossesse, ce qui les oblige à avorter tardivement avec des méthodes non sécurisées et à s'exposer tout particulièrement à des risques (Bankole *et al.*, 2013 ; Jones, Upadhyay & Weitz, 2013 ; Toulemon & Leridon, 1992). Patrick Thonneau (2001) explique, à ce titre, que « le risque de mourir d'un avortement est de 1 pour 150 en Afrique par exemple, alors qu'il n'est que de 1 sur 150.000 aux États-Unis et en Europe ». Et cette situation s'expliquerait par des lois restrictives, mais aussi par les contraintes financières.

Les trajectoires d'avortement mises à jour par ce travail permettent de poursuivre la réflexion sur ces inégalités d'accès aux services d'avortement dans un contexte de restriction juridique autour de la pratique. L'ethnographie fine de deux parcours d'avortement, ceux d'Aline et de Tenin, aide à éclairer les mécanismes des déterminants ébauchés jusqu'ici et contribue ainsi à rendre visible ce qui dans ce champ est de l'ordre de « l'impondérable et de l'invisible » pour reprendre les termes de Didier Fassin (2000). En effet, il explique que lorsque la recherche qualitative est appliquée au champ des inégalités sociales, à travers ses outils tels les études de cas ou l'observation, elle permet de révéler des éléments assurément utiles à l'étude des inégalités et qui échappent généralement aux outils des méthodes quantitatives : « Cette part insaisissable, ou tout au moins insaisie, dans les enquêtes statistiques, on peut l'analyser selon deux catégories : ce qui se prête mal à la mesure et que l'on peut désigner comme impondérable (ou difficilement chiffrable) ; ce qui passe *a priori* inaperçu et que l'on peut considérer comme invisible (ou partiellement occulté). Les techniques qualitatives peuvent donc avoir cette double fonction d'identifier l'impondérable et de dévoiler l'invisible » (Fassin, 2000, p. 128).

5.3.2. Deux parcours différenciés d'avortement

5.3.2.1. La lutte d'Aline pour un avortement sécurisé

Aline est une jeune femme célibataire de 26 ans. Fille unique d'un cadre dans une ONG et d'une ménagère, elle était étudiante en droit et travaillait comme caissière (à temps partiel) dans une société de transport avec un salaire mensuel de 150.000 Fr CFA. Elle bénéficiait également du soutien financier de ses parents et de son compagnon avec qui elle entretenait une relation depuis trois ans. Avec son compagnon, informaticien, ils ont ensemble des projets « à long terme ».

« C'est officiel, nos parents savent qu'on est ensemble, mes parents ont accepté, ses parents également ont accepté, il n'y a pas de problème. On envisage le mariage en tout cas, mais maintenant tout va dépendre des éléments à venir. Comme on ne sait jamais ce qui peut arriver ».

C'est le premier homme avec qui elle entretient une relation intime, auparavant c'était des flirts. Il s'agit d'une relation qu'elle ne considère pas comme une fin en soi.

« Actuellement il y a des femmes qui sont déterminées, celles qui ne s'adonnent pas à ces choses-là, c'est comme si tu te dis « avec ou sans lui la vie continue ». Donc c'est un truc comme ça. Quand je dis moyennement, je lui ai toujours dit, "faut pas croire que si nous on se quitte je vais passer tout mon temps à pleurer. Le même soir là, tu vas me voir en boîte". Il me dit "ah bon ?". C'est une décision que j'ai prise comme ça, parce que j'ai vu que les relations amoureuses ça joue sur beaucoup de personnes, être désespérée, ne même plus avoir goût à la vie. Moi c'est pas mon genre et mon copain sait ».

Elle n'avait pas de projet d'enfant, aussi, lorsqu'elle se retrouva accidentellement enceinte (bris du préservatif), elle décida qu'elle n'était pas prête et qu'il fallait avorter. Son copain malgré son désir de paternité, accepta sa décision. Elle était alors à trois semaines de grossesse lorsqu'elle fit le test de grossesse.

« J'ai attendu mes règles pendant une semaine et c'est pas venu. Je regardais mes seins, ça commençait à gonfler. Donc je suis allée à la pharmacie, j'ai pris le test la nuit, la pharmacienne m'a dit que pour que ce soit fiable il faut que ce soit les premières urines du matin, et c'est lui-même qui m'a réveillée le matin. Je dormais, et il m'a demandé si j'ai fait, je dis non, il n'a qu'à attendre je vais faire

ça en quelques minutes et je vais le rappeler. Donc j'ai fait ça et je l'ai rappelé et je lui ai dit. Il m'a dit qu'est-ce qu'on fait ? Je dis non, qu'est-ce qu'on peut faire après ce que je t'ai dit là ? Puisqu'on en avait déjà discuté, il savait que je ne voulais pas d'enfant maintenant, donc il n'a pas insisté. Il m'a dit qu'il ne peut pas m'obliger à garder un enfant, que c'est pas que lui il n'est pas prêt, que mais si ça va me déranger je peux avorter, que. Il m'a dit "Rassure toi, je vais assumer tous les frais, quel que soit le prix, je vais payer, donc n'hésite pas" ».

Elle était consciente de la situation de l'avortement au Burkina et également des risques qu'elle encourait en tentant un avortement provoqué dans ce contexte.

« Comme la loi n'autorise pas je sais qu'il y a des risques, et j'avais entendu parler de ces risques. Mais je savais aussi que c'était possible d'avoir un avortement sans risque, il y a des possibilités pour faire un avortement et puis la femme s'en sort sans problème. Donc j'étais prête à tout pour avoir ce genre d'avortement. La loi oh, ce que les gens allaient penser oh, c'était pas mon problème, l'essentiel c'était d'avoir un avortement sûr, avortement anarchique par des mécaniciens-là je ne voulais pas ça ».

Aussi, elle décida de défier la loi et la réprobation sociale de l'avortement pour bénéficier d'un avortement sécurisé.

« Je me suis levée en même temps, je suis partie au CSPS de X, j'ai vu un monsieur là-bas, un infirmier je lui ai expliqué le problème. Il me dit qu'eux ils ne peuvent pas faire ça. Je lui ai dit "c'est pas que vous ne pouvez pas faire ça, s'il y a une urgence, si une femme est enceinte et sa vie est en danger, et il faut choisir entre l'enfant et la femme, je sais que vous pouvez choisir de couler la grossesse. Mais comme pour moi c'est un truc comme ça là, c'est pour ça que vous refusez". Il m'a dit que moi ma vie n'est pas en danger. Je dis "je sais, mais dans tous les cas moi je ne vais pas faire un avortement anarchique comme, je veux que ce soit suivi, bien fait". Et il me dit que moi je parle comme ça, que je suis courageuse hein, que je sais que l'avortement est interdit dans le pays ? Je dis "je sais, moi je fais le droit et je sais qu'il y a des cas où c'est possible, et surtout que la grossesse n'est pas avancée. Je ne suis pas pharmacienne, mais je sais que ça là on n'a pas besoin de faire quelque chose de grand, c'est juste des produits" ».

L'infirmier finit par céder devant sa détermination et ses arguments.

« Il me dit que lui il ne peut pas, que c'est interdit, que mais lui il a une voisine qui est pharmacienne qui dit qu'elle connaît un produit qui peut faire couler la grossesse, mais sans ordonnance on ne peut pas avoir ça, et lui il ne connaît pas le nom du médicament. Je lui ai dit de voir avec sa voisine pour qu'elle lui donne juste le nom du médicament, et je vais m'arranger pour trouver l'ordonnance. Donc il a appelé la voisine là et elle lui a donné le nom, que Cytotec comprimés ».

Avec le nom du produit, elle se lança à la quête d'une ordonnance, et son choix se porta sur un CMA.

« Je suis allée dans un CMA, j'ai lu sur les portes des bureaux pour chercher des médecins, et je frappais en même temps. Donc il y a un qui a fini par ouvrir et je suis rentrée et j'ai expliqué mon problème. Il m'a dit, "eh ma sœur, ça c'est le privé qui s'occupe de ça, il faut peut-être voir avec les cliniques et autres, ils peuvent te faire ça". Je lui ai expliqué que j'ai le nom d'un produit qui peut bien faire ça et que j'ai juste besoin d'une ordonnance pour pouvoir l'acheter. Il m'a regardé pendant un moment et il a fini par me dire ok, que c'est juste pour m'aider, et puis comme la grossesse n'est pas de ma faute, c'est un accident, il va m'aider, si c'est l'ordonnance que je veux, lui il va faire l'ordonnance pour moi. Il a même été gentil, il est allé se renseigner avec un collègue pour venir me dire combien je devais prendre. Et il m'a dit que dès que je commence à saigner, de partir dans un centre de santé pour qu'on vérifie que tout est bien sorti ».

La recherche de la méthode sécurisée et d'un prescripteur lui a pris en tout une demi-journée.

« J'ai fait le test à 7 heures, je me suis levée, je me suis lavée en même temps, j'ai pris ma moto et je suis sortie, et à 11 heures et quelques j'avais déjà mon ordonnance ».

Avec l'ordonnance, elle se rendit dans une officine, acheta le Cytotec à 5000Fr CFA, et suivit les instructions du médecin.

« J'ai acheté le produit vers 13 heures, donc il fallait attendre le soir pour prendre les deux premiers produits, donc j'ai pris ça, et j'avais seulement des

contractions, et le lendemain à 9 heures j'ai pris les deux autres, et j'ai commencé à saigner. Dès que j'ai commencé à saigner j'ai appelé mon chéri, je lui ai dit que j'ai commencé à saigner et il faut que je parte à l'hôpital pour qu'on vérifie. Il me dit tu vas aller où ? Tu n'as pas peur ? Je dis je sais qu'on va m'insulter mais il faut que ce soit comme ça, parce que si je traîne avec ça je vais me créer des problèmes ».

Son choix se porta sur FS3, et une fois sur place, elle confia dès l'accueil qu'elle avait tenté un avortement.

« Je suis venue, j'ai pris un numéro, j'ai attendu mon tour, j'avais même le produit dans mon sac et j'avais même mon test de grossesse aussi. Donc quand mon tour est arrivé, j'ai dit "madame j'ai un problème", elle dit quoi ?, je montre mon test de grossesse, et je dis "mais il y a ça aussi", et je montre le Cytotec. Elle me dit "tu as tenté d'avorter ?", je dis oui. Il y avait une autre dame, elles ont commencé à crier. J'étais assise, je les regardais seulement. Mon souci c'était qu'on me soigne seulement ».

Elle paya 7000 Fr CFA pour une échographie, 3000 Fr CFA pour la consultation et les comprimés supplémentaires de Cytotec qu'elle devait prendre, ainsi que 2075 Fr CFA de frais d'ordonnance pour un traitement contre une éventuelle infection. Lorsqu'elle retourna une semaine après pour son rendez-vous de contrôle, la sage-femme conclut que tous les débris ovulaires étaient évacués et que l'avortement était à présent complet.

5.3.2.2. Tenin et sa longue tentative pour avorter

Tenin, quant à elle, est une jeune femme célibataire de 25 ans qui a un niveau scolaire de la classe de CE1. Issue d'une famille polygame de l'ouest du Burkina Faso, elle a immigré dans la capitale, Ouagadougou, à l'âge de 10 ans pour chercher un emploi. Au moment de notre rencontre, elle travaillait comme serveuse dans un bar avec un salaire mensuel de 25.000 Fr CFA, et essayait avec ce salaire de subvenir à ses besoins, à ceux de ses deux enfants issus de précédentes liaisons, et aussi à ceux de sa mère et de ses sœurs. Elle entretenait depuis cinq ans une liaison amoureuse avec un homme marié qui l'aidait financièrement et payait le loyer du studio dans lequel elle vivait. En août 2011, suite à une erreur dans le calcul de sa période d'ovulation, elle se

retrouva enceinte. Après une analyse rapide de sa situation, elle décida qu'elle ne pouvait pas garder la grossesse.

« Je devais être enceinte d'à peu près un mois quand j'ai fait le test de grossesse dans le CSPS. J'ai informé mon copain le lendemain, je lui ai dit que je suis enceinte, mais je ne peux pas garder ça, je vais avorter. Il dit non, que de faire pardon, de ne pas enlever la grossesse. Je dis "toi tu ne parles pas de mariage, j'ai déjà deux enfants et tu me dis de garder. Walai ! je ne peux pas, et si tu changes d'avis, je vais faire comment ?". Il a insisté, parler, parler, comme je voulais la paix, je lui ai fait croire que j'allais garder. Et j'ai commencé à essayer d'avorter en cachette. J'ai d'abord mélangé la bière et le Nescafé pour boire, il paraît que ça fait avorter. Mais j'ai attendu une semaine en vain, ça n'a rien fait. Donc j'ai décidé d'en parler avec une des filles qui travaillent dans le bar avec moi, j'avais appris une fois qu'elle avait avorté, donc je suis allée la voir pour savoir ce qu'elle avait utilisé. Elle a été gentille, elle m'a conseillée de prendre ce qui est dans le fruit de la calebasse pour bouillir et puis boire, que la grossesse va sortir vite. Moi j'ai cru qu'elle venait de sauver ma vie, djaaa ! c'est ma tombe qu'elle venait de creuser. C'était du poison ! Quand j'ai bu ça, si je vomis c'est du sang seulement que tu vois, quand je chie c'est du sang. Les toilettes étaient pleines de sang. Au nom de Dieu il restait un peu j'allais mourir, je me suis évanouie deux fois même, c'est la deuxième fois on m'a amenée à l'hôpital ».

Sa sœur, présente au moment des faits, appela son compagnon qui arriva environ une heure après et elle fut conduite dans un CSPS. Là-bas, les sages-femmes devant la gravité de son état décidèrent de l'évacuer vers le centre hospitalier universitaire. Au CHU elle bénéficia d'une prise en charge immédiate.

« Ils m'ont demandé ce que j'ai fait pour être dans cet état. Moi je n'ai pas caché, je leur ai dit que j'ai essayé d'avorter. Ma sœur m'a dit en cachette "tu es folle ? Il ne faut pas leur dire ça sinon tu auras des problèmes". Je lui ai dit que je m'en fous, je ne veux pas mourir, si je ne leur dis pas tout, ils ne pourront pas bien me soigner ».

Elle quitta l'hôpital après une semaine d'hospitalisation avec des frais de soins de l'ordre de 87.000 Fr CFA, et convaincue de s'être enfin débarrassée de sa grossesse. Cependant, elle réalisa deux mois après que ce n'était pas le cas.

« Quand j'ai quitté l'hôpital là, je mangeais bien, je n'ai pas de nausées, je ne vomis pas, je ne crache pas. Donc je me disais que c'était fini. Je n'ai même pas contrôlé mon cycle. Tu vois non ? Je marchais seulement, pour moi c'était fini. Jusqu'à un jour, j'étais assise, mes yeux-là tournent, vertige. J'ai dit à ma mère que je ne me sens pas bien, je dis je vais aller à l'hôpital pour voir. Je suis arrivée dans le CSPS, le docteur là a regardé, il me dit que l'enfant est toujours là, qu'il vaut trois mois et quelques jours comme ça. Je dis quoi? Il est là ? Je dis au docteur de répéter encore, que ce n'est pas vrai. Je dis donc moi je suis enceinte et puis je marche comme ça ? Il me dit que j'ai gros bébé dans mon ventre. Je suis repartie chez moi. Ma mère me demande comment ça s'est passé, je ne peux pas lui dire parce que si je lui dis, elle va m'empêcher de faire. Or l'enfant-là je ne veux pas de lui ».

Après cette découverte consternante, elle se relança dans la recherche d'un avorteur. Elle en parla de nouveau à la même fille qui lui avait conseillé le fruit de la calebasse, précisant qu'elle voulait cette fois-ci un spécialiste. La fille lui donna l'adresse d'une clinique où elle se rendit.

« Quand je suis allée dans la clinique en question, c'était une petite clinique, ils m'ont dit qu'eux ils ne peuvent pas faire, que quand la grossesse dépasse trois mois eux ils ne peuvent plus, que c'est trop tard. Comme je pleurais ils m'ont donné le nom d'une autre clinique d'aller voir là-bas. Là-bas aussi ils m'ont dit la même chose. C'est comme ça j'ai tourné jusqu'à et j'ai fini par trouver cette grande clinique où le Docteur m'a dit qu'il peut faire mais je vais payer 65.000 Fr. J'ai crié "65.000 Fr ? Je vais trouver ça où ?". Je n'avais plus de travail en ce moment-là, avec l'hospitalisation le patron m'avait dit de laisser le travail. Quand j'ai quitté chez le docteur, je suis retournée chez mon ancien patron pour lui dire de faire à cause de Dieu et me reprendre. Il a accepté et j'ai recommencé à travailler. J'ai économisé un mois, deux mois, et finalement j'ai gagné 50.000 Fr. Je suis retournée chez le docteur pour lui demander d'accepter les 50.000 Fr. Il a eu pitié de moi, que de savoir que c'est pour me rendre service, sinon 50.000 Fr ne peuvent pas suffire pour faire avortement. Mais il m'a dit que je vais payer les médicaments moi-même. J'ai accepté ».

Elle décrit cette tentative comme particulièrement douloureuse et compliquée. L'intervention aurait duré trois jours.

« Comme la grossesse avait plus de cinq mois, le docteur a eu du mal à l'enlever. Il a essayé pendant trois jours, je venais et je repartais chez moi. Le troisième jour il a fini par réussir, et ce jour-là, vraiment c'était dur, j'ai eu mal, j'ai pleuré et quand il a fini je ne pouvais même plus marcher. Comment rentrer chez moi ? Donc j'étais obligée d'appeler mon copain, je lui ai indiqué le lieu et il est venu me prendre. Sur la route il a passé le temps à me demander ce qu'il y a, pourquoi je suis comme ça ? Quand nous sommes arrivés chez moi, je me suis mise à genoux devant lui, je tremblais, il me dit "y a quoi ?". Je dis "pardon, je ne voulais pas mais je n'avais pas le choix, mais à cause de Dieu et de ta mère il faut m'aider, sinon je vais mourir". Il me dit que j'ai fait quoi, je lui réponds que j'ai avorté, qu'il n'a qu'à me pardonner, et que j'ai besoin de son aide pour acheter des médicaments sinon je vais mourir. Au début il voulait rien entendre, que je n'ai qu'à mourir, qu'il va aller à la police, après il a fini par se calmer. Vraiment il a été gentil, il m'a aidée et il m'a pardonnée. Maintenant je vais bien ».

5.3.3. L'avortement à risque, une affaire des femmes « pauvres » ?

Après avoir été confrontées à une même situation, en l'occurrence la grossesse non planifiée et le choix de l'interrompre, ces jeunes femmes ont emprunté des itinéraires tout aussi contrastés que leurs biographies pour se faire avorter. Aline a réussi à se faire avorter au bout d'une semaine pour un montant de 17075 Fr FCA, tandis que Tenin, après avoir découvert sa grossesse quasiment au même âge gestationnel que celui d'Aline, a eu son avortement cinq mois plus tard, après plusieurs tentatives et pour un montant d'environ 186.000 Fr CFA. À travers leurs itinéraires on perçoit ainsi une exposition différenciée aux mêmes facteurs de risque qui sont ceux de l'avortement illégal et qui peut s'expliquer par les ressources dont elles disposaient dans ces parcours.

5.3.3.1. Des ressources socio-économiques inégales

Comme Tenin, de nombreuses femmes dans les pays pauvres ont un accès très limité à l'éducation, à l'emploi, et ont aussi une faible marge de manœuvre décisionnelle. Au Burkina Faso, malgré les politiques visant à améliorer les tendances,

les jeunes filles demeurent toujours moins scolarisées que les garçons et sont également plus touchées par la déscolarisation (INSD, 2008). Il en est de même pour le taux d'inactivité ou de chômage. En conséquence, la plupart des jeunes vivent dans des conditions précaires et dépendent de leurs parents. Néanmoins, certaines femmes parviennent à se sortir du lot des jeunes précaires, le plus souvent parce qu'elles sont issues de familles assez aisées comme celle d'Aline. Sur les 46 femmes interrogées, seules neuf avaient des conditions économiques similaires à celle d'Aline parce qu'elles sont issues de milieux favorisés ou exercent une activité qui leur procure un revenu conséquent pour subvenir à leurs besoins. Toutefois, cela ne les empêche pas d'être confrontées à des grossesses qu'elles choisissent d'interrompre tout comme leurs congénères vivant dans des conditions économiques précaires. Les grossesses non désirées (qu'elles soient non planifiées ou planifiées) sont une réalité commune à toutes ces catégories de femmes, de même que la décision d'interrompre ce type de grossesse comme on a pu le voir dans la première partie. Néanmoins, les parcours d'avortement et les degrés d'exposition aux risques de l'avortement non sécurisé ne sont pas les mêmes pour toutes ces jeunes femmes.

5.3.3.2. Une exposition différenciée au risque de l'avortement provoqué clandestin

Du fait de la restriction juridique et de la forte réprobation sociale, les femmes qui décident d'interrompre leur grossesse sont confrontées au même potentiel risque social (risque de poursuites et de stigmatisation) et sanitaire (du fait de soins clandestins non sécurisés précédemment décrits). Cependant, les ressources personnelles des femmes permettent d'observer des différences dans leur vulnérabilité face à ces risques potentiels. En effet, le niveau d'instruction, la situation financière, le degré d'adhésion aux normes sociales, les réseaux sociaux, etc. ont une influence significative sur les délais pour parvenir à interrompre une grossesse de manière efficace. Comme nous l'avons vu dans le cas d'Aline, elle a décidé de braver l'interdiction de la loi et la réprobation sociale, et leurs conséquences - risque de poursuites, risque de stigmatisation et de rejet par la famille et l'entourage - pour bénéficier d'un avortement sécurisé. Sa situation peut se justifier par son autonomie financière (qui la met à l'abri d'une rupture de soutien financier en cas de rejet), son niveau d'instruction (elle est étudiante en droit, a connaissance de la loi sur l'avortement et ses failles, et peut trouver les arguments nécessaires pour convaincre un agent de santé à l'aider), sa position dans sa relation amoureuse (un atout pour convaincre rapidement son petit ami à accepter sa

décision). En revanche, Tenin était dans une situation tout à fait différente : elle dépendait financièrement de son petit ami, avait un niveau d'instruction plus faible et était dans une intense logique de dissimulation de son avortement en raison des conséquences que cela pouvait avoir sur son réseau social. Les femmes qui, comme Tenin, sont dans une situation de dépendance (résidentielle, économique, décisionnelle), et dans une précarité économique et sociale à cause de leur grossesse (fragilisation de leurs liens sociaux) choisissent l'avortement clandestin pour garder leur avortement secret et éviter le rejet et la rupture de soutien dans un contexte de dépendance. Et comme elles n'ont généralement pas les ressources économiques et sociales nécessaires pour prétendre à un avortement clandestin sécurisé, elles se contentent des recours risqués précédemment décrits. La situation est encore pire chez les adolescentes et jeunes filles célibataires. Mata, élève de 18 ans, a mis comme Tenin cinq mois pour avorter parce qu'elle a tout d'abord hésité avant de prendre la décision et qu'ensuite elle n'avait pas les ressources financières nécessaires. Sa famille et celle de son petit ami étant opposées à l'avortement, elle avait été privée d'argent pour éviter qu'elle n'avorte en cachette. Elle a dû développer des astuces pour réunir assez d'argent pour se payer les services d'une tradithérapeute. Par conséquent, ces jeunes femmes avortent souvent tardivement en utilisant des méthodes peu fiables (Guillaume, 2004). Elles tentent d'abord de s'auto-avorter et lorsque ces méthodes échouent, elles ont recours à des avorteurs. Cette démarche peut s'avérer longue en raison des difficultés à les identifier et à cause du manque de moyens pour payer les frais comme on l'a vu dans le cas de Tenin et de Mata. Parfois, le processus de la prise de décision d'interrompre la grossesse peut s'étendre lui aussi, surtout dans le cas des intentions de fécondité floues et conflictuelles (Rossier et *al.*, 2013) ou des grossesses « pièges » évoquées en première partie. Les jeunes femmes célibataires dans cette situation ont tendance à retarder la décision avec l'espoir que le partenaire accepte la grossesse. Ces différents facteurs peuvent retarder l'interruption de la grossesse, alors que l'avortement s'inscrit dans la catégorie des « soins semi-urgents » qui en tant que tels nécessitent une intervention urgente en raison de l'augmentation des risques de complications à mesure que l'âge de la gestation avance (Henshaw, 1995).

Il convient de noter que l'avortement sans risque n'est pas toujours le plus cher. Les femmes ayant de faibles ressources n'ont pas la possibilité de payer pour un avortement sécurisé en raison de son coût généralement élevé, mais l'addition des frais

qu'elles engagent tout au long de leur itinéraire montre qu'elles payent plus cher à la fin du parcours. En somme, les plus pauvres paient toujours plus (en termes de coût et de conséquences), prennent plus de temps pour se faire avorter et sont plus exposées aux avortements à risque.

Conclusion

La débrouille pour avorter à Ouagadougou met en lumière une pluralité de méthodes et d'itinéraires qui peuvent se résumer dans le graphique suivant.

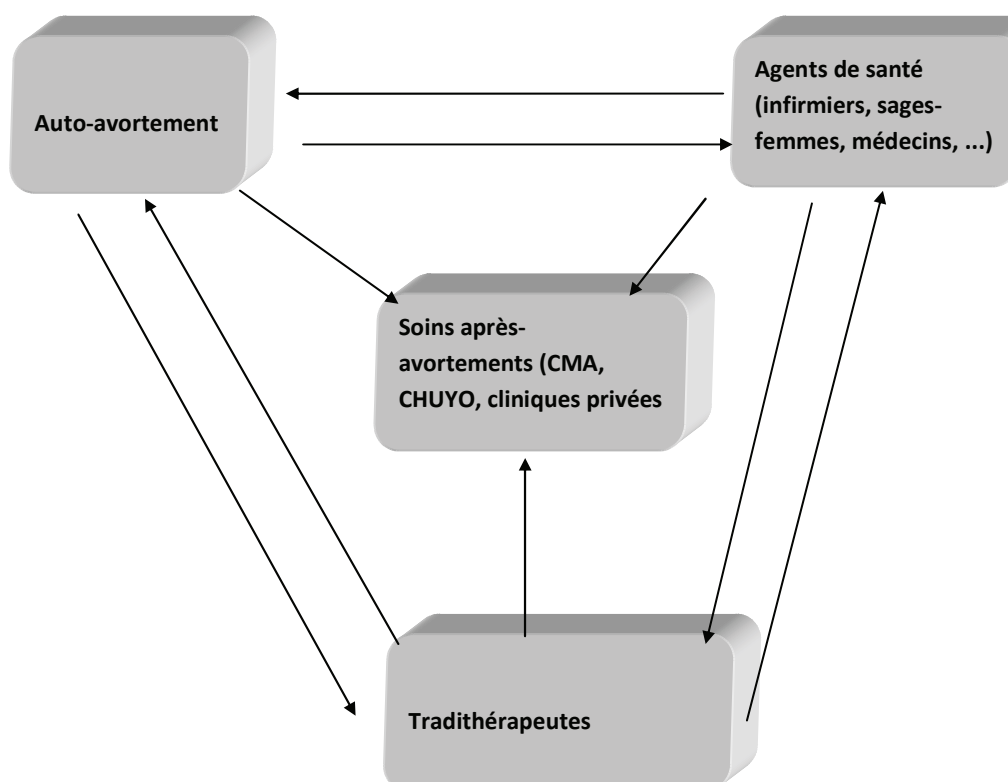


Figure 6 : Méthodes et itinéraires d'IVG

Il s'agit bien souvent de recours imbriqués, qui se chevauchent et se complètent, qui impliquent différents acteurs. Ce sont aussi des parcours de l'ombre dans lesquels l'on « s'entraide », et où négociations, accords tacites et rémunération accompagnent les services. La finalité est de parvenir à un avortement efficace (sans complication ni séquelle) et discret. Initialement, les recours en situation d'offres variées de soins sont orientés par des facteurs divers tels l'« efficacité », le type de pathologie en présence, l'accessibilité (géographique, économique), etc. Dans le cas de l'avortement le facteur prédominant est la question de l'accessibilité (savoir vers qui aller ou quoi utiliser, ainsi

que le coût). Les choix opérés traduisent des actions individuelles visant à contourner des règles sociales et juridiques qui restreignent le recours à une pratique.

Ce travail permet en outre d'approfondir la réflexion autour du modèle *therapy managing group* de John Janzen (1995). En effet, suivant le type de maladie ou de problème en présence, mais également du contexte (urbain ou rural), la recherche de solution permettant la formation du groupe peut induire différentes figures qui rompent avec l'unicité du modèle de John Janzen. Ainsi, le problème déviant et stigmatisé que constitue la quête de l'avortement donne à voir un groupe restreint, voire aucun groupe, la femme choisissant de rechercher seule les solutions à son problème. Le groupe restreint qui en résulte se démarque du modèle traditionnel basé sur les liens de familles, en se fondant davantage sur les affinités et jeux de solidarité interindividuelle propre au contexte urbain et qui s'inscrivent dans la dynamique du processus d'individualisation observé dans les sociétés africaines (Marie, 1997).

Pour finir, l'objet avortement constitue un catalyseur des disparités sociales de santé. Les parcours des femmes en situation d'avortement montrent en effet des inégalités se mesurant à l'aune des difficultés d'accès aux soins et des délais dans les recours d'une part, ainsi que les conséquences de l'avortement de l'autre. Ainsi, les femmes les plus pauvres, parmi lesquelles figurent majoritairement les adolescentes et les jeunes femmes, payent le lourd tribut de ces avortements en termes financiers, sanitaires et sociaux. La faiblesse de leurs ressources les oblige à multiplier des recours risqués qui leurs reviennent plus chers à terme. Ces services d'avortement non médicalisés les exposent ensuite à des complications graves voire à des décès. Aussi, elles sont-elles celles qui s'exposent le plus à la stigmatisation parce que leur avortement devient public avec la complication, contrairement aux femmes qui ont accès à un avortement sécurisé et qui par conséquent évitent la publicisation de leur avortement et arrivent à se soustraire à la stigmatisation. Qu'en est-il de leur accès aux services de soins après avortement ? C'est cette problématique que j'appréhenderai dans le dernier chapitre de ce travail.

Chapitre 6 - De l'ombre à la lumière. Perceptions des soins après avortement et logiques de recours

Quand une banale douleur au cœur se termine tragiquement. Histoire d'un itinéraire de soins

Assia était âgée de 17 ans et élève en classe de troisième dans un lycée de la ville de Ouagadougou. Elle était issue d'une famille monogame *peul* et était la deuxième d'une fratrie utérine de sept enfants. Son père éleveur et sa mère ménagère vivent dans un village à environ 60 kilomètres de Ouagadougou. Elle résidait dans la capitale sous la tutelle de deux de ses oncles paternels. Elle est présentée par ses proches comme une fille « *sans problème* », « *sage* » et un « *modèle* » qui entretenait de bons rapports avec son entourage. Elle est la seule fille à être scolarisée et tous les moyens avaient été mobilisés par son père et les autres membres de sa famille pour sa réussite scolaire et sociale : elle recevait régulièrement des vivres et de l'argent pour ses besoins, et ses deux oncles avaient quitté le village pour Ouagadougou afin de lui servir de tuteurs. Ses proches n'avaient connaissance d'aucune relation amoureuse entre Assia et un homme. Elle était, somme toute, une jeune fille soutenue par ses parents, dont la conduite était irréprochable jusqu'au 06 décembre 2011. Ce jour-là dans la soirée, Assia, selon son oncle, se serait plainte de douleurs au cœur. Il lui aurait immédiatement proposé d'aller en consultation, mais elle aurait préféré qu'ils y aillent le lendemain.

« En fait, c'est un jour qu'elle m'a dit qu'elle a mal au cœur, c'était la nuit, j'ai dit ah, tu as mal au cœur, si c'est comme ça, en son temps mon frère Boureima était là, j'ai dit, si c'est comme ça allez à l'hôpital pour voir ce qu'il y a. Quand j'ai dit ça elle m'a dit que ça ne lui fait pas trop mal, qu'on n'a qu'à attendre qu'il fasse jour pour aller à l'hôpital ».

Le matin du 07 décembre ils eurent recours à un CSPS de leur quartier où après un simple interrogatoire (sans examen clinique), une ordonnance leur fut délivrée par un infirmier. Les médicaments furent achetés sur place au dépôt de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) du CSPS et ils rentrèrent chez eux ensuite.

« Quand il a fait jour nous sommes partis au dispensaire, l'agent de santé lui a posé des questions et il m'a fait une ordonnance pour que j'aille acheter des

médicaments. J'ai acheté les médicaments à la pharmacie sur place là-bas et après ça nous sommes rentrés à la maison ».

L'oncle informa ensuite le père qui décida de se rendre à Ouagadougou le lendemain pour aider aux soins. Cependant, l'un des petits frères de la jeune fille (un bébé de 8 mois) tomba brusquement malade, ce qui contraignit le père à renoncer à son voyage. Il proposa alors que l'oncle fasse venir Assia au village afin qu'il puisse la soigner.

« N'eût été la maladie de son petit frère, j'allais la trouver à Ouaga là-bas, puisque c'est le jour où je devais y aller que son petit frère est tombé malade. Ce jour-là ils m'ont appelé pour me dire qu'ils étaient partis dans un centre de santé pour une consultation et qu'il fallait que je vienne. Mais comme le petit frère est tombé malade et qu'en plus elle dit que c'est un problème de cœur, j'ai demandé à ce qu'elle vienne ici au village et je vais soigner son petit frère et la soigner elle aussi. Sinon j'allais la retrouver à Ouaga là-bas. C'est vraiment le destin »
(propos du père).

La jeune femme s'opposa dans un premier temps à la proposition de son père de se rendre au village, avant d'obtempérer le 08 décembre 2011 sur insistance de ses deux oncles. Durant le trajet, son père lui proposa par deux fois au téléphone de se rendre directement dans un centre de santé à son arrivée, mais elle aurait refusé.

« Quand on m'a informé qu'elle arrivait, je lui ai proposé de descendre dans le village avant Kougri, le village où elle était à l'école avant pour aller en consultation. Elle a refusé, elle m'a dit qu'elle préfère venir ici. Je suis sûr que c'est parce qu'elle connaissait beaucoup de gens là-bas qu'elle a refusé de partir et comme vous les élèves vous connaissez trop de choses, je n'ai pas voulu la contredire. J'ai décidé alors d'aller l'accueillir et l'amener au centre de santé de Kougri, mais elle a été maligne, elle a emprunté un autre chemin pour aller directement au village ».

Une fois au village, son père dit avoir compris en la voyant qu'elle était enceinte et que la maladie dont elle souffrait était liée à sa grossesse. Il l'aurait sondée avec l'aide de sa mère pour en avoir la certitude, mais elle aurait refusé de leur dire la vérité. Elle aurait bénéficié durant la nuit d'un traitement à base de plantes. Le lendemain 09 décembre,

suite à l'aggravation de son état au cours de la nuit, elle fut conduite au CSPS du village à 6 heures du matin.

« Le matin j'ai vu que vraiment elle n'était pas en bon état, je lui ai posé des questions en vain. Quand tu lui poses des questions elle ne te répond même pas. Elle parlait seulement à son arrivée, donc on a essayé de savoir ce qui n'allait pas vraiment, mais elle n'a voulu rien nous dire. Le matin quand on s'est réveillé elle ne parlait plus ».

Selon l'infirmier du CSPS, elle n'était presque plus consciente au moment de son admission.

« Elle regardait même sans voir, elle n'était même pas consciente quand elle est arrivée ici ».

Il dit avoir soupçonné au début un « paludisme grave sur grossesse », mais après l'avoir auscultée et discuté avec les parents, il aurait diagnostiqué une tentative d'avortement.

« Les parents m'ont que la fille disait qu'elle a mal au ventre. Je leur ai demandé si elle était enceinte. Ils m'ont dit que non, qu'elle était à Ouaga et disait qu'elle a dit qu'elle avait mal au cœur. Eux ils lui ont demandé de venir et quand elle est arrivée elle a dit que son ventre-là aussi se gonfle. Je leur ai dit en tout cas c'est une grossesse, mais pourquoi elle est dans une léthargie comme ça, qu'est-ce qui s'est passé et puis elle est dans cet état ? Le papa dit que lui il a envoyé quelqu'un pour aller prendre un produit dans un petit village qui est situé non loin d'ici, et puis lui il lui a donné et elle a bu. Je dis "et puis elle est devenue comme ça ?" Que non, qu'elle n'était pas comme ça, que c'est la nuit que ça s'est aggravé. Je leur ai dit qu'il n'y a pas de problème, mais vu son état là il faut qu'on l'envoie à la maternité je vais l'examiner. Quand j'ai fait le toucher, il se trouvait même que le col était ouvert à quelques doigts. Je dis ça là c'est une grossesse, et c'est un avortement ».

Une fois le diagnostic posé, elle bénéficia de soins (prise de voie et perfusion selon les proches) jusqu'à 12 heure, heure à laquelle l'infirmier aurait soumis aux parents la décision d'évacuation. Le père manifesta le désir d'aller directement à Ouagadougou, mais l'infirmier préféra respecter le circuit de référence afin qu'ils puissent bénéficier de la subvention des SONU (la gratuité du transport par exemple).

« J'ai dit comme c'est comme ça, je vais vous évacuer à Zorgho. Ils m'avaient dit que eux-mêmes ils ne veulent pas partir à Zorgho, qu'ils veulent partir à Ouaga. Je leur ai dit qu'ici là nous on évacue à Zorgho, mais si vous voulez, je vais appeler à Zorgho et vous allez voir avec eux. Quand les chauffeurs viennent, ils disent que si c'est Zorgho et si c'est une femme enceinte c'est gratuit. Mais quand les malades veulent aller à Ouaga directement, c'est payant. Donc je leur ai dit que comme c'est comme ça il faut partir à Zorgho parce que c'est gratuit et arrivé là-bas, s'il faut aller à Ouaga c'est gratuit aussi. Mais quand tu dis que tu préfères Ouaga, c'est toi qui paye le carburant et coûte 20.000 Fr CFA ».

Ils partirent ainsi du CSPS pour le CMA de Zorgho. Sur place, la patiente n'aurait pas reçu de soins, la décision de l'évacuer vers le CHU Yalgado Ouédraogo aurait été prise dès son admission et l'évacuation, selon les proches, n'aurait pas tardé. Elle fut admise à la maternité du CHU Yalgado Ouédraogo à 18h50 selon son dossier médical. Une ordonnance leur fut délivrée et le père dit l'avoir immédiatement honorée. Malheureusement, la jeune femme fit un arrêt cardiaque pendant les premiers soins, et les tentatives pour la réanimer furent vaines. Son décès a été prononcé à 19h10.

Cet itinéraire qui s'est achevé de manière tragique, donne à voir les acteurs, les logiques et les pratiques durant les soins post-avortement. Il permet de saisir le processus de construction du recours aux soins après avortement, les acteurs qui y interviennent, ainsi que les facteurs qui ralentissent ou accélèrent le recours et la prise en charge effective (l'hésitation, les décisions médicales inappropriées, les références, etc.).

Tout comme dans le cas d'Assia, environ 43 à 49% des avortements clandestins réalisés au Burkina Faso se solderaient par des complications nécessitant une prise en charge (Bankole et al., 2013). L'acceptation et l'introduction des soins après avortement dans les différentes politiques visant la maternité à moindre risque et l'accès aux services de santé reproductive (dont le processus a été précédemment décrit) permettent désormais aux femmes d'en bénéficier dans les structures sanitaires du pays. En principe donc, toute femme confrontée à une complication après un avortement clandestin a la possibilité de recourir à une formation sanitaire publique sans craindre d'être refoulée comme si elle y allait pour solliciter un avortement. Dans la ville de Ouagadougou, différentes structures offrent les services de soins après avortement. Il

s'agit notamment des structures publiques de l'État, et également des structures sanitaires privées comme les cliniques de l'ABBEF, la clinique de l'ONG Marie Stopes International ou les cliniques et cabinets de soins privés. Néanmoins, la disponibilité de ces soins n'est pas synonyme d'un recours et d'un accès systématique à ceux-ci. En effet, les données montrent que quatre femmes sur dix confrontées à des complications post-avortement clandestin ne bénéficient pas d'une prise en charge. Les raisons seraient entre autres qu'elles « espèrent pouvoir se soigner sans devoir aller au centre de santé ; le type d'établissement sanitaire dont elles ont besoin n'existe peut-être pas dans leur région ; elles peuvent penser que le coût sera trop élevé pour elles ; elles peuvent ne pas avoir de moyen de locomotion ou le coût du transport sera trop élevé ; et elles peuvent vouloir garder le secret sur leur avortement » (Bankole et *al.*, 2013, p. 21). Ces motifs résument une réalité beaucoup plus complexe qui a trait tant aux modalités d'accès qu'aux rapports des acteurs (les femmes, les soignants, les politiques, etc.) aux soins après avortement dont je me propose de décrire les contours dans ce chapitre. En effet, le recours aux soins surtout en cas de complications après des avortements clandestins signe le passage de ceux-ci de l'illégalité à la légalité. Cette transition s'accompagne de perceptions qui induisent des postures différenciées tant chez les soignants qui offrent ces soins, que chez les femmes qui doivent effectuer la démarche vers ces soins. Il s'agira de décrire d'une part l'offre de soins post-avortement dans la ville de Ouagadougou, notamment les conditions et modalités d'accès, et d'autre part d'analyser les perceptions autour de ces soins et leurs incidences sur les pratiques des soignants et celles des femmes confrontées à des complications.

6.1. Soins après avortement et modalités d'accès dans le système sanitaire

Les complications post-avortements clandestins sont l'une des principales pathologies prises en charge dans les formations sanitaires au Burkina Faso (*Amnesty International*, 2009). Selon les statistiques du Ministère de la santé portant sur l'année 2008, les complications survenant après les avortements clandestins ont représenté 6,3% des patientes prises en charge par les maternités des districts sanitaires et 11,6% dans les hôpitaux régionaux et universitaires du pays (*Amnesty International*, 2010). Le rapport 2013 de *Gutmatcher institute* (2013) relève, quant à lui, la part importante des Centres de Santé et de Promotion Sociale dans le traitement de ces complications. Le rapport chiffre à 50% les cas de complications pris en charge dans ces structures contre 25% dans les Centres Médicaux avec ou sans Antenne chirurgicale et 18% dans les Centres

Hospitaliers Régionaux et Centres Hospitaliers Universitaires. Comment s'organise l'offre des soins après avortement et quelles sont les modalités pour y accéder ? Comment les soins après avortement s'insèrent-ils dans les autres programmes de soins de ces structures ?

6.1.1. L'offre de SAA dans les structures publiques de soins

Ces notes suivantes introduisent sur la manière dont les complications d'avortement sont traitées aux différents échelons de la pyramide sanitaire.

Extrait de carnet de terrain : 25/08/2011. Je reçois l'appel d'une sage-femme d'un des CSPS retenus comme site de l'étude : *« bonjour Madame, je suis sage-femme au CSPS de X, on a reçu tout à l'heure un cas de complications d'IVG, comme elle saigne beaucoup on est en train de la référer à FS2. Comme vous avez dit de vous informer »*. À mon arrivée à 14h48 à FS2, la jeune femme était sur une des tables de la salle d'accouchement avec un perfuseur dans le bras. L'une des sages-femmes de permanence m'informe qu'elle a déjà examiné la patiente, celle-ci saigne et l'avortement serait incomplet. Elle interpelle l'accompagnante de la patiente : *« Madame, il faut amener 1250 Fr CFA pour qu'on lui mette une couche, le morceau de pagne que vous avez mis ne permet pas de surveiller les saignements. On va mettre la couche pour voir si elle saigne beaucoup ou pas, et après on va vous donner un papier pour aller faire une échographie pour qu'on voit si la grossesse est toujours là ou pas »*. (Remarques : les couches sont vendues par les sages-femmes à 1250 Fr CFA l'unité). L'accompagnante s'exécute. Au bout d'une heure, la sage-femme conclut que les saignements sont minimes et explique à l'accompagnante la conduite à tenir : *« elle ne saigne pas beaucoup, donc on va vous donner un papier pour aller faire une échographie, on a besoin de ça pour savoir si la chose vit toujours ou pas, et s'il faut laver le ventre. Sans ça on ne peut pas laver le ventre, et même si on voulait le faire, celle qui s'en occupe est déjà partie. Donc il faut aller faire l'échographie et revenir demain matin. On va vous prescrire une ordonnance pour acheter un médicament qu'elle va prendre, ça va calmer un peu les douleurs en attendant demain »*. Après quoi elle lui demande d'apporter à la patiente des vêtements pour qu'elle puisse se rhabiller et partir.

26/08/2011 : FS2, il est 9 heures. Je retrouve la patiente de la veille devant la salle d'AMIU. Elle m'informe qu'elle a montré l'échographie dans la salle d'accouchement

et que les sages-femmes l'ont orientée vers la salle d'AMIU pour qu'on lui lave le ventre. Cependant, elle est confrontée à un problème : *« je dois repartir chez moi pour chercher de l'argent et revenir demain pour qu'on lave le ventre, je viens de voir la dame dans la salle, elle dit que je dois aller payer 3600 Fr CFA à la caisse pour prendre les médicaments, et que je dois payer aussi 5000 Fr pour qu'elle lave. Moi j'ai seulement 5000 Fr CFA avec moi, donc je vais retourner chercher le reste de l'argent pour revenir demain »*.

6.1.1.1. Les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)

Même si des services comme l'AMIU ne figurent pas parmi les tâches dévolues aux maternités des Centres de Santé et de Promotion Sociale, ils occupent une place prépondérante dans l'offre de soins post-avortement au Burkina Faso. De par leur situation dans la pyramide sanitaire du pays, ces structures constituent le premier niveau de contact des femmes en quête de soins après avortement avec le système de santé. Le concept de Soins Après Avortement n'étant pas encore étendu à ces structures, elles ne sont officiellement pas outillées pour offrir tous les soins adéquats. Leurs maternités ne disposent par exemple pas des appareils utilisés pour réaliser l'AMIU, les agents ne sont pas formés à la technique de cette prestation, et les services d'avortement n'y sont pas subventionnés non plus. Néanmoins, elles parviendraient comme l'a montré le rapport de Gutmatcher Institute (2013) à couvrir la moitié de la demande en soins post-avortement. Cela est possible grâce à la formation de base des agents de santé en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Le personnel de ces structures se compose principalement d'accoucheuses auxiliaires ou brevetées, de sages-femmes ou maïeuticiens, d'infirmiers et infirmières (brevetés et d'État) qui apprennent au cours de leur formation des bases pour traiter des pathologies obstétricales telles que les saignements selon les Politiques Normes et Protocoles (PNP) des SONU du Burkina Faso. Cette formation de base leur permettrait de faire face à certaines demandes des femmes confrontées à des complications post-avortement. En cas de saignements par exemple, les PNP leur enseignent des premiers gestes tels que faire un « BIR [Bilan Initial Rapide] », c'est-à-dire l'examen clinique (toucher vaginal, examen au spéculum, interrogatoire) qui permet d'apprécier l'état de la patiente et le type de soins requis. Cette accoucheuse dans un CSPS explique une procédure à suivre telle qu'elle leur est enseignée au cours de leur formation.

« Lorsqu'une femme arrive avec des saignements et des douleurs, la première des choses que nous on fait c'est de savoir si c'est une grossesse, et si oui, est-ce que c'est une menace d'avortement, ou bien est-ce que c'est elle-même qui a fait quelque chose pour avorter. En plus on l'examine pour voir si on peut la gérer ici ou pas ».

L'examen physique peut être complété par la prescription d'une échographie lorsque l'état de la patiente permet ce type de démarche.

« On regarde aussi, si on voit qu'elle ne saigne pas trop, qu'elle n'a pas trop mal, on demande une échographie pour mieux être situé ».

Elle souligne, toutefois, que son statut d'accoucheuse ne lui permet normalement pas de prendre en charge ce type de situation si l'on s'en tient à la distribution des tâches parmi les soignants.

« Normalement en tant qu'accoucheuse, ça ne relève pas de notre domaine de prendre en charge ces cas de figure-là. Ce sont les sages-femmes seules qui sont habilitées à le faire. Mais comme nous on travaille avec elles là, on connaît le système maintenant. Ça fait que si on voit vraiment qu'on peut prendre en charge, on le fait ».

Dans la hiérarchie du système médical, les accoucheuses auxiliaires sont sous l'autorité des sages-femmes. Elles sont supposées les consulter et s'en remettre à leur décision. Cependant, dans la pratique, l'absence des sages-femmes pendant la plupart des gardes et des permanences les contraindraient à entraver cette règle. Ainsi, lorsque la sage-femme ou l'accoucheuse du CSPS reçoit un cas d'avortement, suivant le stade de l'avortement et de la complication, certains soins peuvent être entièrement dispensés sur place.

« Par exemple, si elle a déjà avorté, si le fœtus est déjà sorti et qu'il n'y a plus de saignement comme ça, nous on la met sous antibiothérapie. On fait aussi un curage digital pour voir s'il ne reste pas des débris. Et s'il n'y a rien, on la garde un peu et après elle peut rentrer chez elle. Mais si par exemple c'est un avortement en cours et que le col est fermé, là moi je réfère, je prends une voie veineuse, et on réfère ».

L'appréciation que les agents des CSPS font de l'état de gravité des patientes et sur leur habilité ou non à les prendre en charge, est dans les faits une donnée purement subjective. Là où un agent se jugera inapte à offrir les soins adéquats et estime par conséquent qu'il faut évacuer la patiente, son collègue dans le même CSPA ou dans un autre CSPA décidera de traiter la femme sur place, quitte à l'évacuer par la suite vers les CMA ou le CHU. Certains soignants dans les CSPA instaurent même des protocoles de Misoprostol sans être officiellement habilités à le faire. Je décrirai et interpréterai plus loin les facteurs qui influencent les attitudes des soignants dans la prise en charge ou non des cas et les logiques que cela donne à voir. Aussi, étant donné que les soins après avortement ne sont officiellement pas institués dans ces structures, ils n'y bénéficient pas d'une subvention. Le coût de la prise en charge varie de fait d'un agent à un autre et d'une structure à une autre. Les soins offerts sur place sont généralement assortis de conseils sur les risques de l'avortement et des conseils sur la contraception.

Le second échelon de prise en charge des cas d'avortement est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale.

6.1.1.2. Les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale

Les maternités des CMA en tant que structures de référence sont, par contre, outillées pour l'offre de soins après avortement. Le personnel constitué de sages-femmes et de gynécologues est spécialement formé aux soins après avortement. Le plateau technique et l'organisation requise y sont également disponibles.

À la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou où s'est déroulée une partie de cette étude, l'unité de soins après avortement a été mise en place en 2003 avec la formation des soignants, la dotation en matériel pour l'AMIU, en kits AMIU, en registres et bons de subvention, en documentation, etc. L'unité d'AMIU est représentée par un bureau (une salle spacieuse avec de beaux rideaux) où se trouvent le matériel et les registres. L'unité tenue par une sage-femme est fonctionnelle seulement entre 7 heures et 12 heures (parfois un peu plus tard selon l'affluence) du lundi au vendredi. Lorsqu'une femme arrive dans la structure pour des soins après avortement, elle est d'abord admise dans la salle d'accouchement où les soignants procèdent à son enregistrement, fichage et consultation pour poser un diagnostic. Si son état requiert une AMIU, elle est ensuite référée vers l'unité spécialisée. Quand par contre son état est jugé critique (perte de conscience, choc, etc.) elle est maintenue dans la salle

d'accouchement le temps de lever l'urgence, avant d'être transférée vers la salle d'AMIU.

Dans la salle d'AMIU, le bon de kit SONU délivré par la sage-femme permet aux accompagnants ou à la patiente (si elle est seule) de récupérer les produits nécessaires au dépôt pharmaceutique du CMA contre la somme de 3600 Fr CFA. Ce kit contient une boîte de compresses, des paires de gants, un flacon de Xylocaïne (anesthésiant), deux seringues, de la Bétadine bleue, un spéculum. L'appareil servant à réaliser l'AMIU, s'apparente à une grosse seringue à laquelle sont connectées des canules. Il permettrait d'aspirer les débris ou l'œuf depuis l'utérus. Malgré l'utilisation d'un anesthésiant, cette technique s'avère douloureuse, au point qu'elle peut nécessiter la présence d'au moins deux soignants comme l'illustrent ces notes de terrain.

Extrait de carnet de terrain : 12 janvier 2012, FS2. J'arrive à la maternité vers 9 heures et rejoins la salle d'AMIU. Une femme est allongée sur la table d'examen et la sage-femme prépare son matériel pour l'aspiration : *« tu tombes bien, tu pourras me donner un coup de main si jamais... »*. Je porte donc des gants tandis qu'elle commence la manœuvre. Elle essaie d'instaurer une conversation avec la patiente, lui pose des questions afin de détourner son attention de la manœuvre. C'est ce qu'ils appellent la *verbacaine* (« anesthésie verbale »). Mais la patiente reste sourde et commence à gesticuler. Elle lui demande de rester tranquille mais rien à faire. Elle s'adresse à la sage-femme *« ça fait trop mal, laissez-moi, arrêtez ! »*. Je m'approche d'elle pour prendre le relais de la *verbacaine*, mais la patiente continue de bouger et à exiger qu'on stoppe la manœuvre. La sage-femme me demande alors de l'immobiliser afin qu'elle puisse poursuivre, mais seule je n'y arrive pas. Elle appelle l'accompagnante de la patiente à la rescousse, mais nous ne parvenons toujours pas à la maintenir immobile. Elle m'envoie chercher deux stagiaires de l'École Nationale de Santé dans la salle d'accouchement. Lorsque les deux hommes arrivent, la patiente se rebelle *« je vous ai dit de me laisser rentrer chez moi, c'est moi qui suis venue avec ma maladie pour demander des soins, et c'est moi maintenant qui vous demande de me laisser partir »*. L'un des stagiaires lui rétorque qu'à partir du moment où elle est entrée dans la structure, c'est une obligation pour eux de la soigner. C'est donc à quatre que nous sommes venus à bout de sa résistance, et que la sage-femme a terminé la manœuvre sous des hurlements.

Toutes les manœuvres d'AMIU ne sont pas similaires à celle de cette patiente, mais quasiment toutes les femmes se sont plaintes de douleurs. Sur la vingtaine de manœuvres auxquelles j'ai assisté, une seule femme ne s'en est pas plainte. L'évacuation médicamenteuse avec le Misoprostol, moins douloureuse, n'était pas encore disponible dans cette structure au moment où je menais cette enquête.

Une fois la procédure terminée, et en l'absence de complications nécessitant une hospitalisation, la femme est autorisée à rentrer chez elle. Une ordonnance lui est très souvent prescrite pour l'achat d'antidouleurs, de médicaments pour augmenter la tonicité des muscles de l'utérus et regroupés sous le nom d'« utérotonique » (le Méthergin par exemple), des antibiotiques, du fer, etc. Un rendez-vous lui est également fixé une semaine après pour un contrôle durant lequel la sage-femme procède à un *counseling* et à la prescription d'une méthode contraceptive. Le coût final de la prise en charge dans cette structure prend en compte les prescriptions dans la salle d'accouchement, les frais du kit d'AMIU, l'ordonnance après l'AMIU et d'éventuels coûts indirects.

Lorsque, en revanche, l'admission se fait en dehors des horaires de présence de la sage-femme responsable de la salle d'AMIU, c'est-à-dire les après-midis, pendant les gardes et durant les week-ends, la conduite des soignants est fonction de son état.

« Comme le service d'AMIU ici n'est pas continu, c'est assuré cinq jours sur sept et pas la nuit. Donc quand on reçoit des cas pendant les heures où le service est fermé, on stabilise et on attend demain matin ou bien on envoie [référer]. Comme je le disais tantôt, on ne court pas vers l'évacuation d'abord mais corriger l'état de la patiente d'abord » (propos d'une sage-femme).

Si la nécessité d'évacuer la femme est posée, l'évacuation se fait soit vers le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) ou vers la clinique de l'Association Burkinabè pour le Bien Être Familial (pour les cas nécessitant uniquement une évacuation utérine).

61.1.3. Les Centres Hospitaliers Universitaires

Les CHU de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso sont les deux structures pionnières du dispositif de soins après avortement au Burkina Faso. En tant que dernier niveau de la pyramide sanitaire, ces établissements sont les mieux équipés pour la

délivrance des soins après un avortement et la prise en charge des complications en termes de compétences des soignants et de plateau technique. Au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, l'unité des soins après avortement est installée depuis 1997. Tenue par une sage-femme, elle est composée d'une salle d'AMIU dans laquelle s'effectuent les aspirations, d'une salle de récupération post-AMIU, et d'une salle de *counseling* faisant aussi office de salle de réception des patientes. Durant les premières années, les soins étaient assurés par les gynécologues auxquels des internes en médecine ont été associés dans les années 2000. Compte tenu de la forte charge de travail de ces médecins et des délais dans la prise en charge, les sages-femmes ont fini par s'y impliquer sans y avoir été autorisées, ni avoir bénéficié de formation. Elles se seraient contentées de reproduire les gestes observés jusque-là alors qu'elles assistaient les gynécologues. Elles étaient deux sages-femmes.

« Parfois, il y avait des médecins, à leur tour, ils avaient en même temps des consultations, donc ils ne pouvaient pas venir et les femmes attendaient jusqu'à 14 heures ou 15 heures. Donc, nous on s'est jeté dedans sans demander même l'autorisation hein ! parce que le besoin était là, c'était devenu une nécessité quoi ! On n'avait même pas été formées en AMIU, mais comme on était là tous les jours avec eux, on voyait comment ils faisaient, on préparait le matériel. On a commencé un peu, un peu et puis ils nous ont laissé l'AMIU maintenant » (propos d'une sage-femme).

Aujourd'hui, presque toutes les sages-femmes et maïeuticiens d'État sont formés aux soins après avortement, et l'AMIU leur incombe presque exclusivement.

Pour ce qui est du circuit, les soins après avortement sont tout d'abord intégrés au circuit global des prestations dans la salle d'accouchement. C'est-à-dire que toutes les patientes sont reçues dans la salle d'accouchement où elles sont examinées et interrogées pour ensuite poser un diagnostic consigné dans un dossier vert. Lorsqu'il s'agit d'un cas urgent, la patiente est d'abord stabilisée en salle d'accouchement. Ce n'est qu'une fois que son état s'améliore que les sages-femmes prennent la relève pour l'AMIU. La stabilisation implique parfois une perfusion de solutés dans lesquels des médicaments sont associés, une transfusion sanguine, une réanimation, etc. Une fois le diagnostic de l'évacuation utérine posé (parfois avec l'appui d'une échographie), la

femme, toujours en fonction de son état, a le choix entre les deux méthodes d'évacuation utérine : l'AIMU proposée depuis 1997, et le Misoprostol depuis 2005.

« La plupart du temps, on fait l'aspiration quand la patiente saigne, on le fait sur le champ. Mais si la patiente ne saigne pas, si vraiment c'est des traces de sang et qu'il n'y a pas vraiment une urgence à aller aspirer, on préfère mettre le Cytotec et elle expulse tranquillement » (propos d'un médecin).

L'évacuation médicamenteuse serait parfois un choix contraint.

« Bon, il faut aussi dire qu'on n'a pas beaucoup d'appareil d'aspiration, le matériel n'est pas toujours stérile surtout pendant les gardes. C'est surtout la nuit que les filles-là viennent et la nuit aussi, le bureau de celle qui s'occupe de l'AMIU est fermé, alors que c'est là-bas qu'on peut trouver le matériel. Ce qui reste au cours de la garde là, c'est un matériel défectueux déjà, il n'y a pas tout ce qu'il faut. Donc, si on arrive à aspirer une ou deux femmes, après on en a plus, on est alors obligé de mettre le Cytotec à toutes les patientes qui vont venir après. Là, on n'a même pas le choix » (propos d'un médecin).

En cas d'évacuation médicamenteuse, une ordonnance est délivrée à la patiente pour acheter la plaquette de Misoprostol à la pharmacie de l'hôpital. Le coût de la plaquette de 10 comprimés est de 4900 Fr CFA.

En revanche, si la femme choisit l'AMIU, ou quand son état amène les soignants à préférer celle-ci, le bon du kit AMIU est rempli pour le récupérer au dépôt de la maternité contre la somme de 3600 Fr CFA. Il arrive qu'à cette étape les patientes ou les accompagnants ne disposent pas des ressources nécessaires pour récupérer le kit. Dans ce cas, ils ont la possibilité de consigner un bien (une pièce d'identité, un téléphone portable) qu'ils récupèrent ensuite contre le paiement du montant requis.

Le contenu du kit proposé par le CHU est identique à celui des CMA. Néanmoins, les agents du CHU, à l'image de cette sage-femme, disent parfois prescrire un autre kit à la place du kit AMIU.

« Parfois on prescrit le kit déchirure. C'est un kit qu'on utilise après l'accouchement quand la femme saigne abondamment pour vérifier au bloc s'il n'y a pas eu de déchirure. Donc on préfère ça parce que là-bas il y a beaucoup de

compresses, il y a beaucoup de gants et puis il y a des solutés, perfuseurs, intranules, comme ça si on veut prendre une voie, c'est facile. Donc, si on prend ça, ça évite aux gens de faire double dépense quoi ! Au lieu de prendre le kit AMIU et de faire ordonnance, elles vont acheter les solutés pour la voie ».

Pour le même coût, ce kit offrirait des avantages qui justifient sa préférence à celui pourtant expressément constitué pour l'AMIU.

Le kit AMIU permet également à la femme d'intégrer la liste des bénéficiaires des SONU et à ce titre, elle bénéficie des coûts réduits de ces soins subventionnés pour des examens complémentaires de laboratoire tels que la numération sanguine et le groupage, ainsi que l'exemption du paiement des frais d'hospitalisation. En théorie, les AMIU doivent toutes se pratiquer dans la salle prévue à cet effet et après la manœuvre, les patientes sont gardées en observation dans la salle post-AMIU attenante à celle de l'AMIU. Mais dans les faits, la majorité des AMIU se réalisent dans la salle d'accouchement, surtout pendant les gardes, les permanences et les week-ends. Même pour celles qui sont effectuées dans la salle d'AMIU, tout le processus en amont, c'est-à-dire l'interrogatoire, le remplissage du dossier et l'examen clinique se font dans la salle d'accouchement en présence des parturientes et autres patientes. La salle d'AMIU n'est utilisée que lorsqu'il manque des tables libres dans la salle d'accouchement.

L'unité de SAA s'occupe aussi des contrôles post-AMIU. Quant aux *counselings* et à la prescription de la méthode contraceptive (ou la référence vers un service de planification familiale), ils incombent aussi bien à la responsable de l'unité d'AMIU qu'aux agents ayant assuré la prise en charge des femmes. Comme au CMA, le coût du traitement inclus les prescriptions avant et après l'AMIU.

6.1.2. La politique de soins après avortement de l'ABBEF

L'Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial (ABBEF)⁵³, aujourd'hui reconnue comme Organisation Non Gouvernementale nationale à but non lucratif, est une structure qui œuvre dans le champ de la santé reproductive au Burkina Faso. Elle est membre de l'*International Planned Parenthood Fédération* (Fédération

⁵³ L'ABBEF a été créée par des volontaires qui constituent le Bureau avec un président et un conseil d'administration. Les activités sont menées par un personnel appelé « STAF » qui est recruté par les volontaires, et sur la base de plans dont le plan stratégique qui est élaboré tous les cinq ans, ainsi que le plan budget et le plan d'action.

Internationale pour la Planification Familiale)⁵⁴. Fondée en 1979 par des volontaires pour lutter contre le renvoi des jeunes filles des établissements secondaires pour cause de grossesses non désirées et reconnue par l'État voltaïque en 1981, elle s'est muée en structure d'offre de services de santé sexuelle et reproductive. Cette transformation s'est matérialisée par l'ouverture de cliniques dans quatre villes du pays. Ces cliniques offrent une diversité de services en lien avec la santé sexuelle et reproductive parmi lesquels les consultations gynécologiques, l'offre et le suivi de la planification familiale (conseil-orientation, offre de méthodes contraceptives, suivi), les Consultations Périnatales (CPN), le dépistage et suivi des PvVIH, les soins infirmiers, les pesées et le suivi des nourrissons, les soins après avortement, etc.

6.1.2.1. Le projet des soins après-avortement dans la politique de l'ABBEF

Dans sa dynamique d'offre de services de santé sexuelle et reproductive à la population burkinabè, l'ABBEF en collaboration avec l'IPPF a instauré dans ses cliniques un projet dénommé Projet de Prise en Charge Complète de l'Avortement (PCCA). Lancé en juillet 2008, ce projet vise à prendre en charge médicalement les femmes en quête de soins post-avortement et d'accroître l'adoption de la contraception post-avortement. Les soins dans les cliniques consistent essentiellement à prendre en charge des cas de grossesses arrêtées, d'œufs clairs, de Rétention d'Œuf Mort (ROM), d'avortements en cours et d'avortements incomplets au moyen de l'Aspiration Manuelle Intra-utérine ou l'évacuation médicamenteuse, ainsi qu'à offrir les méthodes contraceptives post-avortement et le counseling.

Située dans les locaux du siège de l'ONG à Ouagadougou, la clinique de Ouagadougou est constituée de plusieurs salles dont une où sont réalisées les AMIU. Le personnel soignant de la clinique est composé de sages-femmes (au nombre de quatre), d'infirmières et de conseillères. Les soins sont offerts du lundi au vendredi de 8 heures à 15 heures. Un service de permanences-gardes est, quant à lui, assuré par des sages-femmes issues de structures sanitaires publiques durant les week-ends, les jours fériés et les nuits (18 heures à 6 heures).

6.1.2.2. Une offre connectée au système public d'offre de soins

⁵⁴ En tant que structure mère, l'IPPF contribue, entre autres, à la recherche des financements et se charge de les répartir entre les différentes associations en fonction de leur plan d'action.

La clinique de l'ABBEF relève du district sanitaire de Bogodogo (l'un des cinq districts de la ville de Ouagadougou). Elle est liée au Ministère de la santé par une convention de collaboration en tant que structure privée à but non lucratif. Dans le cadre de cette convention, le ministère l'appuie dans ses activités en mettant, par exemple, à sa disposition du personnel. Les quatre sages-femmes, par exemple sont rémunérées par le ministère. En retour, la clinique lui rend compte de ses activités et participe à la mise en œuvre de certains de ses programmes.

Lorsque la structure a démarré ses activités de services post-avortement, elle a fait jouer cette collaboration afin d'optimiser sa mise en œuvre. Cette démarche, selon la sage-femme responsable de la clinique, a permis d'instaurer un service continu. En effet, après un démarrage très timide alors qu'ils étaient convaincus de l'importance des demandes de soins après avortement, ils ont réalisé à la suite d'échanges avec les prestataires et les responsables du district que les recours avaient majoritairement lieu les nuits et durant les week-ends, d'où l'instauration du service de gardes et de permanences. Ce service supplémentaire est assuré par des sages-femmes du district de Bogodogo qui sont rattachées à l'ABBEF par un système de contractualisation.

« Nous sommes allés discuter avec le responsable du district du secteur 30, donc il a dit qu'il n'y a pas de problème, que si les sages-femmes sont disponibles pour le faire, lui il ne trouve pas d'inconvénient. Donc il nous a cherché six sages-femmes. Elles sont payées pour faire ces gardes et permanences ».

La clinique est aussi devenue un centre de référence pour les autres structures de la ville.

« Comme les gens ne savent pas que ça se passe ici, vous savez, il y a des CSPS qui ne font pas d'aspiration, ils ne sont pas autorisés. Donc on a demandé aussi d'informer les CSPS comme quoi l'ABBEF va travailler avec eux. Nous-mêmes nous sommes allés, on a ciblé quelques CSPS, on a rencontré les responsables des maternités, les sages-femmes et on a discuté avec elles. (...) En tant que responsables, elles ont été chargées d'informer leur personnel, surtout auprès des accoucheuses auxiliaires et brevetées, c'est elles qui assurent beaucoup ce genre de tâches, surtout pendant les gardes. Donc la responsable les a informées. Donc toutes les sages-femmes et toutes les accoucheuses sont au courant et ils nous réfèrent les patientes maintenant ».

La spécificité de ce système de référence est que les agents qui y réfèrent les patientes ont droit à des ristournes en retour.

« Ils reçoivent des motivations pour ces références. On a discuté des modalités avec les responsables, on a demandé aux responsables comment ils veulent qu'on fasse cette motivation. D'autres ont dit en matériel, d'autres ont dit en argent comptant (...), donc on a fait en argent comptant. À la fin de chaque mois, quand on fait le total des références, on calcule le montant de leur prime, on débloque l'argent et on remet aux responsables. Les responsables nous ont dit qu'elles ont des caisses, et ils mettent dans les caisses et ils utilisent ça à des occasions pour faire des fêtes ».

Comme le montrent ces propos, ces ristournes ont pour but de « motiver » les agents en vue de supprimer les éventuelles barrières susceptibles de les empêcher de référer les patientes (Ouédraogo, 2006). De fait, les CSPS, les CM ou CMA, les centres médicaux confessionnels et les cliniques privées y réfèrent des femmes chez qui ils diagnostiquent un avortement incomplet, un avortement en cours, une ROM, etc. Une grande majorité des femmes qui y sont prises en charge sont, ainsi, des patientes référées alors même que la structure ne fait pas partie du circuit de référence officiel du système sanitaire. En effet, dans son fonctionnement, les CSPS de la ville de Ouagadougou sont tenus de référer vers les CMA, qui à leur tour réfèrent vers les CHU. Tandis qu'avec les « arrangements » mis en place, il arrive même que des patientes du CHUYO soient référées vers la clinique de l'ABBEF qui occupe initialement un statut équivalent presque à celui d'un centre médical.

Ainsi, à la faveur de cette collaboration, la structure atteint pleinement les objectifs visés par le projet. D'environ cinq patientes par mois, la clinique de Ouagadougou enregistre en 2012 sensiblement cinq patientes par jour surtout durant les périodes de février à mars⁵⁵.

⁵⁵ Les soignants disent constater une augmentation des demandes de soins après avortement durant les mois de mars, avril et mai, ainsi qu'au mois d'août et septembre. Certains pensent que cette situation serait le corolaire du « laisser-aller » observé au sein des jeunes durant les fêtes de fin d'année, la Saint Valentin, et les vacances scolaires et qui se soldent par des grossesses non voulues.

6.1.3.3. Circuit d'accès aux SAA dans la clinique

Les soins après avortement s'intègrent dans un ensemble de services offerts par la clinique de l'ABBEF. La femme qui vient pour des soins après avortement se retrouve dans le même espace que celles venues pour des consultations gynécologiques, la planification familiale, les soins de leurs nourrissons, des consultations et soins infirmiers (paludisme et autres affections). Lorsqu'une femme se rend à la clinique pour des soins, les étapes officielles de la prise en charge sont l'accueil, la salle d'attente, la salle de soins, et éventuellement la salle de repos dans le cas des avortements. À l'accueil, les femmes sont reçues par une conseillère qui les enregistre, se renseigne sur les motifs des consultations, prend leurs constantes (poids et tension), encaisse les frais de la consultation et enfin, les oriente en fonction de leurs besoins vers le service approprié. Une fois admise, elles sont soumises à un interrogatoire, examinées et traitées. Durant les permanences et gardes (les week-ends et les soirs de 18 heures à 6 heures), le parcours de soins est différent. La patiente entre directement en contact avec l'agent de santé qui jouera alors le rôle de l'accueil.

Dans le cas spécifique de l'avortement, la fiche de référence amène à les classer parmi les « urgences ». Le délai d'attente se trouverait, alors, considérablement réduit. Quant à celles qui viennent d'elles-mêmes, elles suivent généralement le début de l'itinéraire (attendre avant d'être reçues à l'accueil) et le délai de leur prise en charge dépendra des informations qu'elles fournissent sur leur état, mais aussi de l'appréciation qu'en fait l'agent de l'accueil. Les conseillères qui assurent l'accueil m'ont toutes confié n'avoir pas bénéficié de formation en soins après avortement. Elles doivent pourtant évaluer si l'état des patientes nécessite une prise en charge immédiate ou si elles intègrent la file des « cas non urgents » parmi lesquels figurent les patientes présentes en quête d'une méthode contraceptive, une consultation de routine en gynécologie, une consultation prénatale, etc. C'est donc de manière aléatoire qu'elles procèdent à cette évaluation sur la base des bribes de connaissances acquises auprès du personnel soignant en termes de SAA.

Une fois admises dans les salles de soins, examen clinique, interrogatoire et échographie permettent de poser un diagnostic et d'instaurer les protocoles de soins. En termes de protocole, les femmes ont le choix entre le traitement par l'AMIU ou le traitement médicamenteux à base de Misoprostol. Mais l'état de la patiente peut amener

le soignant à décider seul du protocole. Le package de soins après avortement dans cette structure coûte 3000 Fr CFA et comprend les soins d'urgence (évacuation utérine et soins afférents aux complications), les consommables nécessaires (gants, spéculum, seringues, etc.), la méthode contraceptive choisie par la femme et les antibiotiques. D'éventuels frais supplémentaires peuvent être induits par la prescription d'utérotoniques, de fer ou l'échographie.

Tout comme dans les CSPS et les CMA, il arrive que la clinique de l'ABBEF réfère des femmes vers le CHUYO. Il s'agit essentiellement des cas de complications graves nécessitant par exemple une transfusion sanguine, une réanimation, une longue hospitalisation, une intervention au bloc opératoire, etc.

6.1.3. Les « complications d'avortement », une notion qui recouvre plusieurs réalités

Les motifs des recours aux structures sanitaires par les femmes en quête de soins post-avortement sont regroupés sous la dénomination « complications d'avortement ». Dans les faits, Les complication d'avortement sont une réalité beaucoup plus complexe qui se décline en plusieurs types de demande. Nous avons d'une part les complications simples nécessitant essentiellement l'aspiration de l'œuf mort ou des débris de l'utérus et une prescription médicale, et d'autre part les complications graves qui requièrent des soins beaucoup plus importants.

6.1.3.1. Les complications mineures

Ce type de complications apparaît généralement dans les premières heures ou jours qui suivent l'utilisation de la méthode abortive. Elles se traduisent par des douleurs et des saignements, voire des infections qui à ce stade de l'avortement ne seraient pas de nature à engager le pronostic vital de la femme. En voici un exemple.

Extrait de carnet de terrain : 26 janvier 2012, FS1. Une jeune femme arrive à l'accueil accompagnée d'un homme, il est 2 heures du matin. Elle est référée par un centre médical et sur la fiche il est indiqué : « *le début remonterait au 25/01/2012 vers 19h par des douleurs pelviennes de type de tension suivies d'une perte de connaissance + des picotements à la suite d'une prise de Nescafé et de Guinness sur une grossesse d'environ deux mois. Elle consulte au CM d'où elle est systématiquement référée vers le CHUYO pour une meilleure prise en charge* ». La jeune femme âgée de 19 ans est

installée dans la salle d'accouchement. Le médecin de garde constate en l'examinant un col fermé et l'absence de saignement. Il propose au couple de réaliser une échographie sur place contre la somme de 7500 Fr CFA afin de juger de la viabilité de la grossesse. À l'issue de l'échographie, le médecin conclut à une tentative d'APC avec une grossesse toujours évolutive. La jeune femme est gardée en observation jusqu'à 6 heures le lendemain matin et durant ce temps, elle a bénéficié d'un traitement par voie veineuse pour calmer les malaises et de conseils sur les risques de l'avortement.

Ce type de complications s'observe généralement chez les femmes qui choisissent elles-mêmes de mettre un terme à leur grossesse tel qu'illustré dans ces notes avec l'utilisation de la bière (Guinness) et du café (Nescafé). Après l'utilisation des produits abortifs la femme ressent des malaises, des douleurs ou des petits saignements qui la poussent à aller vers un centre de santé. Dans ces cas de figure, l'examen physique, l'interrogatoire et l'échographie permettent, comme on l'a vu, de juger de la viabilité de la grossesse et d'instaurer un traitement pour calmer les troubles ressentis par la patiente et empêcher que l'avortement ne survienne. Il s'agit aussi d'informer la femme sur les risques de l'avortement provoqué afin de la dissuader de toute récurrence. Tenin comme Kady (dont les situations ont été évoquées dans les précédents chapitres) ont bénéficié de cette catégorie de soins.

Les avortements en cours figurent aussi parmi les complications mineures motivant le recours aux structures sanitaires. Les saignements y seraient plus ou moins importants que ceux des menstrues et la femme percevrait des douleurs sous forme de crampes ou de contractions qui vont en s'intensifiant (Diomandé, 2013), comme on peut le constater dans l'exemple suivant.

Extrait de carnet de terrain, 19 octobre 2011, FS3. Je suis chargée ce jour de l'accueil des patientes : je dois me renseigner sur les motifs de la consultation, remplir un dossier selon le motif, encaisser les frais de consultation et diriger les patientes vers les salles de consultation. 10h22, c'est au tour d'une jeune femme. Elle a 21 ans, est élève et désire une consultation en gynécologie pour le motif : « *je suis enceinte de deux mois, et je me sens pas bien* ». Pour pouvoir choisir le dossier adéquat (dossier bleu correspond aux CPN, dossier vert à la gynécologie, et dossier rose à la planification familiale), je lui demande si elle souhaite poursuivre ses consultations prénatales dans la clinique après ses soins et elle m'apprend alors qu'il s'agit d'une grossesse qu'elle ne souhaite pas

mener à terme : *« en fait, j'ai pris un produit ce week-end pour avorter mais la grossesse est toujours là, j'ai mal et je saigne de plus en plus. Donc je suis venue pour voir »*. Toute confuse, je remplis un dossier vert, et je l'accompagne auprès d'un des soignants afin qu'elle puisse être rapidement prise en charge. Pendant qu'elle attend d'être admise, je retourne à l'accueil. À 12h30, je rejoins la sage-femme pour m'informer de l'état de la patiente : *« c'était un avortement en cours. J'ai voulu l'examiner pour voir et quand j'ai mis le spéculum, j'ai vu que l'œuf était au niveau du col. Donc les petites douleurs et les saignements-là, c'est parce que le col était ouvert. J'ai essayé de nettoyer un peu pour mieux voir et ça s'est éclaté d'un coup, la poche s'est rompue et le truc est sorti en même temps. La grossesse semblait avancée quand même, ça dépassait plus de trois mois puisqu'il y avait toutes les parties et le fœtus respirait encore. Elle-même elle a été choquée, puisqu'elle a vu le truc respirer aussi. (...) Et après maintenant elle a commencé à saigner. Donc il fallait que j'aspire pour vider totalement l'utérus »*.

La complication à laquelle cette jeune femme a été confrontée est diagnostiquée sur la base de l'examen clinique et parfois d'une échographie qui permettent de constater l'ouverture du col par exemple. L'avortement serait inévitable quel que soit le traitement administré pour stopper le processus, et l'aspiration de l'embryon constitue une des modalités de prise en charge de ce type de complication.

Un autre motif de consultation est celui de l'avortement incomplet dont voici une illustration.

Extrait de carnet de terrain : 12 octobre 2011, FS3. 11 heures, une dame arrive à l'accueil en compagnie d'une jeune fille qui peine à se tenir debout : *« Madame, on est allé faire l'échographie à la clinique et on nous a demandé de venir ici. C'est ma petite sœur, elle a fait un avortement, donc on dit qu'il y a des restes, qu'on n'a qu'à venir ici ils vont laver le ventre »*. L'agent chargée de l'accueil lui demande la date de l'avortement, mais l'accompagnante l'ignore : *« je ne sais même pas, moi je ne savais pas qu'elle était enceinte à plus forte raison qu'elle a avorté même. Elle a eu mal toute la nuit, on n'a pas dormi, et c'est là qu'on est allé à la clinique Nina ce matin pour faire l'échographie et on nous a dit qu'elle a fait un avortement et qu'il y a toujours des restes »*. Pendant ce temps la jeune femme se tord de douleurs et l'accompagnante s'inquiète : *« j'espère qu'elle ne va pas mourir, elle a souffert comme ça toute la nuit »*.

La conseillère me demande de l'accompagner dans la salle de repos pour remplir son dossier, le temps pour elle de négocier une prise en charge en urgence auprès des soignants et des autres patientes qui attendent d'être reçues. Dans la salle de repos, la jeune femme s'allonge sur le lit tandis que son accompagnante répond à mes questions. Elle a 18 ans et est élève. Sur l'échographie il est indiqué « présence de débris ovulaires, avortement incomplet ». La conseillère nous rejoint au bout de 5 minutes environ et nous informe que l'infirmière viendra chercher la patiente dès qu'elle aura terminé la prise en charge d'une autre malade. La patiente est admise dans la salle de consultation des infirmières à 11h20 et ressort au bout d'un quart d'heure en compagnie de l'infirmière. Celle-ci explique à l'accompagnante la suite de la procédure : « *elle saigne toujours mais pas beaucoup, on lui a fait une piqûre pour calmer ses douleurs. Maintenant pour laver le ventre, il faut qu'elle choisisse entre l'AMIU qui se fait sur place et les comprimés. Avec les comprimés c'est moins douloureux, elle va saigner seulement quelques jours, une semaine environ* ». Le choix de l'accompagnante se porte sur le traitement médicamenteux.

L'avortement incomplet est caractérisé par des métrorragies plus fortes que dans celui en cours, par l'expulsion partielle du fœtus et par de fortes douleurs abdominales comme celles que ressentait la jeune femme. Les saignements et douleurs seraient alors liés à la présence de débris ovulaires dans l'utérus. Le diagnostic de ce type d'avortement est posé par l'interrogatoire, l'examen physique (avec un spéculum par exemple) et l'échographie pelvienne. Son traitement, tout comme dans le cas de l'avortement en cours consiste à évacuer les débris placentaires et/ou membranaires.

Un dernier type de complication est la Rétention d'Œuf Mort. Les méthodes abortives utilisées parviennent à interrompre l'évolution de l'œuf, qualifié alors d'œuf mort, mais ce dernier n'est pas expulsé de l'utérus. Ce fut par exemple le cas de Talato qui avait eu recours aux services d'un avorteur clandestin, et dont l'intervention avait conduit à l'interruption de l'évolution de la grossesse sans expulsion de l'œuf. Tout comme elle, Béa, 30 ans, après avoir eu recours à l'infirmier qui lui avait introduit un comprimé dans l'utérus, a eu des saignements et des douleurs minimes qui se sont estompés au bout de quelques jours. Après une semaine d'attente, des douleurs et de la fièvre l'ont conduite vers un centre de santé où une échographie a permis de diagnostiquer la Rétention d'Œuf Mort. Sa prise en charge a nécessité l'évacuation de l'œuf et le traitement du début d'infection dont elle souffrait.

6.1.3.2. Les complications graves

Les complications graves constituent un stade avancé des complications mineures qui engagent très souvent le pronostic vital de la patiente. Elles peuvent survenir dans les premiers jours qui suivent la tentative d'avortement ou beaucoup plus tard (parfois un à deux mois après). Elles se traduisent par une forte hémorragie qui conduit à une anémie voire à un « état de choc hypovolémique » qui est une diminution de la masse sanguine dans l'organisme de la patiente et dont la conséquence principale serait une baisse du retour veineux et du débit cardiaque. La complication d'Ada par exemple est survenue dès les premières heures du curetage alors qu'elle était toujours chez l'avorteur.

« Quand il a commencé j'ai eu mal tout de suite, et après la douleur augmentait seulement.(...) Quand il a vu que ça chauffait, il a pris le numéro de ma grande sœur et il l'a appelée. À ce moment mon sang coulait beaucoup comme ça. Quand ma grande sœur et ma maman sont arrivées, le monsieur nous a prises dans sa voiture et il nous a amenées à FS3. Quand il est arrivé il n'a même pas attendu, il a enlevé seulement de l'argent et l'a donné à maman, 20.000 Fr, et il est parti. C'est maman qui m'a raconté tout ça, il paraît que je m'étais évanouie ».

À la maternité elle a été réanimée, transfusée, une perforation utérine a été diagnostiquée, et sa prise en charge s'est soldée par une ablation de son utérus. La complication de Miriam (23 ans) est, quant à elle, intervenue une semaine après l'introduction à deux reprises de comprimés de Permanganate de potassium dans son vagin.

« C'est la nuit que moi j'avais mis les derniers comprimés. Le lendemain matin vers les 8 heures maintenant ça a commencé à saigner, à saigner. Ça a trop saigné jusqu'à même tu vois le pot qui est déposé là-bas ? [elle me montre un pot utilisé pour les toilettes des enfants dont le volume excède un litre], le sang a rempli ça deux fois. Jusqu'à même, je ne sais même pas, on dirait que moi j'allais m'évanouir même. Je transpirais comme ça et j'avais des vertiges ».

Devant l'intensité des saignements et des malaises, elle fit appel à son conjoint environ deux heures après le début des saignements, et quand celui-ci arriva, ils décidèrent de se rendre dans un centre de santé. Elle fut admise inconsciente à la maternité du CHUYO où un avortement incomplet doublé d'un « choc hypovolémique » a été identifié. Ces

hémorragies seraient dues soit à une défaillance de la contraction utérine désignée médicalement par « atonie utérine », soit à une rétention ovulaire, ou encore à une perforation de l'utérus (le cas d'Ada).

La complication grave peut aussi être d'origine infectieuse et se décline dans le vocabulaire médical par les dénominations « septicémie » (une infection grave qui se propage dans l'organisme par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux initial), « endométrite » (infection de la muqueuse interne de l'utérus), « salpingite » (infection des trompes), « pelvipéritonite » (inflammation du pelvis), « péritonite » (inflammation du péritoine), « hépatonéphrite toxique et ou infectieuse » (infection ou intoxication simultanée du foie et des reins, et responsable d'une insuffisance rénale), etc. Témoin de la prise en charge d'une de ces complications, les notes suivantes permettent d'en saisir les contours.

Extrait de carnet de terrain : 13 septembre 2011, FS1. Admission d'une patiente sur une civière, elle est évacuée d'un centre médical. Les brancardiers l'installent sur une table de salle d'accouchement. Elle a les yeux ouverts et est agitée. Le médecin de garde se rend à son chevet avec la fiche de référence et après un examen clinique rapide se prononce : « *ça ressemble à une septicémie, il faut qu'on la remonte rapidement* ». L'interne présent à ses côtés est chargé de rédiger une ordonnance pour les premiers soins (des gants, une intranule, du soluté, du Ceftriaxone pour le traitement de la septicémie) et d'effectuer un prélèvement pour des examens biologiques et biochimiques. Je reçois, pour ma part, la consigne de mener l'interrogatoire pour remplir le dossier, notamment savoir ce qu'elle a utilisé pour tenter l'avortement. Je me rends donc à son chevet, mais mes questions restent sans réponse car la patiente n'arrive plus à parler. Elle émet de petits sons sous forme de râles. J'informe le médecin qui me suggère d'utiliser les informations de la fiche de référence le temps qu'elle se remette. Malheureusement, la fiche ne mentionnait aucune information sur la procédure utilisée pour provoquer l'avortement. La patiente, élève de 18 ans, est entrée dans un coma une heure après et elle est décédée 48 heures plus tard. Son accompagnant que j'ai interrogé ensuite ignorait les produits utilisés pour l'avortement, de même que la date de l'utilisation.

Si dans cet extrait la procédure utilisée n'est pas connue, les soignants expliquent que ces infections peuvent être liées à la nature des produits abortifs utilisés

(les remèdes dits traditionnels et les médicaments en surdose) et/ou à un état infectieux avancé du fait d'une absence de prise en charge.

Bien souvent, la prise en charge des complications graves nécessite des soins plus complexes qui dépassent ceux prévus par les SONU et qui débordent parfois du cadre de la maternité.

6.1.3.3. Des soins qui débordent des espaces traditionnels

Dans le système de santé burkinabè, les SAA en termes d'offres et de politiques ont tendance à être résumés à l'AMIU. Cette conception concourt à fausser les conditions d'accès aux soins en cas de complications post-avortement alors même que l'instauration de la subvention par exemple visait à en améliorer l'accès. En effet, la subvention ne couvre que très peu, voire pas du tout, les besoins de certaines femmes confrontées à des complications. C'est le cas de celles prises en charge dans les CSPS qui ne relèvent pas des soins subventionnés et qui ne sont pas outillés pour traiter des complications. Il en est de même pour les femmes souffrant de complications sévères à l'image de la perforation utérine et qui nécessitent une prise en charge autre que l'AMIU, ou encore des traitements dans d'autres services que ceux de gynécologie et d'obstétrique, en l'occurrence le service de néphrologie, de médecine interne, de chirurgie, ou aux urgences médicales. Prenons par exemple le cas d'Annie, élève de 18 ans. Elle fut d'abord admise au service des urgences médicales du CHU après avoir été référée par le CMA de Kaya, une des villes secondaires du Burkina Faso, qui l'avait reçue, lui aussi, d'un CSPS. Son dossier médical mentionnait les informations suivantes : *« patiente souffrant d'œdèmes des membres inférieurs (OMI), oligoamnios, ictère conjonctival après APC avec médicament de la rue (un comprimé par jour pendant 2 jours) ayant déclenché des douleurs abdominales intenses + des saignements, et qui a motivé une consultation au CSPS de la localité où elle fut référée au CMA de Kaya. Elle y aurait bénéficié d'une révision utérine. Devant la persistance d'un ictère et d'une anémie, malgré un traitement, elle fut référée aux urgences médicales du CHU. Aux urgences médicales, elle bénéficia d'un traitement à base de Ceftriaxone, de Métronidazole en voie veineuse et un bilan sanguin a aussi été effectué. Devant le taux élevé de créatinine (symptômes d'une insuffisance rénale), elle fut transférée dans le service de néphrologie pour une meilleure prise en charge »*. Le service de néphrologie lui diagnostiqua une *« Insuffisance Rénale Aiguë (IRA) sévère post IVG clandestine »*.

Elle fut hospitalisée dans ce service pendant 21 jours durant lesquels elle bénéficia d'une transfusion sanguine et d'une dialyse. Ce service eut recours par deux fois à celui de la maternité pour deux AMIU. Le 30 janvier 2012, elle fut finalement transférée vers le service de gynécologie et obstétrique pour « persistance de saignements et suspicions de perforation utérine ». Les soignants de la maternité confirmèrent ce diagnostic et elle subit une ablation de son utérus devant l'échec des différents traitements.

Au total, cette jeune femme a été hospitalisée durant 49 jours au CHU dont 21 en néphrologie, 25 en gynécologie-obstétrique, et trois aux urgences médicales. Ses parents qui avaient une situation économique assez précaire (un père cultivateur et une mère ménagère avec six enfants, et vivant dans un non loti dans une ville secondaire) ont déboursé plus de 600.000 Fr CFA pour les soins entre le CSPS où elle a consulté la première fois, le CMA, les urgences médicales, le service de néphrologie et celui de la maternité du CHU. Ils ont même été contraints de signer une décharge pour quitter l'hôpital contre avis médical parce qu'ils n'avaient plus de ressources pour poursuivre les soins.

« Les parents m'ont dit qu'ils ont tout vendu pour faire la dialyse. Avant l'intervention, son frère me disait qu'ils étaient à 450 000Fr et quelques. Ils avaient fait la dialyse et les soins jusqu'à arriver ici, et maintenant après l'intervention, ils ont payé encore. Ils sont partis même sous décharge, parce qu'ils n'en pouvaient plus » (propos d'une sage-femme ayant participé à sa prise en charge).

Durant le parcours de cette jeune femme, la subvention de ses soins n'a été opérante que lorsqu'elle était entre les murs de la maternité, alors qu'elle a passé 21 jours au service de néphrologie, et trois jours aux urgences médicales. Il en est de même pour Ada, orpheline de père, et dont la mère vend de l'eau chaude à la gare routière de son quartier et mendie pour élever ses quatre enfants. Elle a d'abord été admise aux urgences médicales qui l'ont transférée vers la maternité, et de là-bas elle a ensuite été envoyée vers les urgences viscérales pour une hystérectomie. Sa prise en charge a coûté en tout plus de 500.000 Fr CFA et le plus gros des dépenses a été effectué dans le service des urgences viscérales.

Comme l'illustre ces différents exemple, la subvention des SAA semble avoir été pensée dans la logique des « programmes verticaux » de santé. Ce type de

programme de santé est dirigé, supervisé et mis en œuvre, totalement ou dans une large mesure, par un service spécialisé faisant appel à des personnels de santé spécialement affectés à cet effet (Atun, Bennett & Duran, 2008, p. 4). Dans le cas de la subvention des SONU par exemple, la « verticalité » du programme confine sa mise en œuvre dans les services de maternité alors que, comme on l'a vu, les pathologies concernées peuvent se retrouver dans d'autres services. En revanche, « programme intégré » dont le mécanisme consiste à réunir les fonctions communes d'une même organisation ou de différentes organisations afin de résoudre des problèmes communs (Atun, Bennett & Duran, 2008, p. 4) aurait permis à des patientes comme Ada et Annie de bénéficier des subventions durant leur prise en charge dans les services autre que la maternité.

En somme, l'organisation des soins après avortement et leur intégration dans le système global apparaît, au vu de ces résultats, comme un facteur limitant son accès. Loin d'en constituer l'unique barrière, les perceptions des soins après avortement peuvent aussi être listées au nombre des facteurs influençant l'accès aux SAA.

6.2. Perceptions des soins après avortement

Extrait de carnet de terrain : 02 novembre 2012, FS3. Une dame et un monsieur arrivent à l'infirmerie avec une fiche de référence et un ticket de caisse sur lequel était indiqué « AMIU 3000 Fr ». La dame salue et tend le papier à l'une des infirmières (elles étaient deux). Elle récupère le papier, la patiente a été référée par une accoucheuse auxiliaire d'un CSPS pour le motif « *grossesse arrêtée de 12 semaines, révélée par une échographie, référée pour AMIU* ». Après avoir rapidement parcouru le papier, l'infirmière demande à l'homme d'attendre dehors, et à sa collègue de l'examiner le temps qu'elle remplisse le registre. Sa collègue prie la dame d'aller s'allonger sur la table, enfile des gants et prend un spéculum. Pendant qu'elle l'examine, elle fait part de ses constats à sa collègue : « *Ça ne saigne pas. Madame, vous avez eu des saignements avant d'aller en consultation ?* ». La dame répond que non, elle a seulement eu des douleurs. Tout en l'informant qu'elle peut retourner se rasseoir, elle l'interroge : « *Madame, on vous a expliqué ce qui s'est passé lorsqu'on vous a donné ce papier ?* ». « *Oui* », dit-elle, « *on m'a dit que la chose ne vit plus, que de venir pour qu'on lave le ventre* ». L'infirmière confirme : « *c'est vrai, la chose n'est plus bonne effectivement. Qu'est-ce qui s'est passé, vous avez fait quelque chose ?* ». La dame lui répond que c'est arrivé tout seul. L'infirmière poursuit : « *ok, de toutes les façons ce*

n'est pas notre problème. Comme elles l'ont dit, nous devons laver le ventre, mais comme vous ne saignez pas encore, vous allez retourner chez vous et quand ça va commencer à saigner, vous allez revenir ». Elle lui tend l'échographie et le carnet tout en m'expliquant les raisons de sa décision d'attendre « *Depuis cette histoire que j'ai eue là, je ne me fie plus aux échographies. Une dame m'a accusée d'avoir gâté sa grossesse, que son médecin a dit que si je ne lui avais pas donné les médicaments [Misoprostol] sa grossesse aurait pu rester. Sans compter les fausses échographies des jeunes filles-là. Donc maintenant je ne fais plus d'AMIU tant qu'il n'y a pas de saignement en plus de l'échographie* ». La dame récupère les documents l'air dépité, s'avance vers la sortie puis se ravise : « *mais on m'a dit que vous alliez me laver le ventre, je ne comprends pas. Les dames m'ont donné un médicament là-bas et m'ont dit que ça allait saigner et qu'ici vous allez laver ça* ». L'infirmière lui demande si elle sait de quel médicament il s'agit, elle rétorque : « *Elles m'ont fait acheter avec elles un médicament à 4000 Fr, elles m'ont dit de mettre ça sous la langue que ça va fondre, c'est après qu'elles m'ont demandé de venir ici pour que vous laviez le reste* ». L'infirmière se retourne vers sa collègue et moi, manifestement agacée : « *Donc c'est du Cytotec qu'on lui a donné alors. Et pourquoi on lui demande de venir ici ?* ». Je prends la fiche de référence et m'aperçois que c'est effectivement du Misoprostol qui lui avait été donné, quatre comprimés (les CSPS ne sont pas censés instaurer ce type de protocole, surtout une accoucheuse). L'infirmière continue : « *Je n'avais même pas fait attention à ça, comme je m'y attendais pas. Heureusement que vous nous l'avez dit, parce que si je devais vous laver le ventre ce sont les mêmes médicaments qu'on allait vous donner ici. C'est pas sérieux ce que les gens là font. Quatre comprimés de Cytotec à 4000 Fr et vous lui demandez de venir ici encore, tout ça c'est pour avoir les 2000 Fr de la référence-là [les soignants qui réfèrent les femmes vers la structure seraient payés 2000 Fr CFA par référence]. En plus de ça elles n'ont même pas le droit de donner ça. Madame allez-y donc chez vous, vous allez commencer à saigner, dans quelques jours il faut repartir là où on vous a donné les comprimés là pour qu'on fasse le contrôle, ils ont déjà fait notre travail* ». La dame sort et quelques minutes après, on frappe à la porte. C'est de nouveaux la dame et le monsieur. Celui-ci se présente comme étant le mari : « *Mesdames, excusez-moi, je voulais juste comprendre. On nous a dit là-bas de venir ici que vous allez laver le ventre et ma femme est sortie me dire que vous dites que c'est déjà fait. Je ne comprends pas* ». L'infirmière reprend ce qu'elle venait de dire à la dame : « *En fait, ceux qui l'ont reçue ont commencé à laver le ventre, c'est pour cela*

que nous lui avons dit que ce n'est plus la peine parce que si on devait laver c'est la même chose qu'on allait lui donner ici, ce sont les mêmes comprimés ». Le mari semble étonné : « Ah bon ! On nous avait dit que alliez utiliser une machine pour laver, on ne nous a pas parlé de comprimé ». L'infirmière poursuit ses explications : « Les comprimés servent à laver aussi. C'est la même chose que la machine qu'on utilise, et la machine-là même fait mal en plus. Comme on lui a déjà donné des comprimés, nous on ne peut plus lui en donner encore. C'est pas qu'on ne veut pas s'occuper d'elle, c'est parce que le travail a déjà été fait. Ne vous inquiétez pas, tout va sortir. Dans quelques jours il faut repartir dans le CSPS et ils vont contrôler ». Le couple hésite un moment, et finit par s'en aller.

Cette interaction thérapeutique permet d'illustrer différents pans des conceptions des soins après avortement au Burkina Faso. En effet ces soins y font l'objet de perceptions diverses. Déjà au moment de l'instauration du concept de soins après avortement, ils étaient conçus par les décideurs comme un moyen détourné pour offrir des IVG et contourner ainsi la restriction de la loi comme cela a été décrit dans la deuxième partie de ce travail. Chez les acteurs qui expérimentent directement les soins après avortement, notamment les femmes qui y ont recours et les agents de santé qui les prodiguent, les soins après avortement dont la figure dominante est *puga pekre* ou *koonon koli* (lit. « lavage du ventre » respectivement en *moore* et *dioula*, une expression plusieurs fois mobilisée dans l'exemple ci-dessus) suscitent une pléthore de perceptions qui ont pour fondement d'une part les perceptions de l'avortement provoqué comme facteur de risques sociaux et sanitaires, et d'autre part la symbolique autour de la procréation.

6.2.1. Des perceptions chez les femmes et leurs proches

Les femmes confrontées à des complications post-avortement ont une conception dualiste des soins qui leur sont destinés : ils sont salvateurs, mais y recourir constitue également un risque.

6.2.1.1. Peke puga, une action salvatrice

Dans les structures sanitaires de la ville de Ouagadougou, dès qu'il est question d'avortement, deux expressions reviennent de manière récurrente *peke pouga* (en *moore*) et « laver le ventre ». On les retrouve aussi bien au détour du protocole de

traitement énoncé par les agents de santé lorsqu'ils diagnostiquent un avortement incomplet par exemple, que dans les propos des femmes lorsqu'elles se présentent dans un centre de santé pour des soins après un avortement : « *on m'a dit de venir pour qu'on me lave le ventre* », ou « *je suis venue pour qu'on me lave le ventre* ». Ces deux formules désignent toutes une même réalité : l'évacuation de l'utérus. La formule traduit certes un acte médical, mais elle est également chargée d'un symbolisme qui fait référence aux rapports au corps et à la procréation. Pierre Erny (1990, p. 21) indiquait dans ses travaux que « dans son exubérante richesse en symboles, l'univers africain permet d'associer à toute réalité une gamme d'autres réalités qui lui sont équivalentes sous certains rapports ». Et ceci est effectif dans le cas du *puga pekre* qui peut renvoyer à trois réalités dans l'imaginaire des femmes.

Tout d'abord, *puga pekre* est un acte qui permet de sauver sa vie et de se débarrasser du *regdo* (souillure en *moore*). Une fois l'embryon ou le fœtus mort, il passe du statut d'« œuf » pour ceux s'exprimant en français ou *puug koom* pour ceux qui le disent en *mooré*, à celui de *bumba* (littéralement la « chose ») comme on l'a noté dans les propos de la patiente comme ceux des soignants dans les précédentes notes. Parfois sang et *bumba* constituent une même entité, la grossesse « gâtée ». Je me suis interrogée sur ce changement d'appellation sans y trouver une explication logique. Traduit-il l'absence d'un terme consacré à l'embryon ou au fœtus mort ? Ou bien est-il l'expression d'une pudeur en lien avec la mort, qui rend alors innommable l'embryon mort ? En tout état de cause, lorsque la grossesse se « gâte » ou qu'on la « gâte » intentionnellement, les saignements sont la preuve que le *bumba* est en train de sortir. Dans les représentations, lorsque la « chose » ne sort pas complètement, cela constitue un risque pour la santé de la femme car il peut y pourrir et la rendre malade. La même symbolique prévaut pour l'accouchement. Quand une femme accouche, en plus du *bi-pelga* (nouveau-né), du sang désigné par *regdo* doit sortir également au risque de nuire à sa santé. Ce qui explique qu'on fasse des massages du ventre à la parturiente ou qu'on lui donne de l'eau chaude à boire (l'eau chaude est censée fluidifier le sang) afin d'évacuer totalement le sang. De fait, lorsque les femmes viennent vers les soins après avortement, qu'elles aient provoqué leur avortement ou que celui-ci se soit produit spontanément, c'est toujours dans l'idée qu'on leur « lave le ventre » pour enlever le *bumba* et le sang afin d'éviter tout risque sanitaire. Le choix d'Aline, étudiante *moaga* de 26 ans, d'aller dans un centre de santé après avoir avalé des comprimés de

Misoprostol pour avorter a été guidé par le souci qu'on lui enlève tout le sang de son ventre.

« J'étais préoccupée par une seule chose, c'est le sang qui est en moi là seulement, il faut que ça sorte ».

Qu'elles soient instruites ou non, toutes les femmes partagent cette conception du « lavage du ventre » : il permet d'éviter les infections et autres problèmes qui peuvent conduire à la mort. *Peke puga* constitue également un moyen de préserver les projets génésiques futurs. Il permet, en effet, de débarasser le *puga* des souillures afin de rendre possible la maternité lorsque le moment sera jugé opportun. Car lorsque le *regdo* ne sort pas totalement du « *puga* », il peut détruire celui-ci et rendre la femme stérile. *Peke puga* est enfin une voie pour éliminer le stigmate physique de l'avortement provoqué, par exemple.

« Quand elle [la sage-femme] m'a dit que le truc était mort et qu'on doit laver le ventre, mais je dois revenir le lendemain parce que celle qui le fait n'est pas là, je voulais même pas partir. Je lui ai demandé s'il n'y a pas un autre endroit qu'elle peut m'indiquer pour que j'aille laver ça.(...). Je savais que si je rentrais pour revenir je n'allais pas pouvoir dormir, savoir que le truc que j'ai tué est dans mon ventre, c'était insupportable » (jeune femme de 27 ans, vendeuse de légumes).

Comme cela transparait dans les propos de cette jeune femme, avoir en soi un fœtus qu'on a « gâté » ou ses restes engendre un malaise car il confronte la femme à « son acte déviant ». Et l'aspiration de l'œuf mort semble résoudre considérablement ce malaise.

Quant à l'évacuation de l'œuf ou des débris, comme cela a été décrit dans la précédente partie, elle se fait au moyen de deux techniques : l'évacuation mécanique à travers l'AMIU et l'évacuation médicamenteuse à l'aide du Misoprostol. Cependant, les différentes conceptions de cette évacuation et les enjeux qu'elles impliquent poussent les femmes à préférer l'AMIU. Les agents de santé disent, en effet, noter une préférence pour cette technique par rapport au Misoprostol, surtout chez les femmes non instruites et les jeunes femmes.

« Généralement, elles disent d'aspirer. Dès que tu proposes les deux méthodes seulement, elles disent faut aspirer ! » (propos d'une sage-femme).

Ce choix s'explique par trois facteurs essentiellement. Le premier est que dans l'imaginaire des femmes, l'AMIU est la technique qui semble illustrer le mieux le lavage du ventre. Dans l'ethnographie ci-dessus, le couple paraissait désabusé parce que l'idée qu'il se faisait du lavage du ventre n'était pas celle qui leur avait été donnée par les infirmières. De même, une autre jeune femme de 22 ans, non instruite, m'a confié sa déception après que l'agent de santé lui ait imposé le Misoprostol.

« Je m'attendais à me faire laver le ventre avec un appareil et voilà que j'ai des médicaments, on me dit que c'est la même chose. Je ne m'y attendais pas, je suis un peu déçue, mais bon, comme c'est la sage-femme qui sait ce qui est bien pour moi... ».

Dans son mécanisme, l'AMIU est une procédure mécanique et physique. Elle traduit un réel lavage du ventre par l'appareil et la gestuelle : la femme voit l'agent de santé avec un appareil et grâce à ses gestes, elle sent qu'on sort quelque chose de son ventre. Le mécanisme de l'évacuation par le Misoprostol est quant à lui différent. Les comprimés une fois avalés créent des contractions au niveau de l'utérus, pour à terme, évacuer les débris. De fait, avec cette technique, le sentiment du lavage du ventre n'est pas présent parce que son mécanisme n'est pas imagé ni instrumentalisé. D'où une préférence pour l'AMIU car elle est réelle contrairement au Misoprostol qui donne l'impression que le ventre n'est pas lavé.

« Si tu lui proposes les comprimés elle va penser qu'on n'a pas lavé, ou qu'on ne veut pas laver. Elle veut voir le geste » (propos d'une sage-femme).

Le second facteur serait lié aux contraintes qu'implique l'évacuation par le Misoprostol. Avec cette technique, les femmes doivent poursuivre le traitement à domicile et selon ce médecin, certaines parmi elles, surtout pour les femmes non instruites, craindraient d'oublier les consignes.

« On leur explique d'aller prendre quatre comprimés, de mettre sous la langue et quatre heures après tu renouvelles. Elle se dit "hum !, je ne pourrai pas". Il y a beaucoup qui disent ça, qu'elles ne peuvent pas faire, prendre cette méthode, qu'elles vont oublier ».

L'évacuation par le Misoprostol signifie aussi un lavage plus long car les débris ovulaires s'éliminent progressivement et la procédure peut s'étendre sur une semaine.

Alors qu'avec l'AMIU, l'évacuation se fait sur place, faisant de cette méthode un choix privilégié pour des femmes qui désirent se débarrasser rapidement du *regdo* pour les motifs précédemment évoqués. Le fait par exemple pour certaines jeunes femmes célibataires de préférer l'AMIU au Misoprostol est interprété par des soignants comme la preuve qu'elles ont provoqué leur avortement. Le choix de l'AMIU étant interprété comme empressement de voir tous les débris partir.

Telles seraient les raisons qui justifieraient la préférence de l'AMIU au Misoprostol, alors que cette dernière méthode aurait l'avantage d'être moins coûteuse et moins douloureuse, selon cette sage-femme.

« Elles sont démunies, elles savent les prix, mais elles disent hum-hum, il faut laver le ventre-là seulement ! Même si on leur dit qu'avec le Misoprostol elles vont moins dépenser, elles auront moins de douleur contrairement à l'AMIU, elles préfèrent qu'on lave. Là, elle saura que ça a été vraiment lavé et tout est parti ».

Néanmoins, le Misoprostol serait tout de même la méthode privilégiée des femmes instruites car moins douloureuse et permettant d'éviter le contact physique avec des soignants qu'elles considèrent comme n'étant pas toujours dans de bonnes dispositions vis-à-vis d'elles. Ce sont ces raisons qui ont guidé le choix de Chloé, étudiante de 22 ans.

« Quand elle m'a expliqué je n'ai même pas hésité. Non seulement ça ne fait pas mal, vu tout ce que j'ai eu comme douleur avec mon avortement-là, je me voyais pas supporter une autre douleur encore. Et puis qui sait, comme elle n'était pas contente-là, elle peut même faire exprès en faisant l'AMIU pour que ça me fasse encore plus mal ».

Ainsi, convaincue que les soignants ont la possibilité de leur faire mal parce qu'ils n'approuvent pas leur choix, il s'agit pour cette jeune femme, comme d'autres, de se soustraire autant que possible de cette probable violence à travers le choix du Misoprostol.

6.2.1.2. Les SAA, une manière détournée pour se faire avorter

Les soins après avortement seraient aussi détournés par les jeunes femmes à des fins d'interruption de grossesse. L'interaction entre une sage-femme et une patiente pendant une AMIU m'en a offert un aperçu.

Extrait de carnet de terrain : 22/08/2011, FS2. La sage-femme m'a autorisée ce jour-là à rester dans la salle pour les soins : « *Tu as la chance même, il y a une jeune fille qui doit venir pour AMIU, tu pourras assister* ». Une jeune femme arrive effectivement à 10h40 et se présente : « *Je suis la nièce de X [un de ses collègues], il m'a dit que je pouvais venir vous voir* ». La sage-femme lui confirme qu'elle est déjà informée et lui réclame l'échographie qu'elle tient. Il y est marqué « grossesse arrêtée ». Elle demande à la jeune femme de se déshabiller et de s'allonger sur la table (remarque : il n'y a pas eu de prescription de kit AMIU). La sage-femme procède à l'anesthésie avec un flacon qu'elle avait en sa possession et réunit ensuite ses outils pour commencer. Après quelques mouvements de va-et-vient avec l'appareil, elle fronce les sourcils à la vue du produit aspiré et demande à la jeune femme : « *Tu es sûre que ça là c'est un avortement incomplet ?* », la fille répond affirmativement. La sage-femme poursuit énervée : « *Je ne crois pas cette histoire-là, ce que je viens d'aspirer là ce n'est pas un avortement incomplet, ça c'est avortement que je suis en train de faire* ». Elle me demande de vérifier ce qui est marqué sur l'échographie pour qu'elle s'assure de ce qu'elle a lu. Je lui confirme que c'est bien écrit « grossesse arrêtée ». Elle s'énerve de plus belle et se met à injurier la jeune femme tout en poursuivant l'AMIU : « *Tu ne dis pas la vérité, toi-même tu sais que ce qui est écrit là n'est pas vrai. Vous auriez pu ton oncle et toi me dire la vérité et me laisser décider au lieu de me tromper comme ça* ». Elle vocifère jusqu'à la fin de la procédure et pendant que la jeune femme se rhabille, l'oncle arrive. Elle déporte alors sa colère sur ce dernier l'accusant de l'avoir trompée. L'oncle s'est contenté de s'excuser sans infirmer ses propos. Après l'aspiration, j'ai eu une discussion informelle avec la jeune femme hors de la salle d'AMIU et elle a confirmé les soupçons de la sage-femme. L'échographie serait fausse.

On voit à travers ces notes que la jeune femme et son oncle se sont en quelque sorte joués des règles d'un système et en ont profité pour obtenir « légalement » un avortement. Tandis que la sage-femme tout en étant consciente de la duperie n'avait aucun moyen de la prouver, toutes les actions ayant été posées dans les règles :

l'échographie, la demande de soins après avortement et l'obligation pour le système sanitaire de satisfaire à ces demandes contrairement à celles concernant les IVG. Selon les agents de santé, ces pratiques seraient de plus en plus courantes dans leurs interactions avec les femmes en quête de soins après avortement. En effet, ils seraient confrontés à un usage détourné des soins après avortement à des fins d'IVG. Les avorteurs clandestins, les femmes en quête d'avortement et certains agents de santé freinés par la loi tendent à concevoir les soins après avortement comme une alternative pour se faire avorter. Dans sa quête d'avorteur, Bintou, 25 ans, m'a confié qu'un soignant dans un CSPS lui avait donné le conseil suivant.

« Il m'a dit qu'eux ils ne sont pas autorisés à faire des avortements, donc il ne peut rien faire pour moi. Que mais si je peux trouver un moyen pour que ça commence à saigner un peu, là, eux ils peuvent faire quelque chose pour moi ».

La tendance est donc, de plus en plus, à enclencher le processus afin qu'il soit conforme à la norme politique et médicale, à savoir l'avortement en cours, pour ensuite bénéficier de ce qui devient alors des soins, et non un acte d'avortement. Dans ces cas de figure, la femme bénéficie non seulement d'un avortement sécurisé, mais à moindre coût. Cela peut se faire de manière réelle, c'est-à-dire que la femme ou l'avorteur clandestin (généralement ceux qui n'ont pas les compétences requises) fait tout pour trouver un moyen qui fasse saigner ou arrêter la grossesse. Il peut aussi se faire de manière détournée et l'échographie est l'arme de cette option. Une sage-femme m'a fait part de son expérience dans ce sens.

« Une fois il y a une qui est venue comme ça, elle avait une échographie et c'était mis grossesse arrêtée. Moi je regarde, au vu de la date de l'échographie, il n'y avait rien de changer au niveau du col, c'était parfait, il y avait pas de saignement, ni rien. Je lui ai dit que comme il y a longtemps qu'elle a fait l'échographie, elle n'a qu'à attendre quand notre échographe va arriver, il va passer un coup de sonde pour que je vois où ça en est, qu'elle n'aura pas besoin de payer pour l'écho. Elle ne voulait pas, et moi j'ai insisté, donc elle a fini par accepter. Quand on a fait l'échographie la grossesse était bien là, intacte ! C'est là maintenant qu'elle m'a dit qu'en fait c'est un médecin qui lui a fait ça pour qu'elle puisse se faire avorter. C'était le cachet d'un médecin-gynécologue bien connu même, donc l'échographe m'a demandé d'appeler pour lui signaler ça

pour voir si c'est pas quelqu'un qui utilise son cachet pour le faire. Moi je connaissais une sage-femme qui travaillait dans le même service que lui, je l'ai appelée et je lui ai demandé de lui en parler. Elle m'a dit de laisser, qu'elle va mener son enquête avant de lui en parler. Après elle m'a appelé pour me dire qu'en fait c'est un étudiant qui avait fait ça. Qu'il l'a suppliée de ne pas en parler au médecin sinon il allait avoir des problèmes, qu'il n'allait plus recommencer, donc la sage-femme a fini par laisser tomber ».

Les échographies trompeuses sont souvent associées à la grossesse arrêtée ou la Rétention d'Œuf Mort. Dans les deux cas, le col peut être toujours fermé et la femme peut ne pas saigner. De manière générale, l'échographie est considérée comme un outil fiable dont le diagnostic est très rarement contesté. Un agent de santé accorde davantage de crédit à une femme qui affirme, échographie à l'appui, qu'elle a une grossesse arrêtée, qu'à une autre qui viendrait sans échographie et serait référée par un autre soignant par exemple. La sage-femme citée ci-dessus m'a avoué que n'eût été le décalage entre la date de l'échographie et l'état de la patiente, elle aurait certainement procédé à l'avortement en s'imaginant offrir des soins post-avortement. Cette supposée incontestabilité de l'échographie justifie l'intérêt qu'elle suscite chez les soignants, et les détournements qui en sont faits. Les jeunes femmes parviennent donc à se la faire délivrer par des proches appartenant à l'univers médical ou par des soignants qui en font leur business (comme l'étudiant mentionné dans le récit de la sage-femme), ou encore, elles utilisent d'anciennes échographies. Certaines jeunes femmes se passeraient leurs échographies. Ainsi, les agents de santé, de plus en plus conscients de ses détournements, réajustent leurs pratiques (j'y reviendrai plus loin).

En somme, aussi éclectiques soient-elles, toutes ces conceptions valorisent d'une certaine manière les soins après avortement puisqu'ils permettent de préserver la santé et les projets génésiques des femmes, mais aussi dans certains cas de les aider à interrompre leur grossesse sans risque et à moindre coût. En marge de celles-ci, nous avons une autre conception des soins après avortement, aux antipodes des premières.

6.2.1.3. Soins après avortement, une démarche qui participe à la divulgation

Les soins après avortement constituent paradoxalement une sorte de risque pour la femme. En effet, ils sont conçus comme une démarche qui participe à la divulgation du secret de l'avortement, et qui à terme rend vulnérable la femme. Comme décrit dans

la deuxième partie, l'avortement provoqué au Burkina Faso obéit à des codes qui, lorsqu'ils sont respectés, permettent d'échapper à la stigmatisation et aux poursuites judiciaires inhérentes à la pratique. Il s'agit de tout mettre en œuvre pour le maintenir dans l'ombre en ne l'ébruitant pas. Il existe différentes manières d'ébruiter l'avortement : le faire au vu et au su de tous, ou le faire mal (Bleek, 1981). Ainsi, la complication de l'avortement est une des voies d'ébruitements de celui-ci, qui est, à son tour, exacerbée par le recours aux soins post-avortement. La complication et le recours aux soins font passer l'avortement de l'ombre vers la lumière. De l'infraction privée tolérée on passe implicitement à l'infraction publique non tolérée. Ils brisent, de fait, les codes sociaux et juridiques implicites et confrontent la fautive à la vindicte sociale et juridique. A la question « *qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez réalisé que votre avortement était en train de se compliquer et que vous seriez amenée à aller vous faire soigner ?* », les jeunes femmes et hommes interrogés ont évoqué la peur, la honte. La peur était liée à la crainte que les parents et l'entourage ne découvrent qu'elles ont avorté.

« Dans le quartier il y en a une à qui c'était arrivé, donc j'ai imaginé que la même chose pouvait m'arriver Elle s'est mise à saigner et ses parents ont su. Donc imagine, tu commences à saigner, ta maman ne peut pas te prendre sur la moto, elle va négocier avec le voisin pour qu'il t'amène dans sa voiture. Vous arrivez, tout le monde est là, la maman, le voisin, et peut-être d'autres personnes, et le docteur va venir dire "madame ta fille-là, c'est parce qu'elle a fait avortement qu'elle saigne". Quand le voisin par exemple il va arriver à la maison, il va dire à sa femme, la femme va dire à ses copines le soir à 16 heures. Tout le quartier va savoir. Ma chère, je ne dormais plus » (jeune femme de 25 ans, étudiante).

Dans un contexte où selon les enquêtés les rumeurs vont vite, et où les secrets sont gérés à la « manière africaine »⁵⁶ les jeunes femmes craignent, comme on le voit dans ces propos, que l'information ne se diffuse très vite dans leur réseau et qu'elles se retrouvent confrontées à la vindicte sociale.

⁵⁶ L'expression « secret d'Africain » se réfère à une idée selon laquelle les Africains seraient incapables de garder un secret, et seraient enclins à le partager systématiquement avec des confidents qui à leur tour en feraient de même avec chaque fois la même consigne « *il ne faut pas dire à quelqu'un d'autre* ».

La peur est aussi associée à la crainte de la réaction des agents de santé dans les structures sanitaires. Affi, 26 ans, et sans emploi redoutait les remontrances.

« Je me disais qu'en venant ici, on allait un peu mal me parler puisque moi-même je sais que ce que j'ai fait n'est pas bien ».

Et enfin, la crainte de la dénonciation auprès de la police et de la gendarmerie est aussi évoquée.

« J'ai appris dans le quartier que si les gens apprennent, ils peuvent te dénoncer et on peut t'enfermer. Puisque durant un certain temps, le trou que vous avez vu quand vous êtes venue chez nous là, les gens venaient jeter des bébés là-bas. Donc le député a dit que si les gens du quartier voient quelqu'un qui fait ça, ils n'ont qu'à venir dire. Et donc j'ai pensé à ça quand j'avais mal, je me suis dit que si je vais dans un centre de santé ils vont savoir et puis me dénoncer » (jeune femme de 18 ans, sans emploi)

Les dénonciateurs peuvent être aussi bien les agents de santé qui après la prise en charge risqueraient d'alerter les forces de l'ordre, que d'autres personnes du quartier qui viendraient à être informées de la tentative d'avortement. La honte quant à elle viendrait du regard des autres, celui des parturientes et des autres patientes dans la salle d'accouchement pendant les remontrances des agents de santé par exemple, ou celui des voisins du quartier une fois l'information ébruitée.

En somme, les soins après avortement font l'objet de perceptions diverses qui participeront comme on le verra plus loin à la construction de la décision du recours aux soins en situation de complication et influenceront les interactions avec les soignants dans les structures sanitaires. Mais avant d'aborder ce point, il faut souligner que les femmes ne sont pas les seules à donner différentes significations aux soins post-avortement. En effet, du côté des agents de santé directement en contact avec les femmes, les soins après avortement sont aussi interprétés de différentes manières.

6.2.2. Les perceptions des soins après avortement par les soignants

Les discours et pratiques des agents de santé permettent de fixer quelques cas de figure aidant à comprendre les modalités sous lesquelles se déclinent leurs perceptions des soins après avortement dans les structures sanitaires de la ville de Ouagadougou.

Celles-ci se fondent sur les dimensions thérapeutiques et sociales des soins après avortement.

6.2.2.1. *Une vision thérapeutique des SAA. Un acte « noble » à but curatif et prophylactique*

Au nombre des tâches qui leur sont dévolues, les agents de santé exerçant dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire sont amenés à offrir des soins à des femmes confrontées à un avortement spontané ou provoqué, ou à des complications découlant de ces avortements. En tant que tel, soigner une femme confrontée à une complication post-avortement est conçu avant tout comme un acte « noble ». Une sage-femme évoque tour à tour un sentiment d'aider, de sauver des vies, d'apporter un soutien à des « gens qui arrivent perdus et mal en point et qui repartent en bonne santé ». Cette vision envisage les complications d'avortement comme une « pathologie ». Conçue alors comme telle, l'offre de soins après avortement est reliée à l'idéologie du métier de soignant qui consiste à assister chaque personne dont la vie est en danger par une maladie. Il s'agirait, a priori donc, de privilégier cette dimension des soins quel que soit le type d'avortement en présence.

« Quelle que soit la situation de la femme, que l'avortement soit arrivé seul, ou bien si elle a commis l'acte, si même c'est une fille qui est allée se faire tripoter par je ne sais qui, elle a des problèmes mais on laisse tomber tout parce que c'est sa vie maintenant qui est en danger. (...) Il faut l'aider à vider pour pouvoir conserver sa santé et sa vie. C'est pour ça qu'on a été formé, sauver la vie des gens, les aider » (propos d'un maïeuticien).

Ainsi, la rétention des débris ovulaires comme les saignements apparaissent comme potentiellement dangereux pour la vie des femmes, et face auxquels une évacuation de l'utérus s'impose afin de prévenir ou limiter les infections et aussi stopper les hémorragies. L'AMUI, symbole du concept de soins après avortement, est dans cet ordre d'idée énoncée comme une mesure phare ayant révolutionné la prise en charge des complications. Inscrits dans une perspective comparatiste de l'avant et l'après instauration de cette technique, les soignants la présentent comme un moyen ayant permis de simplifier la prise en charge des avortements incomplets, comme l'explique cette sage-femme.

« Le côté gestion même de l'avortement, ça a beaucoup évolué. Vous savez bien qu'avant quand une femme avait un avortement incomplet comme ça, il fallait l'emmener au bloc : la coucher, l'anesthésier avec tous les risques que ça prend, et lui faire un curetage. Et puis il fallait les médecins gynécologues pour venir faire ça. Et vous voyez non ? ».

Les SAA auraient aidé ainsi à dé-complexifier le traitement de cette pathologie, d'éviter les tâtonnements et raccourcir le délai de prise en charge.

« Souvent on mettait, on prescrivait d'autres produits, elle prend, elle va essayer de faire, et ça pouvait amener d'autres problèmes comme les synéchies, plein de problèmes et souvent, il fallait amener cette personne au bloc. Au bloc, il fallait déjà quelqu'un pour le faire, faire aussi l'asepsie, il y avait tout ça. Maintenant avec l'AMIU, je pense que c'est encore mieux parce que c'est rapide, et on n'a pas besoin d'être médecin pour le faire ».

Par conséquent, les soignants disent éprouver une satisfaction morale à sauver de nombreuses vies. Cela les soulagerait de l'impuissance qu'ils ressentaient à voir mourir des jeunes femmes parce qu'ils n'étaient pas outillés pour répondre à leurs demandes.

« Les soins après avortement c'est une bonne chose, ça a permis de sauver beaucoup de femmes. Avant les soins après avortement, ce qu'on faisait simplement, c'était la référence, et parfois il y avait des morts. C'était pénible. Avec des élèves, des étudiantes. En tout cas, j'ai eu à voir de ces genres d'avortements provoqués suivis de mort. Ça m'a vraiment marquée. Aujourd'hui, des fois on est devant des cas d'hémorragies qui saignent, qui saignent mais on arrive à sauver la femme. Il y a cette satisfaction morale même qui est là »
(propos d'une sage-femme).

Pour poursuivre dans le sens de la satisfaction morale évoquée par ce prestataire, les soins après avortement, surtout dans le cas des avortements provoqués, sont aussi présentés par certains soignants comme une voie de rétablissement d'une « injustice » à l'endroit de personnes considérées alors comme « victimes » d'un système. Ce discours est tenu essentiellement par les agents qui voient en la légalisation une alternative aux drames induits par les avortements non médicalisés. Pour ce médecin par exemple « à défaut de pouvoir leur donner l'avortement sécurisé dont elles ont besoin, au moins

maintenant on peut les soigner en cas de complication pour limiter les dégâts ». Ainsi, pour un soignant qui se retrouverait bloqué dans son désir de venir en aide à une femme en quête d'avortement parce que la loi interdit l'IVG, offrir des soins après avortement deviendrait une alternative pour se racheter, et compenser sa défection devant une personne dans le besoin.

Un autre aspect mis en avant par les professionnels de santé est la dimension préventive. En effet, les soins sont aussi conçus comme un lieu de prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque. Grâce au volet sensibilisation inclus dans le pack du concept de SAA, cette sage-femme s'estime désormais assez outillée pour fournir aux femmes les informations visant à prévenir la récurrence.

« Ça m'a permis de bien aborder les femmes parce qu'en fait la formation en soins après avortement c'est pas seulement..., c'est pas seulement la pratique, il y a la communication, comment les gérer, le suivi, la suite. Il y a beaucoup de choses qui sont intégrées telles que même la sensibilisation, (...) la contraception voilà et puis le suivi même de la femme pour que les choses comme ça n'arrivent plus ».

Une fois l'urgence levée (ou parfois durant les soins d'urgence) il s'agit de sensibiliser les femmes en leur expliquant les risques de l'avortement clandestin et en leur fournissant des informations sur les moyens d'éviter les grossesses.

Soigner une femme confrontée à des complications après une IVG est enfin conçu comme un canal pour sensibiliser les autres jeunes femmes sur les risques de l'avortement. Une infirmière percevait les *near-miss*⁵⁷ de l'avortement comme des « outils vivants » pour une sensibilisation de masse : « tu sais, c'est une bonne chose parce qu'elles vont devenir un exemple, le fait de les soigner ça leur évite la mort, et comme ça elles pourront raconter aux autres ». Les jeunes femmes ayant échappé de près à la mort seraient des preuves vivantes des conséquences des IVG, et constitueraient un moyen pour dissuader leurs congénères.

6.2.2.2. Une vision sociale des SAA. Quand malaises et frustrations s'emmêlent

⁵⁷ Terme anglais dont l'équivalent en français est « échappée-belle ». Il désigne dans le champ de la santé les femmes ayant échappé de peu à la mort à la suite d'une complication gynéco-obstétricale.

Dans les rapports des professionnels aux soins après avortement, la dimension thérapeutique se trouve couplée généralement à la dimension sociale. Cette dernière fait des complications post-avortement une pathologie « stigmatisée » intimement corrélée à la réprobation sociale de l'avortement dans le pays. Ainsi, explicitement ou implicitement, l'acte thérapeutique en tant que charge incombant à tout soignant ou le concept en lui-même comme mesure sanitaire peut revêtir dans l'imaginaire des agents de santé une connotation négative et dépréciée, dont les notes suivantes aident à illustrer quelques pans.

Extrait de carnet de terrain : 13 octobre 2011, FS3. J'assure l'accueil ce jour. Arrive vers 11 heures une patiente se tordant de douleurs avec une échographie dont l'interprétation évoque un avortement incomplet. Voyant qu'elle peine à tenir debout, je quitte mon poste pour l'aider à s'installer devant une des salles de consultation et j'entre dans l'infirmierie pour négocier une prise en charge en urgence. Une infirmière et un stagiaire de l'école nationale de santé s'y trouvent. Ils viennent de terminer une AMIU et la patiente attend sur la table tandis que l'infirmière nettoie le matériel. Je lui décris la situation de la jeune femme et elle me rétorque : « *Mais pourquoi c'est à moi qu'on envoie les AMIU aujourd'hui ? Hier j'en ai fait quatre, et aujourd'hui ça va faire la deuxième personne* » (j'avais en effet remarqué qu'une bonne partie des AMIU était effectuée par cette infirmière). Je m'en excuse et lui explique qu'il s'agit d'une décision personnelle. Lorsqu'elle réalise à la vue de l'échographie qu'il s'agit d'une IVG, elle poursuit : « *Quand en plus c'est des cas d'IVG ça ne me donne même pas envie de toucher, de faire quoi que ce soit. Même si je le fais c'est malgré moi. Je le fais, mais au fond de moi j'ai mal. C'était la même chose pour tout à l'heure et celle-là vient s'ajouter* ». Après cette tirade, elle m'autorise à faire entrer la patiente dès que la précédente aura rejoint la salle de repos.

Cette situation montre des figures de réactions négatives que la perspective de soigner des patientes souffrant de complications post-IVG peut susciter dans l'univers médical.

Des soins incommodants

Pour cette infirmière comme bien d'autres, la tâche qui consiste à prendre en charge une femme confrontée à des complications après une tentative d'interruption volontaire de sa grossesse n'est pas toujours exécutée de gaîté de cœur. Même si tous ne

l'admettent pas officiellement, pour la plupart cette tâche est synonyme d'aide à des patientes perçues comme déviantes voire des « criminelles ». Une sage-femme s'interrogeait, d'ailleurs, sur la fibre humaine de ce type de femmes.

« Vraiment quand tu regardes, tu demandes le cœur de celle qui a pu provoquer l'avortement. Quel cœur elle a ? Est-ce que c'est vraiment un cœur humain ? ».

Ces réactions s'inscrivent dans le prolongement des théories de la « moralisation des états de santé » dans les espaces de soins (Hours, 2001 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). En effet, ils sont connus pour être des lieux de catégorisation des malades selon l'étiologie sociale ou morale de leur maladie. Celle-ci consiste à porter sur les malades un jugement qui les rend « coupables » ou non des comportements ayant conduit à la mise en péril de leur état de santé (Jewkes, Naeemah, & Mvo, 1998 ; Roth, 1972) et qui justifient des pratiques différenciées selon le diagnostic posé par les agents de santé. La femme qui a avorté, en plus d'être considérée comme celle qui a ôté une vie, est surtout perçue comme responsable de la « maladie » dont elle souffre, contrairement à une patiente hospitalisée au même moment pour un avortement spontané ou toute autre pathologie liée à la grossesse. Cette distinction intègre ainsi la complication post-avortement dans la catégorie des pathologies qui impliquent une conduite hors normes de la patiente. Il s'agit donc de patientes dont la souffrance est perçue comme méritée et qu'on ne prend pas plaisir à soigner.

De même, l'acte thérapeutique de soins après avortement est vécu par certains soignants comme une manière indirecte de fournir des services d'avortements illégaux aux femmes. Les SAA, dans ces cas de figure, s'inscrivent dans une continuité de l'avortement provoqué. Pour cette sage-femme, effectuer une aspiration manuelle intra-utérine dans le prolongement d'un avortement provoqué en cours serait une participation indirecte à l'avortement parce que « *c'est toujours un avortement que quelqu'un est allé provoquer, et le fait de mettre sa main dedans, c'est comme si on participait aussi* » (une sage-femme de confession musulmane). En soulageant la femme des débris ovulaires ou d'un œuf mort, l'agent contribuerait symboliquement à achever le processus de l'avortement. D'où la présence d'un malaise chez ces soignants. Ce malaise peut se voir décuplé lorsque l'aspiration ramène un embryon toujours vivant par exemple, comme le témoigne cette autre sage-femme de confession catholique.

« Une fois j'ai fait sortir l'œuf dont le cœur battait encore. C'était dans ma main et j'ai senti quelque chose qui..., en tout cas ça bougeait. Et quand j'ai déposé, l'enfant était tout blanc comme votre feuille, il n'avait pas encore trois mois, j'ai regardé j'ai vu que ça battait vraiment. Bon, quelques minutes après, ça s'est arrêté. Mais moi ça m'a choquée, j'ai eu l'impression d'avoir participé à faire l'avortement même si c'était un soin après avortement ».

L'augmentation des détournements des soins après avortement par les femmes à des fins d'IVG à travers les échographies erronées (dont le mécanisme a été précédemment décrit), accroît l'assimilation de l'offre de SAA à celle d'IVG. Enfin, une infirmière m'a confié avoir été accusée par une patiente d'avoir interrompu sa grossesse. Il s'agissait d'une grossesse désirée pour laquelle l'échographie indiquait une grossesse arrêtée. L'intervention portait alors sur un cas d'avortement spontané et n'était *a priori* pas source de malaise jusqu'à ce que la patiente le fasse naître.

« En fait, la dame est venue me voir avec une échographie et c'était marqué grossesse arrêtée. J'ai discuté avec elle et je lui ai donné du Cytotec. Elle a pris l'échographie et elle est allée voir son médecin qui lui a fait faire une autre écho et qui lui a dit que la première écho n'avait pas été bien faite et que si je ne lui avais pas donné le Cytotec la grossesse aurait pu rester. C'est quand elle est venue pour son contrôle qu'elle m'a dit ça. Elle était en colère, que moi j'ai gâté sa grossesse. (...) Vraiment ça m'a fait mal. Tu es là pour aider les gens et on gâte ton nom que tu fais des avortements ».

Elle a conclu qu'une telle accusation n'avait contribué qu'à accentuer l'image négative qu'elle avait par moment de cette dimension de son travail d'infirmière. Ce ressenti vis-à-vis du rôle de soignant serait parfois si intense que certains, à l'image de cette sage-femme de confession catholique et très pratiquante, regretteraient d'avoir embrassé cette carrière.

« On est obligé d'une certaine façon. Moi-même on voulait que je fasse IDE [Infirmier Diplômé d'État] mais c'est moi j'ai choisi sage-femme et c'était l'accouchement qui m'intéressait. Je suis rentrée maintenant et j'ai vu que y a d'autres choses. Souvent même, je veux quitter ce statut de sage-femme là. Pour vous dire vraiment à quel point on ne choisit pas toujours ce qu'on fait ».

Pour échapper au malaise et éviter de porter la culpabilité d'un acte reprouvé par leur religion, pour les fervents croyants par exemple, les agents de santé s'instaurent de plus en plus des règles. L'infirmière victime d'accusation exige désormais la présence de saignements avant toute intervention. Cette autre sage-femme dit opter plutôt pour l'attente, surtout dans les cas d'avortement provoqué.

« Parfois l'avortement n'est pas totalement fait, ça menace mais par exemple l'œuf n'est pas mort. Comme la personne ne veut pas, elle veut qu'on agisse pour tuer l'œuf qui est toujours vivant. C'est vrai que de toute façon la grossesse va sortir, mais en général je demande d'attendre. Dans l'attente, l'œuf va finir par mourir, et si ça ne sort pas, à ce moment je peux faire l'AMIU ».

Tandis que sa collègue, sage-femme également, oscille entre la référence vers ses collègues et l'usage du Misoprostol au lieu de l'AMIU dont la gestuelle la conforte dans le sentiment de faire un avortement.

« Des fois, même si je veux faire l'aspiration et puis l'œuf est toujours là, parfois je refuse. Je donne protocole Misoprostol pour ne pas toucher parce que vraiment dans ma tête c'est comme si je faisais l'avortement et ça c'est contre ma foi. Parce qu'une fois j'ai fait l'AMIU et ça m'a trop marquée. J'ai fait et puis le liquide a rempli la seringue immédiatement, j'ai su que l'œuf était là, ce n'est pas le placenta. Donc maintenant si je fais le TV [Toucher Vaginal] ou bien avec le spéculum et je vois que l'œuf est là, je dis protocole miso ou bien je dis à mes collègues de faire, parce que si je me mets à faire l'AMIU dans ça j'ai l'impression de faire un avortement » (une sage-femme de confession musulmane).

Si chez certains agents de santé ce rapport malaisé aux SAA naît d'un processus intrinsèque, dans d'autres cas, il peut être tributaire du regard que les « autres » portent sur ces soins. « Autre » prend en compte les collègues comme les patients. Madame B, sage-femme m'explique qu'elle n'éprouvait aucune gêne à exécuter les AMIU jusqu'à ce qu'une rumeur lui parvienne.

« Nous on est ici, on se dit qu'on soigne des femmes, je me disais que je savais des vies et j'étais fière. Et qu'est-ce que j'apprends un jour, que nous on fait des avortements, qu'on est des avorteurs. Depuis ça, ma satisfaction a un peu diminué

parce que c'est pas facile ».

À cause de son projet d'offre de soins post-avortement, une structure comme l'ABBEF et son personnel (dont cette sage-femme fait partie) ont la réputation d'offrir des avortements. Cette assimilation des SAA aux IVG est faite, d'une part, par les femmes, comme le décrit cette sage-femme.

« Une fois j'ai reçu une jeune dame. À peine elle est rentrée dans la salle, elle ne m'a même pas saluée, et puis elle me regarde. Je dis il y a quoi ? Que non elle, elle m'écoute. Eh, je dis "tu m'écoutes ? Tu es venue dans mon bureau et c'est toi qui m'écoutes ?". Elle m'a dit qu'elle m'écoute. Je dis "si tu es venue vers moi, moi je pense que tu as un besoin, donc exprime toi". Que non elle, elle m'écoute. Je dis ah, ça sera difficile. Elle s'assoit, elle me regarde, elle me dit qu'elle a une grossesse, elle ne veut pas de la grossesse et elle vient pour avorter. C'est ce qu'elle m'a dit, qu'elle vient pour avorter. Ce n'est même pas "je négocie un avortement", c'est "je viens pour avorter". Je n'ai pas voulu m'énerver, ça m'a frustrée mais, j'ai pu me contenir (...). Je lui ai dit "qui t'envoie même d'abord ? Tu es venue de toi-même ou bien on t'a envoyée ?". Elle me dit non, qu'elle vient d'une clinique, qu'on lui a dit de venir qu'on fait des avortements ici. Je dis mais regarde le registre, tu sais lire ? Regarde le registre, c'est écrit quoi ? Elle dit "Soins après avortement". Je dis "d'accord, moi je suis là pour prodiguer les soins après avortement. Je ne suis pas là pour faire des avortements et nous ne sommes pas un service d'avortement" ».

De nombreuses autres femmes, à l'image de celle-ci, sont orientées vers la clinique à cause de son offre de soins après avortement. Selon les agents de santé, les rumeurs courent qu'il suffirait de se faire délivrer un « papier » dans un CSPS pour bénéficier d'un avortement dans cette clinique. Le « papier » en question est la fiche de référence délivrée aux femmes en cas de complications post-avortement, mais qui est interprété par la population comme le « sésame » permettant d'accéder aux services d'IVG dans la clinique.

L'assimilation SAA et IVG serait aussi faite par les agents de santé (entre des agents d'une même structure ou entre agents de différentes structures), et se manifesterait sous forme d'allusions ou de références systématiques de patientes.

« On n'est perçu différemment des autres qui n'offrent pas des SAA. Ça se remarque parfois à leur façon de nous regarder et quand on nous rapporte leurs dires. Certains refusent de prendre en charge des patientes pour des SAA même quand c'est spontané, que c'est contre leur religion. Dans ces cas, c'est nous on nous appelle » (propos d'une sage-femme).

Ceci aide à expliquer la réaction de l'infirmière (évoquée dans la précédente situation de terrain) lorsque je l'ai sollicitée pour la prise en charge du cas d'avortement provoqué. Elle m'a confié, par la suite, avoir le sentiment que ses collègues se délestaient des AMIU à son détriment, comme si cette tâche était indigne d'eux. Dans d'autres situations, ce sont des sages-femmes qui ont ce sentiment par rapport aux médecins, comme l'ont constaté Mandira Paul et ses collaborateurs en Ouganda (2014). Dans le cas de la référence entre services, je l'ai noté en filigrane dans les propos des soignants. En effet, en suivant l'itinéraire des patientes afin de documenter les conditions de leur prise en charge à chaque étape, j'ai réalisé dans les discours des soignants que les soupçons ou le diagnostic d'IVG à lui seul suffisaient à motiver la référence. Une accoucheuse rencontrée dans un CSPS m'a révélé ceci à propos d'une patiente qu'elle avait référée.

« Quand elle a dit que c'était un avortement provoqué, moi j'ai dit tout de suite de continuer là-bas [au CMA], je n'ai même pas osé la toucher, j'ai préféré la faire partir parce que qui va mettre sa main dans ça et se créer d'autres problèmes ».

La patiente en question, selon les agents de la structure d'accueil, aurait pu être prise en charge sur place car son avortement était quasiment complet. Un simple examen aurait donc pu permettre à cette accoucheuse d'apprécier l'état de la patiente afin de juger de la pertinence ou non de la référer. Ces références entre collègues ou entre services permettent ainsi de concilier malaise et obligation professionnelle car la référence dans les normes médicales est légitime même si elle peut ne pas être justifiée (Ouédraogo, 2006). D'où une tendance à se défaire de patientes dont on aurait pu se charger en temps normal au motif qu'il s'agit de cas « compliqués ».

Un travail « gratuit » et frustrant

Comme je le décrivais dans le précédent chapitre, les IVG constituent une importante source de revenu pour les avorteurs clandestins. Néanmoins ces prestations

lucratives ne s'accompagnent pas toujours de la qualité attendue. En conséquence, une majorité des avortements enclenchés par les avorteurs clandestins, chèrement rémunérés, se soldent par des complications dont héritent les soignants fonctionnaires du système public en tant que partie intégrante de leurs charges de travail. Une sage-femme dans un CMA qui prend en charge un avortement en cours, ou une grossesse arrêtée, ne perçoit comme rémunération que son salaire mensuel de fonctionnaire. Cette « injustice », selon cette sage-femme qui ne passe pas une journée sans faire une AMIU, rendrait frustrante l'offre de ces soins car perçue comme une charge supplémentaire dont ils auraient pu se passer, et qui plus est n'est même pas rétribuée.

« Ce qui me fait mal dans l'histoire là, c'est qu'il y a des gens qui s'enrichissent derrière, et nous on est obligés de faire le sale boulot alors qu'on a déjà beaucoup de choses à faire. Ils prennent l'argent, ils ne font rien et c'est sur nous que ça tombe après, et on n'a rien en retour ».

Le personnel, en conséquence, ne manque pas de signifier aux femmes cette injustice.

« C'est nous qui faisons le plus gros travail sans rien, mais on le fait parce qu'il faut sauver la personne. Mais avant on lui parle hein, on va lui faire comprendre ça d'une manière ou d'une autre. Parfois elle est là, elle crie qu'elle a mal je dis "mais là où tu es allée faire et tu as payé beaucoup d'argent là, la personne ne pouvait pas terminer ça là-bas ? Et c'est à moi tu viens donner ? Tu veux que je fasse quoi ? Faut retourner voir la personne elle va terminer ça" » (propos d'un maïeuticien).

Pour conclure cette section, on peut dire que si les soins après avortement constituent un acte thérapeutique important à plusieurs égards, tant pour les femmes que pour les soignants, ils revêtent aussi une dimension décriée du fait des stigmates de l'avortement. Ces différentes perceptions autant « valorisantes » que « stigmatisantes » des soins après avortement se déclinent en pratiques diverses dans la construction de la décision d'aller se faire soigner comme dans les interactions soignants-soignées dans les espaces de prise en charge .

6.3. Logiques de recours et rapports soignants-soignées dans les structures sanitaires

La disponibilité des soins après avortement dans les structures sanitaires n'est pas gage d'un recours et d'un accès systématiques à ceux-ci. Les perceptions que je viens de décrire orientent les pratiques des femmes et des professionnels de santé lorsque des complications surviennent et régissent leurs interactions dans les structures sanitaires. La trajectoire de soins de Paula lors de son premier avortement permet d'illustrer les différents enjeux autour de la démarche vers les services de traitement des complications post-IVG et la manière dont les stigmates de l'avortement peuvent influencer les choix et les pratiques le long du processus des itinéraires de soins.

Après l'intervention chez l'avorteur clandestin, Paula retourna chez elle avec des douleurs et des saignements.

« Quand on m'a amenée à la maison j'ai essayé de supporter la douleur, je croyais que ça allait passer. Mon copain m'appelait chaque fois pour savoir comment ça va parce qu'il avait peur, puisque c'est lui il a fait ça, et moi je lui disais que ça va pas, ça fait toujours mal ».

Bien qu'inquiétée par la détérioration progressive de son état, elle ne parvenait pas à se résoudre à aller consulter

« J'ai supporté ça pendant quatre jours comme ça parce que je me disais que ça allait passer, mais à vrai dire c'est parce que j'avais peur. Je savais que ce qui se passait n'était pas normal mais je me disais "ah, si tu vas dans un centre de santé et puis on découvre ce que tu as fait, c'est toi qui seras dans les problèmes", et mon copain aussi me disait de supporter, que ça va passer. Donc j'essayais de supporter. Mais le cinquième jour là, j'ai vu que si je ne partais pas là, c'est mon cadavre qu'on allait trouver. Je ne pouvais plus dormir, je ne pouvais pas m'asseoir, rien, j'avais mal seulement. Et puis le sang là, si tu vois toute la maison ici là, c'était du sang ».

L'instinct de survie vint à bout de ses appréhensions et elle se résolut à recourir à un centre de santé.

« Il y avait ma nièce qui était avec moi, j'avais tellement mal, qu'elle a fini par comprendre. Donc c'est grâce à elle, c'est elle qui a appelé le voisin, et le voisin

a appelé mon copain. Quand il est venu il a dit au jeune là [le voisin] de ne pas s'inquiéter, que lui il va m'amener à l'hôpital, qu'il peut retourner dans sa maison. Il ne voulait pas que quelqu'un sache, il avait peur comme ça, donc il flattait ma nièce que de ne pas pleurer, alors que lui-même il pleurait. Et tu sais quoi, il n'avait rien sur lui, il n'avait que 5000 Fr. Heureusement moi j'avais 20.000 Fr et la petite là avait 12.000 Fr qu'elle m'avait remis. Donc j'ai pris tout ça, en cas de cas, pour ne pas appeler les gens si jamais on ne peut pas payer les médicaments, parce que si on les appellent, forcément ils vont savoir et ça va gêner mon nom ».

Elle fut transportée sur une mobylette par son copain jusqu'au CSPS de leur quartier avec la consigne de ne rien révéler de leur incartade. Convaincue elle aussi de la nécessité de garder le silence, sa résolution céda devant l'inquisition poussée et les arguments des agents de santé.

« Au CSPS là-bas, dès que je suis rentrée seulement, ils m'ont posé la question, que qu'est-ce qui s'est passé ? En route il m'avait dit que moi de ne pas dire ce qu'on a fait parce que si je dis là, ils vont l'amener à la police. Donc quand je suis rentrée dans la salle, les femmes me questionnaient beaucoup, que c'est ma vie qui est en danger, que ce qu'on a fait là que de dire. Donc finalement je n'ai plus tourné, j'ai dit "j'étais enceinte, il m'a amenée quelque part, moi-même je ne peux pas dire où c'était, je connais plus. Le gars a pris quelque chose me piquer et depuis ça je saigne seulement, il a gâté ma grossesse". Donc les femmes ont dit "que c'est le monsieur là qui a fait ça ?". En ce moment il était caché derrière la porte et il entendait ce que j'ai dit. Donc les femmes m'ont dit que j'ai bien fait, que si je ne disais pas la vérité là, ils n'allaient pas pouvoir me soigner ».

Cet aveu permit aux agents de santé de situer les responsabilités et c'est donc sur son copain qu'ils se seraient « défoulés ».

« Elles l'ont fait rentrer dans la salle, et elles l'ont insulté, qu'il est criminel, qu'il a mis ma vie en danger. Il était là il ne parlait même pas. Moi j'ai eu la chance, elles ne m'ont même pas insultée ».

Après les remontrances et un examen clinique, la décision fut prise d'évacuer Paula vers un centre médical en raison de la gravité de son état.

« C'est là maintenant qu'ils ont dit qu'eux ils ne peuvent rien faire ici vu comment je saigne, qu'ils vont appeler l'ambulance pour m'envoyer au CMA, parce que si j'ai besoin de sang par exemple, eux ils ne pourront pas le faire ici ».

Avant l'arrivée de l'ambulance, le copain versa 4000 Fr aux soignants comme frais de consultation. Se retrouvant alors avec seulement 1000Fr et ignorant que Paula avait de l'argent, il décida de solliciter l'aide aux amis qui l'avaient accompagné dans sa décision de faire avorter Paula.

« En ce moment il n'avait plus rien même, ses 5000 Fr là étaient presque finis. Il a essayé d'appeler ses amis qui l'ont encouragé là, personne n'a accepté de venir l'aider. Ah, qui est fou pour se créer des problèmes ? Il a pleuré comme ça, que si lui il savait il n'allait pas faire ça, que voilà on est dans des problèmes. J'ai eu pitié de lui, je lui ai dit que j'ai de l'argent sur moi, qu'on peut partir ».

Au CMA, Paula fut admise dans la salle d'accouchement où elle attendit debout pendant que la sage-femme parcourait la fiche de référence sur laquelle était marquée *« patiente reçue pour tentative d'IVG sur grossesse d'environ 12 semaines avec saignement++ et douleurs++ . Référée pour meilleure prise en charge »*. Après la lecture des informations, elle se serait adressée à Paula en ces termes.

« Quand elle a fini de regarder le papier, je ne sais pas ce qu'ils avaient écrit dessus mais elle a crié, “couche toi là-bas, qu'est-ce que tu as fait, si tu parles pas là, je vais te laisser et puis partir m'occuper des gens plus importants”. Aïe ! je n'ai même pas compris ce que j'avais fait pour qu'elle s'énerve comme ça. Du coup je suis allée me coucher, mais comme j'ai eu peur, je pouvais plus parler. Elle m'a dit, “si tu ne parles pas, je compte jusqu'à trois, si tu ne dis rien, je sors et je te laisse”. Je suis assise comme ça, je tremble, j'ai mal, et toi tu es en train de crier sur moi. Donc j'ai pris mon courage et j'ai répété ce que j'avais déjà dit aux autres ».

Mais contrairement aux soignants du CSPS, cette sage-femme n'épargna pas Paula.

« Elle m'a dit “vous êtes comme ça vous les jeunes ! Vous prenez grossesse et puis maintenant vous voulez avorter. Voilà les conséquences ! Si vos mamans avortaient, vous vous allez être en vie ? Faut te coucher là-bas” ».

L'examen clinique et les actes de soins se seraient effectués sur fond de violence

« Pendant qu'elle m'examinait elle a continué à me maltraiter seulement, et moi je lui demandais pardon, je faisais tout seulement pour ne pas l'énerver encore plus, je faisais tout, je lui parlais doucement. Même quand elle crie sur moi, je parle gentiment avec elle ».

Son attitude vint à bout de l'agressivité de la sage-femme, qui transforma les remontrances en conseils.

« À force de demander pardon et de montrer que j'étais en tort, je crois qu'elle-même elle a fini par avoir honte de son comportement. Maintenant elle a commencé à m'expliquer les choses doucement, faut aller ici, on va laver le ventre, quoi quoi quoi, que c'est pour mon bien qu'elle parle, que c'est pas parce qu'elle me déteste ».

Croyant son cauchemar terminé, elle réalisa, une fois dans le service d'AMIU vers lequel elle fut référée le lendemain matin, que cela était loin d'être le cas.

« Quand je suis allée là-bas aussi, la dame me dit "tu vas voir ce que je vais te faire ici". Que ton mari est où ? Je dis le voilà. Donc elle lui a dit "pourquoi tu as fait ça ?", puisque ses collègues lui avaient déjà dit, "pourquoi tu as fait ça ? Tu voulais la tuer ? Si vos mamans là avaient fait ça, est-ce que vous allez être en vie ? Vous les jeunes d'aujourd'hui là, vous n'avez pas dit que vous êtes comme ça ?". Après elle me dit "faut te coucher là-bas, je vais pas te mentir hein, je vais faire pour que tu aies très mal, je vais même pas blaguer avec toi, tu vas avoir très très mal et comme ça tu ne vas plus répéter encore. Mais faut supporter, parce que si j'entends un cri seulement, je te laisse avec". Donc elle a commencé à laver le ventre, j'ai cru que j'allais mourir. Elle faisait avec force, elle tournait, et moi je pleurais. Il y avait un de ses collègues dans la salle, c'est le monsieur qui est venu auprès de moi, il m'a pris la main, a touché ma tête et m'a dit de supporter, que ça va aller. Et c'est là maintenant qu'elle a diminué sa méchanceté, elle a commencé à faire doucement, que ça va aller, que c'est pour ton bien. Quand elle a fini, elle a appelé mon copain "où est l'idiot là ? Faut venir voir ce que tu as mis dans son ventre"».

Après l'intervention, elle réclama 5000 Fr CFA alors que le copain de Paula (grâce à l'argent qu'elle lui avait remis) avait déjà payé 3600 Fr CFA à la caisse conformément au tarif en vigueur pour l'AMIU. Ce qui porta à 8600 Fr CFA les frais de l'AMIU au lieu de 3600 Fr CFA, en plus des frais payés dans la salle d'accouchement pour les couches, et d'autres produits pour traiter sa douleur. Au vu des mauvais traitements qu'elle subit, Paula décida de ne pas respecter le rendez-vous de contrôle qui devait avoir lieu une semaine après.

« C'est pour ça que quand on m'a donné rendez-vous , je ne suis plus repartie, j'ai eu peur. Les menaces qu'ils ont fait là, ça te donne même plus envie d'aller. Et mon copain aussi m'a dit que si je vais et puis on m'attrape c'est moi j'aurai cherché ».

Or ce rendez-vous est généralement déterminant car il permet non seulement de s'assurer que la patiente est complètement remise, mais aussi de lui proposer une méthode contraceptive pour éviter une autre grossesse. Si Paula se remit de cette complication, elle se retrouva à nouveau enceinte quelques mois plus tard.

6.3.1. Entre crainte de stigmatisation et instincts de survie. Des délais différenciés dans le recours aux soins

Les exemples de Paula et d'Assia (en introduction) montrent que le recours aux soins s'effectue selon des critères sociaux et médicaux que je décrirai dans ce point. En effet, tout comme la décision d'avorter, la décision de se faire traiter en cas de complication est influencée par une pluralité d'éléments complexes qui interagissent et déterminent les itinéraires et les délais de recours. Si dans certains cas les délais sont relativement réduits (un à deux jours), dans d'autres ils peuvent s'étaler sur plusieurs jours, voire des semaines. Le délai le plus long que j'ai enregistré a été celui de Safia (dont l'itinéraire a été présenté au début de cette troisième partie). Elle a attendu deux mois avant de se rendre dans un centre de santé et a préféré une structure privée.

6.3.1.1. Processus de construction du recours aux SAA

Comme l'ont souligné Pierre Chauvin et Isabelle Parizot (2005, p. 7), les relations d'un individu avec le monde médical ne sont jamais figées. Ils montrent, en effet, qu'en tant que processus sociaux, le rapport à la santé et au système de soins, les comportements et habitudes de vie ainsi que les recours (ou les non recours) au système

médical s'inscrivent dans des enjeux qui débordent du cadre thérapeutique avec lequel ils peuvent éventuellement entrer en conflit. Dans le cas de la complication post-avortement, l'apparition d'une hémorragie ou de fortes douleurs chez une jeune femme et la démarche vers les dispositifs de prise en charge de ces symptômes ne vont pas nécessairement de pair. Car cette démarche entre en conflit avec d'autres enjeux qui sont notamment le fait d'être détentrice d'un secret dont la divulgation la mettrait en difficulté (crainte d'être emprisonnée, d'être stigmatisée, violente, etc.). Ces menaces/risques constituent ce que Pierre Chauvin et Isabelle Parizot (2005) nomment « déterminants sociaux de santé et de recours aux soins ». Ces déterminants qui orientent les démarches des patients vers les structures de soins seraient constitués d'attributs individuels et de constructions sociales. Ils sont illustrés à partir d'exemples de certaines caractéristiques psychosociales comme l'estime de soi, les capacités individuelles d'adaptation, les perceptions de sa propre efficacité à faire face à une situation, ainsi que l'intériorisation des normes médicales et les expériences antérieures et familiales de la maladie et du recours aux soins. Ces facteurs seraient susceptibles, toujours selon eux, de créer une barrière vis-à-vis des institutions de soins et d'induire des phénomènes de « dissuasion symbolique », dont les conséquences dans le cas de l'avortement seront le non recours ou les recours tardifs aux soins, ou encore l'inobservance des décisions médicales (comme ce fut le cas pour Paula lorsqu'elle a choisi de ne pas respecter le rendez-vous qui lui avait été fixé). La conscience d'une infraction sociale et la peur d'un mauvais traitement peuvent ainsi dissuader les jeunes femmes de recourir aux soins en cas de complications post-avortement malgré la conscience du risque que représente ce non recours pour leur survie. À terme, ces facteurs peuvent renforcer les inégalités d'accès aux soins en fonction de la situation sociale des patients, en l'occurrence les plus vulnérables (Chauvin & Parizot, 2005). Cela concerne les femmes sans ressources (à cause des coûts investis pour se faire avorter et la fragilité de leurs liens sociaux) et qui souffrent d'une pathologie stigmatisée à l'image des complications après l'interruption volontaire d'une grossesse. Concrètement, comment interagissent ces différentes variables subjectives et objectives en situation de complications post-avortement, et comment les femmes procèdent-elles pour transcender les barrières (parfois subjectives) d'accès aux soins ? Quels acteurs les accompagnent dans ce processus de relativisation et de hiérarchisation des maux (physiques et sociaux) et du recours ?

Les recours aux soins s'établissent de manière processuel comme on a pu le voir dans les différentes illustrations. Il implique un premier travail « domestique de santé » (Cresson, 1998) qui consiste à évaluer les symptômes, leur gravité, les types d'offres de prises en charge possibles, mais aussi l'accessibilité supposée de ces soins. En cas de maladie, la décision relève du groupe organisateur de thérapie (Janzen, 1995), qui peut être représenté par exemple par une mère secondée par d'autres membres quand il s'agit d'un enfant (Mebtoul, 2000). En situation de complication post-avortement, j'ai relevé deux figures de construction de la décision de recours aux soins. Il s'agit d'une part, de la décision construite par un groupe constitué par la femme (dans la suite du « groupe organisateur d'avortement »), et d'autre part de la décision prise par un groupe dont la constitution échappe au contrôle de la femme et qui a les mêmes caractéristiques que le « groupe organisateur de thérapie » en cas de maladie.

6.3.1.2. Recours construit par le groupe organisé par la femme

Lorsque le processus de l'avortement est enclenché, la femme est détentrice d'un secret au même titre que les personnes susceptibles d'avoir été impliquées dans le recours. Il s'agit d'un secret qui à la fois les lie, mais qui est aussi source de tension entre eux. En effet, le secret de par ses propriétés est un objet chargé de tension, à savoir « la tension du refus qui a constitué le secret et qu'il faut maintenir pour le préserver » (Zempleni, 1996, p. 24). L'intérêt de préserver le secret de l'avortement est d'autant plus important au Burkina Faso que tous ceux qui ont participé à l'avortement sont passibles de poursuites judiciaires conformément à la loi (bien que dans les faits, les cas de poursuites s'avèrent très rares). En cas de complications, le processus d'évaluation des risques et du recours peut engager certains membres du « groupe organisateur d'avortement » comme on l'a vu dans le cas de Paula et de son compagnon : elle lui faisait part de ses douleurs et de ses saignements, et tous les deux estimaient qu'il valait mieux attendre pour voir si ça passait pour ne pas que les autres le sachent. En général, la « barrière symbolique » empêchant le recours aux soins est prégnante jusqu'à ce que les symptômes de la complication et ses implications conduisent la femme (et ses aidants) à la franchir et à entamer la démarche vers les soins. Comme le montre Mohamed Mebtoul (2000, p. 264), « le passage du normal au pathologique est décrit en référence aux changements d'état (...). Tout en opérant une hiérarchisation entre les différents symptômes (inquiétants, graves ou non), l'utilisateur ne tente pas de caractériser la pathologie. Il insiste plutôt sur le langage des maux ». Le fait pour Paula de n'avoir

pas réussi à dormir toute une nuit, de ne pas pouvoir s'asseoir, et l'hémorragie ont constitué des preuves de la gravité de son état et des risques qu'elle encourait (décès et stérilité). Chez Tenin, c'était plutôt le fait de vomir du sang et d'avoir des selles sanguinolentes. L'effondrement de la barrière signifie alors que le processus de subjectivation personnel (ou collectif) a conduit à un changement de camp de l'intolérable (Fassin & Bourdelais, 2005) : de l'avortement comme intolérable sanctionné, la femme passe à la mise en péril de sa propre vie - synonyme d'une double perte étant donné que le fœtus est certainement déjà mort - comme non tolérable. Ce processus de subjectivation peut être soit celui de la femme qui alors initie le recours aux soins de concert avec le « groupe organisateur d'avortement », soit celui de membres du groupe organisateur d'avortement qui alors travaillent à convaincre la femme, ou l'amènent en consultation contre son gré comme ce fut le cas pour Stépha, élève de 18 ans. Le « groupe organisateur de son avortement » était constitué de sa mère, de sa grande sœur, de la tante de sa mère et d'une de leur voisine. Elles ont fait appel à un avorteur clandestin (un infirmier selon elles) pour faire avorter la jeune fille et deux semaines après l'intervention, elle a commencé à se plaindre de douleurs. Dès ces premiers symptômes, sa mère dit avoir suggéré qu'elle aille consulter tandis que les autres membres du groupe optèrent pour l'attente. Sa grande sœur qui faisait partie des réticents a justifié le choix par l'espoir que son état s'améliorerait même sans soins.

« Les gens pensaient que ça allait finir par passer parce que l'imbécile du cabinet de soins nous a flattés et a pris beaucoup d'argent. Donc on pensait que ça allait passer. On se disait qu'il ne pouvait pas prendre 50.000 Fr et mal faire ça. C'est pour ça que personne n'a pris maman au sérieux quand elle a dit d'aller à l'hôpital ».

Les autres membres auraient fini par se rallier à l'avis de la mère devant la persistance de la douleur et l'apparition de nouveaux symptômes, sauf la principale concernée.

« Je lui disais, “ lève-toi on va aller dans un centre de santé”, elle me disait “non, ça ne fait pas trop mal, c'est le bas-ventre seulement qui fait mal de temps en temps”. Je dis “dans ce cas lève-toi on va aller chez le major⁵⁸ ils vont voir”, elle me dit non, “vous n'avez pas d'argent, et puis ils vont nous emmener en prison”. Je dis non, lève-toi on va partir. J'ai passé tout le temps le samedi à lui dire de

⁵⁸ Autre appellation du CSPS au sein de la population.

venir on va partir, elle me disait seulement que ça va mieux. Quand elle me voit, elle fait semblant d'aller mieux. Le dimanche quand je l'ai regardée, j'ai senti que ça n'allait vraiment pas, je lui ai posé la question, et elle m'a dit que ça va, qu'elle n'a rien. Ce jour-là sa sœur a fait du tô, elle a bien mangé. Je lui ai demandé encore "Stépha, tu n'as pas mal ?", elle m'a dit non, "tu ne saignes pas", elle m'a dit non, ça ne saigne plus beaucoup. C'est dimanche vers 20 heure qu'elle a commencé à me dire "maman, j'ai très mal au ventre", je dis "ah, tu as mal, tu ne veux pas qu'on aille à l'hôpital?", elle me dit non, que ça va guérir. Entre temps elle a commencé à se plaindre d'avoir froid, elle s'est couchée sur la natte et s'est recouverte avec une grosse couverture alors qu'il faisait très chaud. Quand j'ai vu ça, j'ai pensé à ce que les gens ont dit à propos de la fille qui a fait ça et est morte dans le quartier. Donc j'ai pris mon vélo je suis allée directement chez ma tante. Arrivée là-bas je lui ai dit "ma tante, on va aller à l'hôpital, c'est pas grave si on nous envoie en prison, je ne veux pas que ma fille meure" ».

Elle fut ainsi conduite dans un CSPPS vers 22 heures où elle a été gardée en observation jusqu'à 6 heures et référée à FS3 ensuite pour une AMIU.

C'est ainsi que s'est construit le recours aux soins de Stépha. Ce sont sa mère et les autres membres du groupe qui ont jugé sa survie prioritaire aux risques de poursuites et de stigmatisation et ont ainsi fait basculer la barrière symbolique. Si dans le cas de Stépha, le recours aux soins s'est décidé essentiellement entre les membres du « groupe organisateur d'avortement », dans d'autres cas il procède de nouveaux membres. Comprendre l'intervention de ces nouveaux membres renvoie aux mécanismes de diffusion du secret dégagés par Andras Zempleni (1996), notamment la communication. En effet, celle-ci permettrait de diffuser le secret sans l'abolir, de déplacer ses limites. La « sécrétion », une des voies de communication serait, selon lui, le moyen le plus courant de régulation et de préservation du secret. Il la définit comme « l'ensemble des processus plus ou moins involontaires ou organisés par lesquels les détenteurs ou les dépositaires (...) exhibent des fragments du secret » (Zempleni, 1996, p. 24). En situation de complications après une tentative d'IVG, une des voies de « sécrétion » sont les symptômes : les saignements, les douleurs, et d'autres signes pouvant éveiller la curiosité de l'entourage. Ces « sécrétions » mettent, *a priori*, en danger la jeune femme, puisqu'elles l'exposent à une probable vindicte sociale. Mais en réalité, ils sont aussi un moyen d'atténuation de la tension accumulée par la femme parce qu'elle est parfois la

seule détentrice du secret de l'avortement, et également seule dans le processus d'évaluation et d'hierarchisation des signes de la complication : est-ce que je vais en consultation ? Est-ce que j'en parle ? Qu'est-ce que je fais ?, etc. Revenons au cas de Talato (31 ans) qui avait effectué toute seule les démarches de son avortement (prise de décision, choix de méthodes, recours, etc.) et était par conséquent seule dépositaire de son secret. Andras Zemleni (1996) montre qu'être plusieurs à partager un secret atténue sa tension et son poids. Son secret et sa tension se sont alourdis avec les symptômes de sa complication. En effet, deux semaines après l'intervention de l'avorteur clandestin, et alors qu'elle était dans des interrogations (retourne-t-elle chez l'avorteur ? L'avortement s'est-il produit ?) et rongée par la culpabilité d'avoir ôté une vie, elle fut prise de fortes douleurs et de fièvre qu'elle s'évertua à cacher toute la journée jusqu'à ce que sa cousine, fille de salle dans une structure sanitaire, remarque son état. Celle-ci après une longue inquisition finit par obtenir gain de cause, Talato lui avoua qu'elle avait tenté un avortement depuis deux semaines tout en la suppliant de ne pas ébruiter l'information. Sa cousine décida, séance tenante, qu'elle devait consulter dans un centre de santé pour obtenir des soins. Elle déclina tout d'abord l'offre, avant de céder devant l'insistance de sa cousine et la détérioration progressive de son état.

« Elle m'a dit que je suis folle, que je sais pas que je peux mourir, que si j'ai mal comme ça c'est qu'il y a un problème. Donc j'ai fini par accepter de partir ».

Ce sont ainsi les « sécrétions » de son secret (les malaises et douleurs) et l'inquisition poussée de sa cousine qui l'ont conduite à lui révéler son secret, en prenant le soin de négocier son silence. Cela lui a permis de se décharger de la tension et du poids du secret, et aussi d'être accompagnée dans le processus de subjectivation des symptômes.

En somme, la démarche vers les structures de prise en charge intervient une fois le travail individuel ou collectif d'évaluation et de hierarchisation des risques achevé. Le temps de ce travail peut être court ou s'allonger suivant les « déterminants sociaux de santé et de recours aux soins » au sein de la femme et de son groupe (Chauvin & Parizot, 2005). Ainsi, Aline qui était davantage préoccupée par les risques sanitaires de l'avortement (risque d'infection si tous les débris ovulaires n'était pas évacués) que par les risques sociaux (les jugements des soignants) est allée en consultation deux jours après avoir pris le Misoprostol, alors qu'elle avait très peu de douleurs et de saignements. Tandis que Paula ou Stépha, qui elles avaient plutôt à cœur les risques

sociaux (et financiers pour Stépha), ont mis du temps avant d'aller en consultation malgré de fortes douleurs et d'importants saignements. Ainsi, l'intensité de la douleur, des saignements et des malaises, même si elle est déterminante dans le processus d'évaluation, ne l'accélère pas toujours pour autant. Les jeunes femmes, comme on l'a vu, peuvent choisir d'endurer ces souffrances physiques dans l'espoir de les voir disparaître, afin d'éviter la confrontation avec l'espace public. La « récurrence », par exemple, est un des éléments qui peuvent engendrer une attitude attentiste chez les jeunes femmes malgré les souffrances physiques. Dans la logique d'une jeune femme qui est à sa deuxième IVG, la première peut se justifier et trouver grâce aux yeux des soignants parce qu'on se dira « *c'est sûrement un accident de parcours* ». Une deuxième IVG par contre ne se justifie pas car elle signifie que la jeune femme n'a pas retenu la leçon, voire qu'elle nargue la société. Un médecin m'a confié à ce propos son échange avec une jeune patiente.

« Elle est venue me voir, qu'elle saigne depuis quelques jours. Dans la discussion, elle a fini par me dire que c'était son quatrième avortement (...). Je lui ai dit, quand j'ai fini de la soigner, de faire pardon, que si elle tombe enceinte encore elle n'a qu'à garder parce qu'elle a trop provoqué Dieu comme ça. Une fois, on peut comprendre, tu as trébuché et tu demandes pardon à Dieu. Mais quand après une fois tu le fais encore, ça devient de la provocation, tu défies Dieu. Et ça c'est pas intéressant ».

Pour ce médecin de confession catholique, la « récurrence » constitue donc une provocation, un défi à l'endroit de « Dieu » que tout humain est supposé craindre pourtant. Contrairement à ce médecin, d'autres soignants prennent cette provocation à leur compte. En effet, pour les agents qui conçoivent les soins après avortement comme un canal pour éduquer les jeunes femmes et éviter les récurrences, un second avortement est perçu à la fois comme un échec et un affront pour tout le corps médical, et appelle en conséquence à une riposte. Par crainte de ces éventuelles ripostes, les jeunes femmes vont hésiter à aller vers les soins. Safia a, ainsi, attendu deux mois avant d'aller en consultation car elle craignait la réaction des agents de santé.

« Grande sœur, c'est pas que je ne veux pas t'écouter, mais si je vais ils vont me reconnaître, ils vont dire que je n'ai pas suivi leurs conseils ».

Cette autre jeune femme célibataire de 20 ans avait été prise en charge à FS3 suite à une complication post-avortement en 2011. Elle dit y avoir été bien traitée mais n'était néanmoins pas retournée au rendez-vous de contrôle. Par peur que les agents de la clinique ne découvrent qu'elle n'avait pas respecté leurs consignes et conseils, elle a retardé le recours à la même structure lorsqu'elle a été confrontée à un problème similaire une année plus tard. Elle n'y est allée que trois semaines après les premiers symptômes.

Aussi, le cas de Miriam montre que le fait d'avoir la certitude qu'on ne sera pas jugée, maltraitée et dénoncée par les soignants aide à chercher un soutien systématique dans les structures sanitaires. Cette jeune femme de 21 ans, élève dans une école de formation au métier de la santé, est allée consulter dès les premiers signes de complication qui ont suivi son IVG clandestine, moins d'une journée après la tentative d'IVG. Certes, on peut dire que tout comme Aline, son niveau d'instruction et ses connaissances du domaine médical ont participé à l'accélération du processus. Mais aussi, elle m'a confié que cela s'est également fait parce qu'elle savait déjà vers quelle structure se rendre pour bénéficier des soins sans crainte de représailles : elle avait connaissance des services de ce centre de santé et y connaissait un agent de santé, ce qui lui a donné l'assurance d'une bonne prise en charge.

Parfois, le désir d'aller en consultation est présent parce que la conscience du risque prend le pas sur la crainte d'être stigmatisé, mais les jeunes femmes ignorent vers quelle structure aller. Comme décrit au début de cette troisième partie, l'information sur les soins après avortement n'est que peu diffusée au sein de la population contrairement à celle concernant d'autres programmes comme la planification familiale. Des femmes peuvent ignorer l'existence de dispositifs destinés à résoudre officiellement ce problème. Alors, tout comme la quête de méthodes abortives, elles peuvent être contraintes de rechercher l'information autour d'elles. Cela peut retarder les recours car la quête de l'information est aussi une voie de sécrétion du secret qui peut exposer à la stigmatisation.

En conséquence, certaines jeunes femmes, à force d'attendre, parviennent dans les structures sanitaires avec des pronostics vitaux engagés. Pendant l'AMIU de Stépha, toutes les collègues de l'infirmière qui en était chargée ont décliné sa demande d'assistance à cause d'une forte odeur de putréfaction qui rendait l'air irrespirable dans

la salle. J'ai personnellement eu du mal à l'assister comme j'avais l'habitude de le faire, je suis ressortie de la salle au bout de quelques minutes d'apnée dans la salle. Et sa mère, témoin de la scène de nos fuites de la salle où se faisait l'AMIU, dit avoir vécu l'enfer.

« Il y a une loctore qui est sortie entre temps, je l'ai entendu dire "untel, vient m'aider". Quand celle qu'on a appelée a ouvert la porte, je l'ai entendu dire "hummmm, ça sent mauvais, vraiment je ne peux pas t'aider". Quand je l'ai entendu dire "hummmm", mes larmes ont commencé à couler, et je me suis dit "mon dieu, ma fille est morte, ma fille est morte". Après il y a une autre dame qui est venue et voulait prendre une piqûre [seringue] dans la salle, elle ne voulait même pas entrer, "hummm, on ne peut pas rentrer dans votre salle là, ça sent trop mauvais", donc elle a fermé ses narines et sa bouche avec sa main avant de rentrer. Moi je me suis dit "elle est vraiment morte ma fille" ».

Or c'était plutôt l'œuf mort retenu dans son utérus qui était en putréfaction à cause de la longue attente. Dans certains cas, la longue attente et l'aggravation de l'état de santé des jeunes femmes conduisent des personnes extérieures au groupe organisateur initial à prendre en main l'organisation du recours aux soins. J'appelle ceci le groupe « indépendant organisateur de soins après avortement ».

6.3.1.3. Le groupe indépendant organisateur de soins après avortement : des intrus indispensables ?

Le « groupe indépendant organisateur de soins après avortement » a la particularité d'être composé essentiellement de membres qui sont des intrus dans la ligne de circulation du secret de l'avortement. Les « sécrétions » symbolisées par l'aggravation de l'état de la jeune femme (perte de conscience par exemple, frissons, hémorragies, etc.) éveillent les soupçons de son entourage, en l'occurrence ses parents. Mais contrairement à la situation où elle se confie et les intègre dans le groupe (comme on l'a vu avec Talato et sa cousine), les témoins de la « sécrétion » n'ont cette fois pas droit à des confidences, soit que la jeune femme s'y refuse, soit que son état ne le lui permet plus (quand elle perd conscience par exemple). Lorsque la jeune femme se refuse au partage ou qu'elle est inconsciente, « la logique collective (caractérisée par les échanges) dans l'appréhension et la gestion de la maladie » (Mebtoul, 2000, p. 266) est absente, ou bien elle peut être présente mais de manière erronée parce que la jeune

femme fournit de fausses informations. Ce fut le cas pour Assia (la jeune femme décédée) qui a soutenu avoir mal au cœur au lieu de dire à ses parents qu'elle avait tenté un avortement. Les témoins se font alors leur propre interprétation des signes et du mal, et celle-ci peut correspondre ou pas au contenu du secret. Quel que soit le diagnostic posé, un recours se construit afin de trouver des solutions à la maladie (douleur au cœur, frissons, perte de conscience, etc.). Dans ce cas de figure, la jeune femme est généralement laissée en marge du processus décisionnel. Néanmoins, les signes pouvant être diversement interprétés, les choix et itinéraires thérapeutiques peuvent ne pas correspondre au mal réel. Certaines familles associeront par exemple la fièvre et la perte de connaissance à une crise palustre et essaieront de traiter la malade à domicile, ou dans un service autre que la maternité. Dans le cas d'Assia, son oncle l'a conduite dans un dispensaire au lieu d'une maternité et l'infirmier s'est contenté de lui prescrire de quoi soigner son mal de cœur. Elle a rejoint ensuite ses parents au village où les remèdes « traditionnels » ont aussi été mobilisés contre le mal de cœur. Malheureusement ces tâtonnements, on l'a vu chez Assia, peuvent retarder la prise en charge adaptée et se solder par des drames. Dans le cas de Mouni (coiffeuse de 19 ans) en revanche, le choix thérapeutique a été le bon. Les saignements et la confirmation qu'elle était enceinte ont fourni assez d'indices à sa mère pour conclure à un avortement et orienter son choix vers la maternité.

« Moi je ne savais rien, c'est quand je l'ai vu très malade un soir que je lui ai demandé avec insistance, "Mouni, dis-moi la vérité, si c'est une grossesse aussi il faut me dire pour qu'on trouve une solution". Elle était là à tourner, que c'est une grossesse, que c'est...et en même temps elle s'est évanouie. Comme j'ai vu qu'elle saignait, je me suis doutée qu'elle avait fait quelque chose et j'ai dit à son frère d'appeler un taxi on va l'amener à la maternité ».

La mère, qui était alors tenue hors du cercle des confidents (elle a fait l'avortement avec l'aide d'une amie), devient un intrus car « sa présence dans la structure sociale du secret est un effet indépendant des contenus des secrets communiqués » (Zempleni, 1996, p. 24). Les « sécrétions » et la déduction qu'elle en a faite, l'ont intégrée dans le cercle des dépositaires du secret de Mouni, alors que tout a été mis en œuvre pour l'en exclure. Mais cette intrusion a été bénéfique, voire indispensable, car elle lui a permis de prendre les décisions idoines et de sauver Mouni qui avait un début de septicémie.

On constate donc que c'est au prix de longues délibérations que la femme et/ou d'autres membres de son entourage décident de la démarche pour sortir l'avortement de l'ombre. Dans le premier groupe, la jeune femme observe les signes qui présagent de la complication de son avortement et décide en fonction de leur gravité si elle doit aller en consultation et des personnes qu'elle implique dans le recours aux soins. Dans cette démarche « divulgante », elle s'entoure des membres du « groupe organisateur d'avortement » (si ces derniers ne se dérobent pas par crainte des implications de la divulgation) ou bien de nouveaux membres susceptibles de comprendre, et qui aident à faire baisser la tension. Néanmoins, cette démarche doit se faire dans la discrétion pour obéir aux codes de la pratique de l'avortement provoqué. Le recours aux soins et les rapports à l'univers médical s'effectuent, en conséquence, avec cet impératif en filigrane. Les consultations nocturnes font partie des stratégies pour rester discret. Si toutes les autres formes de pathologies peuvent donner lieu à des recours nocturnes, ils seraient plus importants dans le cas des complications post-avortement. C'est le constat qu'ont fait les agents de santé dans les structures.

« Elles viennent surtout la nuit. Quand c'est les provoqués clandestins, c'est surtout la nuit qu'on les voit venir » (propos d'un médecin).

Et c'est une des raisons qui a conduit la clinique de l'ABBEF à instaurer les services de gardes et de permanence. Le recours de nuit s'expliquerait, selon un des médecins, par la rapidité (supposée) des soins pendant la nuit.

« Les gens se disent que quand c'est la nuit c'est rapide. Il n'y a pas trop de monde, elle ne va pas trop attendre. Donc on fait une aspiration et peut-être quatre heures de temps après, on libère la personne. Donc si c'est la nuit, avant le matin même déjà la patiente est retournée chez elle, personne ne saura rien, ça permet de camoufler un peu, voilà ».

La faible affluence dans les structures sanitaires pendant les gardes permettrait ainsi de réduire l'attente, et d'accélérer l'accès aux soins. Le choix de la nuit se justifie aussi par la discrétion qu'elle offre : elle permet de ne pas éveiller les soupçons de l'entourage, et la faible affluence dans les structures sanitaires réduit la probabilité de rencontrer de faire des rencontres inopportunes ou de rendre des inconnus témoins de sa « déviance ».

Une autre stratégie consiste, pour certaines femmes, à aller toute seule en consultation ce qui permet de tenir les proches hors du circuit de recours aux soins pour préserver le secret ou les protéger. En effet, les jeunes femmes étant dans une situation de non choix (elles ne désirent pas rendre publique leur « déviance » mais la quête de soins ne leur en laisse pas le choix), s'inscrivent alors dans une logique du moindre mal. Celle-ci consiste à s'exposer seule à la vindicte des soignants (et d'éventuels témoins anonymes) qui est ponctuelle, contrairement à celle de l'entourage qui peut s'installer dans la durée et avoir des répercussions sur les liens sociaux. Nous verrons plus loin comment ces stratégies d'évaluation et de hiérarchisation la discrétion (recours nocturnes et en solitaire) peuvent influencer sur la qualité de la prise en charge.

6.3.2. Enjeux de contrôle de l'information « APC » / « IVG » et jeux de pouvoirs dans les espaces de soins après avortement

Extrait de carnet de terrain : 15 novembre 2012, FS1. Il est 14h20. Une patiente (que je nommerai Odile) soutenue par un ambulancier arrive à l'accueil de la salle d'accouchement, elle a le pagne taché de sang et a l'air très jeune. Sur les instructions d'un des internes, l'ambulancier l'installe sur la seule table libre et revient dans le box de l'accueil pour faire signer la fiche de transport et remettre celle de référence. Le temps de récupérer ma blouse dans la salle de garde, je constate un attroupement autour de la patiente : le médecin de garde, une sage-femme, deux internes en médecine et trois stagiaires de l'école de santé publique. Odile se couvre les yeux avec une main devant tant de monde. L'un des internes tente de lui prendre une voie veineuse tandis que le médecin lui pose des questions : « *Qu'est-ce qui s'est passé, tu as fait quoi ?* ». Silence de la jeune femme. Le médecin réitère ses questions et elle finit par réagir : « *Je n'ai rien fait* ». Plusieurs personnes parlent en même temps lui suggérant de dire la vérité, mais la jeune femme reste silencieuse. La sage-femme finit par s'emporter : « *Tu es venue ici pour chercher ta santé ou non ? Si tu ne nous dis pas ce que tu as fait là, on va te faire des traitements et tu vas mourir, il faut nous dire la vérité pour qu'on te soigne bien* ». La jeune femme lui répond d'une toute petite voix qu'elle a mis quelque chose dans son vagin. Les questions fusent sur la nature de ce « quelque chose », et elle se mure à nouveau dans un silence pour finalement se rétracter au bout de quelques minutes : « *Je n'ai rien fait* ». Je sens l'agacement monter chez les personnes présentes, un des stagiaires : « *elle ne dit pas la vérité, puisque c'est dit sur la fiche qu'elle a fait une IVG* ». Pendant ce temps, les autres parturientes de la

salle d'accouchement ont le regard rivé sur la scène et la jeune femme a toujours la main sur les yeux. La sage-femme fait une suggestion : « *Elle a peut-être besoin de se confesser à une seule personne, comme on est nombreux elle n'arrive pas, laissons la avec une seule personne* ». Un des stagiaires se porte volontaire, après quoi tous les autres s'éloignent. Le stagiaire lui prend la main, penche son oreille vers elle et lui susurre des mots que je n'arrive pas à saisir. J'en profite alors pour consulter sa fiche de référence : Odile a 16 ans et est élève en classe de 5^e. Elle a été admise pour « *vertige et incapacité de se tenir debout* ». Le début de sa maladie remonterait au 14 novembre 2012 aux environs de 5 heures du matin lorsque la patiente aurait « *expulsé un produit de conception déjà formé, devant la rétention placentaire, la patiente est conduite au CSPS de Gonsi d'où elle est référée au FSI pour une meilleure prise en charge* ». La fiche indique qu'elle a bu une décoction pour avorter.

Le stagiaire nous rejoint à l'accueil au bout de dix minutes et nous confie que la jeune femme dit avoir avalé des comprimés pour interrompre sa grossesse. Le médecin demande à un maïeuticien de faire à la patiente un prélèvement sanguin pour un bilan. Ce dernier l'a aussi interrogée et a obtenu les informations suivantes : « *Elle a dit qu'elle a mis quelque chose dans son vagin, mais je n'ai pas réussi à savoir quoi* ». Une heure après, elle est conduite dans la salle d'échographie. Pendant l'examen, le médecin revient à la charge pour savoir ce qu'elle a utilisé comme produit, et elle lui répond qu'elle a fait bouillir des feuilles et bu la décoction. Devant les différentes versions, le médecin s'agace

« C'est comme ça, ça c'est leur fort comme ça, elles vont vous faire balader seulement. Tu auras l'impression que tu les as mis en confiance alors qu'elle te raconte n'importe quoi. Vous êtes là à chuchoter avec elles comme ça en pensant qu'elle va vous dire la vérité, mais elles ne le font pas. Ce qui est sûr, elle a pris des choses, c'est un APC qu'elle a fait, donc on prend ça comme un APC. Comme on ne sait pas ce que les médicaments auront comme effet sur les reins et le foie, on va faire un examen biologique aussi pour voir ».

En tout, Odile a révélé trois méthodes pour son avortement (la décoction, des médicaments avalés, et « *quelque chose mis dans le vagin* »), et s'est rétractée à chaque fois en remettant en cause le diagnostic d'APC dont elle était accusée.

« Aveu », « avouer », « confession », « vérité » sont des notions très usitées dans les

interactions de soins en situation de complications post-avortement. Dans les espaces de soins aux allures d'Églises ou de tribunaux, les agents de santé et les patientes se retrouvent dans un jeu de rôles dans lequel les uns essaient de faire avouer (dans le cas de cette jeune femme, tous ont essayé de lui soutirer une information en utilisant différentes tactiques), et les autres s'évertuent à nier (la jeune femme est revenue chaque fois sur ses « aveux »). Il s'agira ici d'analyser les pratiques des femmes et des soignants pour officialiser ou non la « déviance » à l'aide des « sécrétions » du secret, et comment ce « jeu de pouvoir » peut influencer le cours de la prise en charge et exacerber les rapports soignants-soignées dans un contexte où ils sont connus pour être difficiles (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

6.3.2.1. L'aveu. Des patientes entre crainte et malaise à « dire » leur IVG

L'admission dans les établissements de soins constitue une étape dans le parcours d'avortement. Le choix des femmes et/ou du groupe organisateur de soins après avortement peut se porter sur un CSPS, un centre médical ou un centre hospitalier. Cette démarche apparaît, comme je l'ai montré, un début de « sécrétion » du secret de l'IVG. C'est surtout l'étape où des intrus potentiels risquent d'intercepter cette « sécrétion » : les agents de santé, les proches (s'ils n'ont pas réussi à décrypter le sens réel de premières « sécrétions » à domicile), et les usagers du service de maternité. Il s'agit généralement de personnes avec lesquelles les femmes ne désirent pas partager leur secret, à moins d'y être contraintes (une divulgation, des fuites, des « sécrétions », aveux, confession, etc.). Ainsi, au moment de son admission dans les institutions médicales, la jeune femme porte un stigmatisme invisible (Goffman, 2007), mais qui émet des signaux. Contrairement au stigmatisme visible dont les conséquences sur le réseau social sont immédiates, les conséquences qui entourent un stigmatisme invisible ne sont pas aussi promptes à se manifester. Elles tiennent compte de la connaissance de celui-ci par les autres acteurs engagés dans l'interaction avec la femme. L'enjeu est donc pour la femme et ses aidants, d'empêcher, autant que possible l'officialisation du stigmatisme afin d'échapper d'une part à la honte qui accompagne la transgression des normes sociales (Ouattara, 1999) et, d'autre part, à la vindicte sociale. Et lorsqu'elles sont accompagnées de proches non dépositaires du secret, l'enjeu est encore plus important car ces derniers cherchent à connaître le sens réel du mal. Une sage-femme explique que certains parents poussent l'inquisition jusqu'à conditionner le paiement des soins par la connaissance des causes réelles de la maladie.

« Il y a des filles qui ne voudraient pas que les parents sachent. Alors que quand le papa va venir ou bien la maman, ils vont demander “ah, notre fille la souffre de quoi ?”. Ils veulent savoir (...). Et nous c’est compliqué, surtout quand il y a certains qui vont dire, surtout les papas là, ils ne veulent pas mettre ses moyens dedans sans savoir de quoi il s’agit ».

Cette inquisition des parents, allant jusqu’au refus de payer les soins, obéit lui aussi à des enjeux. Rappelons que nous sommes dans un contexte où la grossesse et l’avortement chez la jeune femme célibataire sont conçus par certains groupes ethniques comme un risque pour la figure paternelle à cause du *regdo* (tel que précédemment décrit). Le fait pour un père de chercher à connaître la cause de la maladie dont il finance les soins peut ainsi être appréhendé comme un garde-fou visant à sauver sa propre vie. Néanmoins, ce type d’attitudes ne s’observe que lorsque les parents ont de réelles présomptions quant à une éventuelle grossesse.

Pour revenir aux enjeux du silence chez les jeunes femmes, il faut noter que les interrogatoires, surtout dans les structures sanitaires publiques ont lieu, pour la plupart, dans les salles d’accouchement sous les yeux d’autres patientes. Odile s’est caché les yeux pendant presque tout le temps de sa prise en charge. Je l’ai interrogée plus tard sur le sens de ce geste, et elle m’a expliqué que c’était pour se soustraire du regard des soignants, et aussi de ceux des autres femmes de la salle d’accouchement.

Cette recherche montre que très peu de jeunes femmes livrent spontanément leurs secrets aux agents de santé lorsqu’elles sont admises pour des soins après avortement. De toutes celles que j’ai rencontrées pendant mon immersion dans les structures sanitaires, seules Aline (étudiante et caissière) et Ange (une jeune femme que j’ai personnellement accueillie) ont confié de leur propre chef aux soignants avoir provoqué leur avortement. Et pour toutes les deux, la quête d’une meilleure prise en charge a été mise en avant : ne pas perdre de temps et bénéficier du traitement adéquat.

« Au moins s’ils savent de quoi je souffre, ils sauront bien me soigner parce que si tu viens à essayer de cacher, les choses peuvent traîner. Alors que si j’ai décidé de prendre mon courage pour venir, c’est pour qu’on me soigne bien. Donc je me dis qu’à partir du moment où je suis là, je leur dis ça en même temps et puis comme ça c’est fini » (Ange, 21 ans, élève).

Pour toutes les autres en revanche, l'« aveu » a été obtenu après un interrogatoire (le point suivant sera consacré à cet interrogatoire) et dans certains cas, elles sont restées dans le déni jusqu'à la fin de leur prise en charge par peur et par honte. Les questions des agents de santé sont perçues et vécues comme une enquête policière dont l'issue est nécessairement le blâme ou la dénonciation. Dans ces situations, l'avortement spontané est l'argument récurrent pour réfuter les allégations des agents de santé. Ces deux formes d'avortement ayant parfois les mêmes caractéristiques, cet argument peut s'avérer efficace dans certains cas, notamment lorsque la technique utilisée par la femme rend difficilement opérant les critères permettant de distinguer une IVG d'un avortement spontané (j'y reviendrai dans le point suivant). Paula, qui a utilisé le Misoprostol pour son second avortement par exemple, a réussi à faire admettre l'idée de l'avortement spontané aux agents de santé.

« Comme j'ai vu ce qui s'était passé la dernière fois, je me suis dit que c'était mieux de mentir pour sauver ma vie. Donc j'ai dit que je voulais la grossesse et que je sais pas ce qui s'est passé, que vraiment si elles peuvent m'aider pour sauver la grossesse, je serai trop contente. Après on m'a questionnée, que vraiment eux ils ne comprennent pas pourquoi j'ai mal comme ça, que si j'ai fait quelque chose de dire. J'ai dit que vraiment je n'ai rien fait. Donc elles m'ont crue ».

Ainsi, désirer la grossesse comme l'a laissé croire Paula, ou encore être mariée et/ou avoir des enfants peuvent rendre cette stratégie opérante, car le statut de « femme mariée » ainsi que la légitimité à la sexualité et à la procréation que confère ce statut, mettent parfois ces femmes à l'abri des longues inquisitions et le doute leur est plus facilement concédé rapport à une jeune femme célibataire et étudiante.

En cas d'« aveu », celui-ci n'intervient que parce que les jeunes femmes ont été convaincues de sa nécessité (bonne prise en charge) et par l'assurance qu'elles ne seront pas maltraitées et dénoncées d'une part. D'autre part, il est fait par lassitude face aux interrogatoires longs et répétés. Aussi, comme on l'a constaté dans le cas d'Odile, l'« aveu » n'est jamais immuable. La jeune femme peut reconnaître avoir provoqué son avortement, et se rétracter dans une ultime volonté de sauver la mise.

6.3.2.2. L'exigence de l'aveu pour le soignant : quand raison médicale et personnelle s'emmêlent

L'infirmier, la sage-femme, l'accoucheuse ou le médecin incarnent deux identités. Ils portent, premièrement, l'identité du professionnel de la santé formé aux techniques et normes de la biomédecine afin d'apporter des réponses adéquates aux problèmes sanitaires que rencontrent les individus. Deuxièmement, ils sont le commun des citoyens burkinabè et en tant que chrétiens ou musulmans, ils sont guidés dans leurs actions par les normes de cette appartenance sociale. Ces deux identités étant objectivement indissociables dans la pratique soignante (Farmer et *al.*, 2006), l'offre de soins est en conséquence à la fois une relation thérapeutique dans laquelle ils mobilisent les normes et les compétences médicales, et une relation sociale qui prend en compte leurs valeurs personnelles. Ainsi, les rapports que les agents de santé entretiennent vis-à-vis de l'«*aveu*» de l'avortement provoqué peuvent être interrogés à l'aune de ces deux identités.

Le concept de Soins Après Avortement prend en compte aussi bien les avortements spontanés que les avortements provoqués. Des femmes souffrants de complications post-avortement spontané, et celles qui recherchent des soins après une IVG ont toutes recours à ces soins. Et de l'avis des soignants, une prise en charge efficiente de ces deux types de complications requiert leur différenciation. Les avortements provoqués comme spontanés présenteraient *a priori* des tableaux cliniques similaires. Il peut être question d'un avortement en cours, d'un avortement incomplet ou d'une ROM, et la prise en charge consiste alors à évacuer les débris de l'utérus. Dans cette ordre d'idée, la distinction n'est, en soi, pas nécessaire puisque les mêmes techniques valent pour les deux : l'AMIU ou le Misoprostol. Les différences se posent essentiellement en termes de «*complications*» accompagnant ces deux types d'avortement et la prise en charge qu'elles requièrent.

« Quand c'est spontané, on n'a pas à s'attendre à avoir des lésions ou autres. Alors que les APC-là, parfois, c'est quelque chose qui est introduit dans le vagin pour pouvoir amener à cet avortement. Donc parfois il peut y avoir des lésions. Même la dernière fois, j'ai eu un cas, il y avait des lésions vaginales. Au lieu d'aller au niveau du col pour pouvoir faire son avortement, ce qu'elle a mis a déchiré son vagin et c'est plutôt ça qui saignait même plus que la grossesse. Les produits qu'elles prennent peuvent aussi être toxiques pour le foie ou bien pour les reins » (propos d'un médecin).

Ainsi, en plus des signes cliniques qu'ils ont en commun avec les avortements spontanés, ceux qui sont provoqués peuvent, comme le montre ce médecin, occasionner des déchirures (utérus et vagin), des infections (septicémie, endométrite, péritonite), de fortes hémorragies, etc. Certaines de ces complications peuvent être décelables à l'examen tandis que d'autres nécessitent un bilan sanguin, en l'occurrence les infections. Il s'agit alors pour les agents de santé de les diagnostiquer afin d'offrir à la patiente les services adéquats pour soigner la complication (lorsqu'elle est déjà présente) ou pour la prévenir (pour ce qui est des infections). Or, la prescription des examens biologiques permettant de détecter les infections par exemple, n'est pas systématique, elle dépend du type d'avortement comme l'explique ce médecin.

« Si c'est un avortement simple, on n'a même pas besoin d'aller doser, de faire des examens biologiques pour savoir si les reins sont ou ne sont pas touchés, ou bien le foie s'il n'y a pas une toxicité d'un médicament. Voilà, on n'a pas besoin de tout ça. On fait juste une numération (sanguine), un groupage [pour connaître le groupe sanguin] pour voir si elle n'a pas besoin de sang ou autre. Mais si ce sont les avortements provoqués clandestins, il faut faire des examens plus poussés. Il faut faire des examens biologiques pour détecter les infections. Il faut bien regarder au niveau vaginal pour voir s'il y a pas de lésions, si elle n'a pas mis des médicaments qui ont entraîné des perforations au niveau vaginal et au niveau du col ».

L'agent de santé doit donc nécessairement interroger la femme pour savoir si l'avortement est provoqué ou non, et aussi identifier les techniques utilisées afin de dégager celles susceptibles d'engendrer des complications et instaurer les protocoles de soins requis.

« On n'a pas le choix, si on ne lui demande pas, on peut aspirer les débris alors que le produit ou l'instrument qu'elle a inséré dans le vagin y est toujours. Cela peut créer des infections. Et à partir du moment où on sait que c'est provoqué, on peut faire un bilan aussi pour voir si l'infection n'est pas déjà là. Donc c'est à cause de tout ça qu'on demande» (propos d'une sage-femme).

Le *counseling*, en tant que composante des soins après avortement, requiert lui aussi qu'on distingue l'IVG de l'avortement spontané afin d'ajuster le contenu des messages comme par exemple orienter le message sur les risques de l'avortement clandestin, etc.

« *Quand c'est un avortement spontané, tu ne vas pas faire le counseling de la même manière que quand c'est un avortement provoqué. Quand c'est provoqué tu dois lui donner les informations pour que ça n'arrive plus par exemple, et lui dire aussi les risques de l'avortement, alors que si c'est spontané tu ne peux pas lui dire ça, puisqu'elle veut la grossesse, et puis elle n'a pas provoqué l'avortement. Tu vois, on ne peut pas mélanger les deux* » (propos d'une sage-femme).

L'« aveu » de l'IVG, au vu de ces propos, serait ainsi un impératif thérapeutique conformément aux normes de la profession médicale. Elles imposeraient aux soignants d'interroger les femmes pour leur offrir la prise en charge requise à leur pathologie réelle, et atteindre ainsi les objectifs ayant prévalu à l'instauration de ces soins, en l'occurrence sauver les femmes des conséquences des complications liées aux avortements.

L'autre dimension du rapport à l'« aveu » de l'avortement provoqué par les femmes se rapporte surtout à la relation sociale de la pratique soignante. Au Burkina Faso, le métier de soignant fait l'objet d'une reconnaissance et d'une fascination généralement dissociées des « compétences professionnelles objectivées dans la performance au quotidien » (Gobatto, 1999, p. 59). Ces perceptions confèrent aux soignants un pouvoir omniprésent et qui génère une asymétrie dans leurs rapports aux patients. De fait, on peut concevoir les rapports soignants-soignés sous le mode des relations aînés/cadets chez les *Moose* (Gruénais, 1985a). Les aînés seraient alors les soignants qui détiennent le pouvoir et l'autorité grâce à leur savoir médical et au privilège de sauver des vies. Les cadets seraient les patients dont le statut de malade et la fascination pour le métier de soignants en font des « obligés » vis-à-vis de ces derniers. En tant que cadet, le malade doit donc soumission et respect aux soignants qui en retour peuvent user de leur pouvoir au nom de la cause thérapeutique, mais aussi à des fins sociales. Dans cette configuration et également dans un contexte où certains soignants répugnent à offrir les soins après avortement à cause de leurs valeurs personnelles mais s'y trouvent contraints par les normes médicales, l'exigence de l'« aveu » par la femme permet de concilier obligation professionnelle et valeurs personnelles. Ainsi, cette sage-femme de confession musulmane explique que l'aveu lui permet d'être un peu plus à l'aise avec la patiente.

« Je préfère qu'elle me dise tout et puis ça va m'aider à me calmer un peu et je vais l'aider. Je vais faire les soins, et puis le counseling. Je saurai sur quoi je vais m'appuyer pour la changer un peu parce qu'il y a des femmes qui viennent nous voir pour tomber enceinte, elles vont prendre des crédits à la banque pour pouvoir se soigner et puis tomber enceinte. Tu vois ça ? Toi tu gagnes et tu fais couler. Même si on te répudie avec le bébé, ça fait quoi ? Même si tu vas aller laver des plats et puis manger, tu vas avoir à manger. Mais si tu fais ça et puis tu meurs, tu vas dire quoi ? Tu vas aller dire quoi même à Dieu d'abord ? Tu as jusqu'à deux péchés, trois même : l'enfant, toi-même et puis l'acte que tu as fait. Donc quand tu sais ça, forcément tu n'as pas trop envie de l'aider. Mais si tu lui poses des questions et puis elle avoue, ça veut dire déjà qu'elle te respecte, qu'elle sait qu'elle a fait une faute et elle t'en parle pour que d'une certaine manière on lui pardonne et on l'aide ».

Comme on le voit avec ce discours, dire la vérité, est à la fois un signe de respect de l'autorité du soignant envers lequel la femme se soumet en acceptant d'avouer l'avortement. Mais également, comme dans une Église, une mosquée, ou lors d'un procès, l'« aveu » est un chemin vers l'« absolution ». En effet, si dans leurs principes les religions sanctionnent le péché, elles sont toutes aussi dispensatrices du pardon divin (Delumeau, 1990). Et les agents de santé interviewés en tant que fruits de l'éducation morale de ces Églises et mosquées s'inscrivent aussi dans cette même logique. L'« aveu » de l'avortement constitue en quelque sorte un début de repentance qui permet au soignant, alors « médecin des âmes » (Delumeau, 1990) au même titre qu'un prêtre par exemple, de lui accorder l'« absolution » et de soigner son âme par les conseils et l'éducation. La sage-femme précédemment citée envisageait d'ailleurs de « changer » la femme après ses aveux. De même, comme l'« aveu » s'accompagne généralement des motifs ayant prévalu au recours à l'avortement, il peut aider le soignant à trouver des circonstances atténuantes à la conduite de la femme pour à terme la comprendre, à défaut de lui pardonner. L'« aveu » constitue, en somme, un moyen pour réduire un tant soit peu la tension morale qu'induit la prise en charge des complications d'avortement provoqué. Et certains soignants y accordent une importance telle que lorsqu'ils n'interviennent pas, cela peut exacerber les tensions (je l'expliquerai plus loin). Cependant, comment s'obtiennent ces « aveux » si l'on sait que du côté des femmes l'impératif de taire l'information sur l'IVG est prégnant?

6.3.2.3 L'interrogatoire : mettre en confiance, flatter, voire menacer pour faire avouer

Compte tenu du faible nombre d'aveux spontanés, les agents de santé ont recours à l'interrogatoire pour l'obtenir. Initialement, la prise en charge des malades implique les examens cliniques, mais aussi l'échange verbal qui permet d'obtenir certaines informations nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic. Cet échange verbal est présenté sous le vocable d'« interrogatoire » dans le langage médical. Le patient est censé se plier à l'exercice afin d'optimiser la prise en charge en fournissant au soignant les informations dont il aura besoin. Cependant, dans le cas de l'avortement, la situation est complexe car les patientes ne désirent bien souvent pas partager cette information qui relève du secret car le soignant ne remplit pas, de prime abord, les critères permettant le partage. Pour en être dépositaires, ces derniers doivent user de différents moyens pour y parvenir.

L'interrogatoire pour faire avouer l'IVG intervient généralement lorsque l'agent de santé a des soupçons. Ces soupçons naissent des « sécrétions » du secret qu'il observe au moment de l'admission de la patiente et au cours de l'interaction thérapeutique.

« Il y a beaucoup plus de douleurs dans le cas de l'avortement provoqué, puisque soit on a tripoté le col ou bien on a donné des trucs pour forcer... Voilà. Donc il y a la douleur et le saignement, des fois ça saigne beaucoup. Des fois quand tu fais l'examen avec le spéculum, tu trouves même des choses qui restent dans le col, des canules, des tiges, les choses qu'elles ont utilisées pour faire l'avortement. Donc quand c'est comme ça, tu sais déjà que c'est un avortement provoqué, et tu lui poses des questions pour confirmer » (propos d'une sage-femme).

Pour ce soignant donc, l'intensité de la douleur et des saignements, les traumatismes au niveau du vagin ou du col de l'utérus, les objets dans le vagin ou l'utérus, sont autant de signes qui aiguillent vers les soupçons d'IVG. L'examen au spéculum d'une femme qui a utilisé du permanganate de potassium, par exemple, montre un vagin et un col de l'utérus colorés et rongés (j'ai pu personnellement le constater au cours d'une AMIU).

Les langages corporel et comportemental sont aussi utilisés comme marqueurs d'un avortement provoqué. Pour cette sage-femme, venir en consultation sans carnet de consultation prénatale et le fait d'être réservée ou tendue pendant l'interrogatoire préliminaire augurent d'un avortement provoqué.

« Généralement si on voit une femme qui arrive sans carnet, il y a de fortes chances que ce soit APC. (...) Et quand la femme vient, si c'est spontané là, elle se confie sans problème. Elle va tout expliquer rapidement sur place : comment ça s'est passé, elle dit tout. Mais si c'est provoqué là, elle se réserve et c'est là maintenant tu vas dire humm, est-ce ça c'est pas provoqué ? Et là maintenant, toi tu vas poser, insister, insister par finir, elle peut lâcher et puis tout dire ».

Cette autre sage-femme s'est fondée sur le fait que la patiente qu'elle venait de prendre en charge ne paraissait pas affligée par la perte de sa grossesse pour justifier ses soupçons.

« Elle n'était même pas triste quand je lui ai annoncé que la grossesse n'était plus bonne. Et il fallait voir sa réaction tout à l'heure quand on lui a demandé si elle voulait tomber enceinte maintenant ? Elle a crié qu'elle ne veut pas d'une grossesse de suite. Elle y est pour forcément quelque chose ».

L'état psychologique de la femme permettrait manifestement de se faire une idée sur le type d'avortement. Pour elle comme pour d'autres soignants, une femme qui a eu un avortement spontané se lamente et est affectée par la perte, tandis qu'une femme qui a provoqué son avortement ne l'est pas, mais s'inquiète plutôt pour sa santé. Aussi, ils évoquent la préférence de l'AMIU au Misoprostol (comme précédemment décrit) ou encore le fait d'être sans accompagnant comme signes d'une IVG.

C'est muni de ces indices que les soignants mènent alors les interrogatoires pour recueillir les « aveux » des patientes. Et pour rendre les indices opérants, ils disent, pour certains, travailler à mettre en confiance les patientes pendant l'interrogatoire. Il s'agit de leur parler en douceur comme l'a fait l'interne dans le cas d'Odile, ou encore ce médecin.

« Moi j'arrive toujours à les faire avouer, la violence ne marche pas, il faut la mettre en confiance. Je fais comme avec un bébé, je caresse ses cheveux, je lui parle avec douceur, et je lui explique que je suis pas la police, que c'est pour son bien que je lui pose toutes ces questions-là. Si tu ne fais pas ça elle ne peut pas savoir, comme elles savent que c'est interdit, elles vont croire qu'en te disant la vérité peut-être que tu vas lui créer des problèmes. Donc tu lui dis "en tout cas moi je te pose cette question ce n'est pas pour t'amener à la police. Moi je ne suis

pas la police. Peut-être demain si moi je te croise, je ne vais même pas te reconnaître. Mais, c'est pour ton bien, c'est pour la prise en charge". Et c'est infallible, généralement elle te dit ce qu'elle a fait ».

Ces arguments associés à la douceur permettraient ainsi d'instaurer la confiance indispensable au partage du secret (Zempleni, 1996). D'autres soignants, en revanche, procèdent par le chantage et les menaces comme on l'a vu dans le cas de Paula ou d'Odile, et comme l'explique cette sage-femme. Il s'agit, selon les soignants, de faire parfois croire à la patiente que sa prise en charge sera conditionnée par son « aveu », ou qu'un traitement inadéquat pourrait lui être fatal parce qu'elle n'aurait pas fourni la vraie information sur son état.

En résumé, les « secrétions » du secret et différentes astuces permettent ainsi aux soignants d'obtenir les « aveux » des patientes. Les interrogatoires peuvent être brefs ou longs suivant l'attachement de la femme à défendre son secret et celui du soignant à lui arracher des « aveux ». Les interrogatoires peuvent être également répétitifs à l'image de celui d'Odile. Bien souvent, même lorsqu'un soignant parvient à arracher des « aveux » et les consigne dans un dossier ou sur une fiche de référence, ceux qui prennent le relais reconduisent le même interrogatoire comme si chacun se faisait le devoir d'arracher ses propres « aveux ». À quelles fins est-on alors tenté de se demander. Pour prouver qu'il est compétent dans son travail ? Qu'il peut faire aussi bien que ses collègues ? Ou pour « humilier » un peu plus la femme pour qu'elle en tire des leçons ? Quelles qu'en soient la finalité, on constate que de l'obtention ou non de ces aveux, dépendra la qualité des rapports entre les soignants et les patientes.

6.3.3. Stigmates de l'avortement et rapports soignants-soignées : des soignants justiciers et moralisateurs versus des femmes en quête d'empathie

Compte tenu de la forte charge morale qui accompagne la pathologie qu'est la complication post-avortement provoqué, la relation soignants-soignées tend parfois à se focaliser sur la dimension sociale des soins. Les espaces de soins deviennent alors des lieux de dénonciation des conduites sociales et de reproduction des réquisitoires et labellisations en vogue qui enferment les malades dans des jugements sociaux, des étiquetages dont l'efficacité symbolique est de leur imposer une identité (Becker, 1985) et un traitement particulier. Les patientes victimes de complications post-IVG portent ainsi dans les univers de soins l'identité de l'« APC » ou « IVG », qui leur confèrent les

caractéristiques de patientes « déviantes », non « coopérantes », « compliquées », et qui « ne disent jamais la vérité ». Du côté des femmes, les agents de santé sont perçus comme ceux par qui commence la vindicte sociale associée à l'avortement, et par qui elle se propage.

6.3.3.1. Des rapports sous tension

Ainsi, les interactions entre les femmes et les soignants sont fortement déterminées par le type d'avortement diagnostiqué. Dans un contexte où les difficultés relationnelles entre soignants et soignés sont un fait (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), l'avortement spontané donne bien souvent lieu à une commisération qui apaise considérablement les rapports tandis que l'avortement provoqué instaure une tension qui les exacerbe. En effet, les soignants reconnaissent avoir davantage d'empathie pour les femmes confrontées à une complication liée un avortement spontané, à l'exemple de cette sage-femme.

« Quand c'est un cas spontané et qu'on sent que la personne désirait réellement la grossesse, on ne peut que sentir un sentiment de compassion envers elle. On essaie comme on peut de la consoler ».

Paula qui est parvenue à faire admettre aux soignants que son avortement était spontané a expérimenté cette empathie.

« Quand je suis arrivée, elles ont dit aux femmes là que mon cas est urgent, donc elles m'ont laissée entrer. Elles m'ont demandé que qu'est-ce qui ne va pas ? j'ai raconté (...). Comme je pleurais en racontant que la grossesse s'est gâtée, il y a une qui est venue me toucher, que de ne pas pleurer, que c'est Dieu qui l'a voulu, que la prochaine fois ça va rester. Et comme il n'y avait personne pour aller acheter des médicaments, elles ont pris leur propre argent pour acheter le médicament pour pouvoir me soigner vite. Vraiment, ça n'avait rien à voir avec la première fois là, quand j'avais dit que c'était moi j'avais dit que c'était un avortement provoqué ».

L'avortement spontané en tant qu'infortune dont la souffrance est légitime a ainsi permis à Paula d'être « portée » par les soignants qui se sont montrés sensibles à ses plaintes et douleurs (physiques et morales), allant jusqu'à préfinancer ses soins.

Quant à l'avortement provoqué, il instaure d'office une tension de part et d'autre : une patiente tendue car s'attendant à être maltraitée et un soignant tendu parce qu'exaspéré à l'avance. On observe de fait, au cours de ces interactions, des femmes sur la défensive qui fournissent peu d'informations sur leur état de santé, et qui interprètent toute forme de manquement dans la prise en charge comme une conséquence de leur IVG. Une jeune femme qui attendra autant de temps qu'une parturiente avant de bénéficier de soins, mettra cette attente sur le compte d'une stigmatisation par rapport à son IVG. Les soignants, pour leur part, parlent d'une transformation progressive de leurs pratiques à la faveur des formations sur la « clarification des valeurs ». Cette formation a été initiée par l'ONG IPAS et s'adresse à une pluralité d'acteurs notamment les soignants, les juristes, les parlementaires, les journalistes, les donateurs, les Organisations à Base Communautaire (OBC), les organisations coutumières et religieuses, les politiciens, etc. À partir d'un schéma et d'une boîte à outil, cette formation vise à « favoriser une évolution : amener les participants de manière progressive à soutenir l'avortement et les droits en matière de reproduction ; les faire passer du refus à la tolérance, puis à l'acceptation, au soutien et, enfin, à la promotion et/ou à la fourniture de services complets d'avortement centrés sur la femme dans toute la mesure autorisée par la loi » (Turner & Kimberly, 2009, p. 7). Au Burkina Faso, elle est assurée par l'ABBEF avec l'appui de l'IPPF. Il s'agit de formations sur trois jours et qui allient des présentations de gynécologues et de juristes par exemple à des ateliers de groupe et des jeux de rôles (Cf. le programme d'une session de formation en annexe). Les prestataires ayant participé à ces formations m'ont tous confié avoir « clarifié leurs valeurs » et transformé de plus en plus leurs regards vis-à-vis des femmes traitées pour des complications d'IVG.

« Avec la clarification des valeurs, on a compris qu'on n'a pas à apporter de jugements à une personne qui est allée faire ça. Donne lui les soins, c'est le plus important. Et en plus on ne sait pas ce qui a amené cette personne à aller faire ça, peut-être que si tu étais à sa place tu n'allais pas faire mieux. Donc ça nous a ouvert l'esprit. (...) Mais bon, faut se dire la vérité, ça reste encore difficile de rester neutre » (propos d'une sage-femme).

Comme le conclut si bien cette sage-femme, même si ces formations participent à une transformation des pratiques vis-à-vis des patientes confrontées à des complications post-avortement, les difficultés relationnelles demeurent une réalité. Non

seulement ces patientes ne bénéficient pas d'empathie parce que les soignants les considèrent comme inéligibles à cet affect, quand bien même des études montrent qu'elles sont dans une souffrance psychique qui nécessite un soutien psychologique (Allard & Fropo, 2007). Mais le sentiment de la déviance étant encore prégnant dans leur esprit, les soignants se mettent dans une posture d'entrepreneurs moraux (Becker, 1985) et se donnent ainsi pour mission de punir pour éduquer.

« C'est des oubliés ! Comme je le disais tantôt, notre génération, on est hostile à l'avortement. Quand tu viens et c'est un avortement spontané tant mieux. Mais quand c'est une IVG, on a tendance à les négliger dans les soins, les autres viennent pour des accouchements et toi tu es là que c'est IVG, tu vas attendre puisque c'est toi tu es allée chercher ça » (propos de sage-femme).

La punition et l'éducation peuvent se faire de manière verbale notamment sous forme de conseils, de réprimandes et d'injures comme on l'a vu au cours de la prise en charge de la première complication de Paula : elle a été tour à tour injuriée, réprimandée et conseillée à la fin. Elles peuvent aussi se manifester sous la forme d'un refus d'offrir les soins comme me l'a confié une sage-femme

« Une fois, j'ai été méchante. Il y a une fille qui est venue, quand elle est rentrée, elle me parlait avec une fierté que quoi, quoi. En tout cas, elle a accusé tout le monde, et que c'est pour ça qu'elle a avorté. Et elle venait pour que moi je regarde si c'est sorti ou pas. Mais j'étais de permanence. J'ai dit, je ne suis pas là pour regarder ceux qui avortent et qui viennent pour que je vois si l'œuf est sorti. Je dis "vas chez celle qui t'a aidée va voir si l'œuf est sorti". Elle a commencé à pleurer. Je dis de sortir de la salle, j'étais seule, je dis "sors !". Elle est partie ».

Les sanctions peuvent aussi être physiques à travers le choix d'un protocole douloureux, et des gestes brusques pendant la procédure de soins. C'est le genre de patiente chez qui la plainte n'est pas légitime, et qui est censée supporter tous les sévices sans rechigner comme on l'a vu pour Paula au cours de son AMIU. Elle doit donc faire profil bas pour réduire autant que possible la tension avec le soignant. Il s'agit également de patientes considérées comme « pas faciles à prendre en charge » car celles-ci ne coopèreraient ni ne suivraient les instructions. Le refus d'avouer l'IVG est l'une des figures de la non coopération dont sont accusées les patientes « APC ». Les soignants reconnaissent en

effet qu'une patiente qui refuse d'«avouer» qu'elle a avorté malgré toutes les évidences peut provoquer de la frustration.

« Si je reçois un cas, ce qui est énervant chez moi, ce qui peut m'énerver, c'est si je demande comment si tu as avorté et que tu ne veux pas me dire la vérité, c'est ça qui peut me choquer. Moi je voudrais que quand tu vas arriver, tu me dises bon, tu peux ne pas vouloir dire parce que tu as peur qu'on te rejette mais, quand j'approfondis les questions, je veux que tu me dises ce qui s'est passé réellement. Et quand tu me dis pas, bon..., ça me frustre un peu » (propos d'un maïeuticien).

Le refus d'avouer renvoie au soignant l'image d'une patiente insoumise, ce qui peut ouvrir la voie à de la violence. J'ai pu constater les conséquences de l'« insoumission » au cours d'une des gardes. Une jeune femme de 18 ans soutenue par sa mère avait été admise pour de fortes douleurs pelviennes. La sage-femme, après l'avoir examinée, lui avait alors demandé si elle était à l'origine de l'avortement, et elle répondit négativement. Elle réitéra la question et devant l'insistance de la jeune femme, elle s'emporta.

« Tu as fait quelque chose, tu ne veux pas dire la vérité. Tant que tu ne dis pas faut pas compter sur quelqu'un pour t'aider ici. Et de toute façon même, allez faire une échographie parce que le col est toujours fermé. Revenez me voir quand vous aurez l'échographie ».

La jeune femme toute tremblotante la supplia de faire quelque chose pour soulager sa douleur : *« Tantie pardon, j'ai très mal au ventre, aidez-moi s'il vous plaît. Comme il est tard là on ne pourra pas faire l'échographie tout de suite »*. La sage-femme ne céda pas devant la supplication et la jeune fille dut donc repartir sans ne serait-ce qu'une prescription pour calmer ses douleurs.

Recourir aux structures sanitaires sans accompagnant peut aussi être source de violence. En effet, en plus de compliquer la prise en charge, les accompagnants ayant un rôle déterminant dans le circuit de la prise en charge, l'absence d'accompagnant donne de la patiente l'image d'un individu sans lien, et donc asocial (Ouattara et al., 2009). Les recours nocturnes compliquent eux aussi les relations de soins. J'ai constaté par exemple que ce sont des moments où le personnel espère moins d'affluence pour pouvoir se reposer. Une bonne garde est celle où leur sommeil a été très peu perturbé

par les patientes. De fait, être réveillé dans son sommeil pour prendre en charge un malade, de surcroît une patiente « APC » peut ne pas être apprécié par un soignant, qui s'arrangera pour qu'elle en paye le prix moralement voire financièrement.

6.3.3.2. Racketter pour résorber la frustration ?

Si certains soignants répugnent à prodiguer les soins après avortement et choisissent par exemple de référer les patientes vers d'autres collègues, d'autres y ont trouvé un moyen pour générer des revenus. Cette pratique m'a été annoncée dès les premières heures de cette recherche. Alors que nous sillonnions les centres de santé pour discuter avec les soignants des modalités de recueils des données (ils devaient nous appeler lorsqu'ils étaient amenés à prendre en charge des cas de complications ou à défaut nous communiquer les coordonnées des patientes), une accoucheuse nous a « aimablement » signifié qu'il était illusoire d'espérer des appels de la part de son CSPS.

« Avortements ici là, c'est très prisé, on ne sait même pas où ça rentre, c'est les deals des gens. On a demandé même que lorsque les gens ont des cas d'avortement qu'ils remettent 2500 Fr pour qu'on mette dans cette boîte [elle nous montre la boîte], mais les gens ne le font pas. Donc s'ils vous appellent, ils vont prendre le risque qu'on sache qu'ils ont pris en charge des avortements, donc ils ne vont pas vous appeler ».

Nous n'avons effectivement reçu aucun appel de ce centre jusqu'à la fin du terrain malgré les relances. Plus tard, mon immersion et des entretiens avec les informateurs m'ont permis de saisir les modalités de cette pratique. En effet, les femmes confrontées à des complications post-avortement clandestin, en plus des frais réels de leurs prises en charge, doivent assumer, parfois des paiements informels dont les bénéficiaires sont les soignants. L'expérience de Talato est illustrative des rackets dont les patientes sont victimes durant leur quête de soins après avortement.

« Quand ils ont fini de m'examiner, ils m'ont dit d'aller faire une échographie pour venir ils vont voir si la chose là vit toujours. Et quand on est revenu leur montrer les résultats, ils nous ont dit que la chose-là est gâtée, qu'il faut laver le ventre. Ils m'ont dit de raconter comment les choses ont commencé, que qu'est-ce que moi j'ai fait pour que ça se gâte. Est-ce que j'ai pris des médicaments? Donc

moi je leur ai dit que je n'ai pas pris de médicaments, que je suis allée dans une clinique. Quand j'ai dit ça la dame m'a dit que c'est comme ça qu'on va chercher les problèmes et venir donner du travail aux gens. Que d'ailleurs même elle va nous faire un papier pour qu'on parte à Yalgado, qu'elle ne peut pas laver ça. Donc ma grande sœur [sa cousine] l'a suppliée pour qu'elle lave ça. Elle a dit que dans ce cas on va payer 40.000 Fr. Ma grande sœur a négocié pour qu'elle laisse à 35.000 Fr et elle a fini par accepter ».

Après l'aspiration, la sage-femme lui prescrivit une ordonnance et elle rentra chez elle. Cependant, elle dut retourner dans le centre de santé une semaine plus tard à cause de nouvelles douleurs. Sur place elle y trouva d'autres sages-femmes à qui elle expliqua qu'elle était venue une semaine auparavant pour des soins après un avortement et que ses douleurs étaient revenues. Les sages-femmes l'examinèrent et conclurent qu'il fallait à nouveau lui laver le ventre parce qu'il y avait toujours des débris.

« Elles m'ont demandé que je vais donner combien pour qu'elles lavent ça ? Je leur ai dit que j'ai 5000 Fr dans mon sac. Elles m'ont dit que est-ce que 5000 Fr peut laver un ventre ? Que je me crois où ? Qu'elles vont m'aider mais de savoir que 5000 Fr ne suffisent pas pour laver un ventre. Donc ce jour-là elles m'ont lavé le ventre et ont pris les 5000 Fr ».

La prise en charge de Talato s'est effectuée dans un CMA où l'AMIU, subventionnée par l'État, est supposée coûter 3600 Fr. Au lieu de cela, elle a payé 35.000 Fr la première fois, et 5000 Fr la deuxième fois, et a dû en plus négocier pour obtenir cette « aide ». Tout comme Talato, plusieurs jeunes femmes ont dû se plier à cette règle au risque de se voir refuser des soins.

En soi, les arrangements et les rackets dans les structures sanitaires publiques ne sont pas un phénomène inédit en Afrique (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Ouattara, 2002). En effet, Fatoumata Ouattara (2002, p. 5) explique dans le cas des maternités urbaines du Burkina Faso, que celles-ci sont des espaces où « “les deals” permettent à de nombreux agents de santé de se faire un surplus financier ». Néanmoins, si ces pratiques sont fortement ancrées dans les modes de gestion et de gouvernance de ces institutions, les rackets des femmes en quête de soins post-avortement par les soignants ne sont pas uniquement le fruit des failles d'un système. Ils doivent aussi être articulés au contexte social, politique et législatif (national comme international) qui régit la

pratique de l'avortement au Burkina Faso. En effet, avec un environnement socio-juridique qui les formate à reprouver l'avortement et paradoxalement des normes professionnelles qui les somment de prendre en charge les pathologies qui dérivent de cette déviance, les soignants sont pris dans une tension face à laquelle le racket apparaît comme une solution. Il leur permet ainsi de se faire justice sans être inquiétés (l'IVG étant par exemple interdite par la loi). En conséquence, les femmes victimes de complications post-avortement ne sont plus perçues comme des personnes en détresse à qui ils doivent compassion et assistance au nom des valeurs de la profession médicale, mais plutôt comme de simples sources de gains au même titre que les avorteurs clandestins.

Conclusion

L'objectif visé par ce chapitre était de décrire les conditions de recours et d'accès aux soins après avortement au prisme des stigmates de l'avortement dans un contexte où les rapports soignants-soignées sont connus pour être empreints de violence (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Ouattara, Bationo & Gruénais, 2009). Les propos et les observations effectuées sur le terrain montrent une acceptation différenciée des soins après avortement (en tant que politique de santé et en tant qu'expérience) par les femmes et par les soignants. Ainsi, si ces soins sont unanimement reconnus comme importants, il reste qu'ils véhiculent fortement les stigmates de l'avortement, notamment la réprobation sociale et l'interdit juridique des IVG. La quête de soins post-avortement constitue une étape tout aussi « compliquée » que celle de la recherche des services pour avorter. Si dans la quête d'avortement le danger n'est que potentiel (la femme ne risque rien tant qu'elle n'a pas enclenché l'avortement), dans le cas des soins après avortement, le danger est réel et la survie de la femme dépend des délais de réactivité.

La complication post-IVG en sortant l'avortement de l'ombre où règnent interdits, violences, et non-dits, etc., passe le relais aux soins après avortement supposés alors officialiser et légitimer les souffrances et y trouver des solutions à travers les différents volets du concept de SAA : traiter, sensibiliser pour éviter la récurrence, offrir contraception, référer vers d'autres services de SR, créer un lien vers la communauté. Toutefois, la tension qui naît de la confrontation des logiques des soignants et celles des femmes vis à vis du « secret » et des SAA comme mesure politique de santé retarde

voire limite les recours d'une part, et d'autre part exacerbe les rapports soignants-soignées. En conséquence, certaines jeunes femmes ne parviennent pas à être traitées, ou se retrouvent à supporter des douleurs violentes, des hémorragies et des infections dont les conséquences peuvent être, à l'occasion, fatales, en espérant que « ça passe » pour éviter la confrontation avec l'espace public (les soignants, les autres usagers, les proches). Dans les structures sanitaires, elles sont prises en charge sur fond de tensions, parfois de violences, ou sont traitées de manière partielle au regard des objectifs initiaux des SAA. Ainsi, certaines jeunes femmes après les soins d'urgence ne bénéficient par exemple pas des méthodes contraceptives parce qu'elles s'enfuient des structures sanitaires avant la fin de leur prise en charge, ne respectent pas le rendez-vous fixé pour le contrôle ou parce que les soignants omettent de leur proposer une méthode contraceptive. Une situation qui accroît les risques qu'elles se retrouvent prises dans le cycle des grossesses non planifiées et avortements à risque et contre laquelle l'instauration de la planification familiale après avortement comme composante des soins après avortement visait à lutter (Curtis, Huber & Moss-Knight, 2011 ; Hord & Wolf, 2004).

En somme, avec les soins après avortement, nous avons d'une part des patientes qui craignent d'être stigmatisées et sont dans une logique de dissimulation, et d'autre part des soignants pris entre une injonction sociale qui veut qu'ils soient intransigeants envers les coupables d'avortement, et une posture professionnelle qui se veut indulgente, et pour qui l'aveu est déterminant car aidant à concilier cette contradiction. Entre les demandes d'avortement illégitimes et les demandes de soins après avortement légales et légitimes, les codes sont brouillés rendant difficiles les pratiques pour les femmes et les soignants.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette thèse est en quelque sorte une réponse à la question que se posait le sociologue François André Isambert (1982) sur la possibilité ou non de faire une sociologie et une anthropologie de l'avortement. C'est-à-dire, une anthropologie qui saurait se détacher de la tension morale de l'objet pour le cerner le plus objectivement possible afin de contribuer à la compréhension et la construction d'un problème de santé publique.

Au Burkina Faso où l'avortement fait l'objet d'une restriction législative et d'une forte réprobation sociale, les enjeux de cette anthropologie de l'avortement commencent par l'accès à ce « terrain sensible ». Comment documenter les expériences tant individuelles qu'institutionnelles dans un contexte où l'omerta est de rigueur ? Enquêter sur cet objet « secret » et globalement sur ce type de « terrain sensible » (Bouillon, Fresia & Tallio, 2005) nécessite de la part du chercheur d'adopter des postures dont les clés ne sont pas toujours offertes. L'une des postures est le rapprochement avec son objet voire son implication et la création de liens interpersonnels fondés sur la confiance. Cette posture permet de rendre visible l'objet, de l'extraire de la tension et de favoriser la parole. Cependant, elle met à mal le souci de neutralité souvent cher à la relation d'enquête : la distinction enquêteur/chercheur qui recoupe la traditionnelle réflexion sur les rapports entre distance et proximité (induite par la démarche scientifique) devient parfois difficile à tenir durant l'enquête de terrain (Renahy & Sorignet, 2006) pour ce genre de sujet.

Une fois qu'il parvient à relever ce défi et qu'il produit des données, plusieurs pistes d'analyse s'offrent au chercheur. Dans le cas présent, il s'agissait de répondre à mes interrogations au sujet des difficultés que rencontre le Burkina Faso à lutter contre le « problème » des avortements à risque, ainsi que celles sur les causes de la croissance des recours parmi les jeunes femmes.

Une rupture entre modèle global et conceptions locales du « problème » de l'avortement ?

L'immersion dans les structures de soins et les entretiens avec des « décideurs », des prestataires de soins comme avec des femmes et des hommes qui ont eu ou non des

expériences de l'avortement permettent ainsi de démontrer que la manière dont l'avortement est pensé et traité dans l'espace public burkinabè concourt à créer des obstacles rédhibitoires à sa constitution en problème réel de santé publique et à sa gestion efficiente. Alors que tous les ingrédients sont réunis pour une reconnaissance officielle de l'avortement comme problème de santé publique, les stigmates et les enjeux moraux et symboliques (la place de la femme, le pouvoir de l'homme, de l'État, des aînés) que draine la question de l'IVG marquent de leur sceau le processus conduisant à cette émergence (Blumer, 2004 ; Packard et *al.*, 2004). Au niveau « populaire » et médiatique, on note une conscience de la prégnance de la pratique de l'avortement, mais paradoxalement une impossibilité à rendre visible les « souffrances » et les drames qui en découlent. Du moins, la seule visibilité qui leur est donnée dans le discours commun officiel porte essentiellement sur l'aspect déviant de la pratique, la condamnation morale et la remise en question des mesures internationales qui appellent à une reconnaissance de ces « souffrances » et à leur prise en compte. Les discours qui fustigent les IVG sont pour l'heure les plus visibles, certainement parce qu'ils sont les plus dominants mais aussi parce que ceux tendant à légitimer les « souffrances » et la nécessité de libéraliser la pratique sont difficilement assumés en public. L'avortement apparaît comme une pratique qu'on condamne par principe et qu'on tolère lorsque celle-ci s'effectue dans la discrétion (Bleek, 1981), ce qui ne permet pas de faire exister le « problème » de santé dans le domaine public et social et de mobiliser les individus pour sa cause. Au niveau politique, même si le « problème » est reconnu, les « décideurs » et les professionnels de santé sont pris entre des postures professionnelles et des postures privées qui conduisent d'une part à une inscription partielle de l'avortement à l'agenda des politiques publiques de santé et, d'autre part, influent sur les recours et les modalités d'accès aux services d'avortement dans les structures sanitaires. Ainsi, les discours montrent qu'officiellement, très peu de ces acteurs sont favorables à une légalisation de l'avortement. Derrière l'argument « le Burkina Faso n'est pas prêt », se cache une prééminence de l'interprétation en termes de « déviance » qui empêche l'acceptation et la légitimation de la légalisation.

Le champ de l'avortement au Burkina Faso est aujourd'hui marqué par la coexistence d'une illégalité de la pratique de l'avortement et sa reconnaissance à travers les formes de prise en charge qu'offre le système de santé. Ce paradoxe traduit les processus de construction des « intolérables » et de leur gestion (Fassin & Bourdelais,

2005). Parallèlement, l'existence de ce paradoxe témoigne de la manière dont les acteurs locaux et internationaux composent et naviguent entre leurs frontières et comment ils se projettent dans l'action. En analysant les itinéraires de recours à l'avortement et aux soins après avortement, ainsi que les modalités d'offres et d'accès aux services d'avortement dans les structures sanitaires, j'ai pu appréhender les marges de manœuvres des acteurs (les femmes, leurs proches, les soignants, etc.), et la façon dont ils négocient et jouent entre ces deux espaces de l'illégalité et de la légalité en cas de grossesse planifiée ou non.

Si cette gestion sociale et politique de la question de l'avortement aide à éclairer un tant soit peu les facteurs qui retardent l'émergence de l'avortement en problème de santé publique, elle pose indirectement la problématique de l'interface entre normes mondialisées et normes locales et de la manière dont les individus se réfèrent à ces différents registres pour justifier leurs pratiques. Ainsi, cette recherche permet de poursuivre la réflexion sur la mondialisation des préoccupations et des pratiques de santé. En articulant modèles⁵⁹ internationaux et locaux de gestion de la question de l'avortement et les pratiques qui en découlent, ce doctorat participe à alimenter les analyses que l'anthropologie fait du phénomène de la mondialisation et de ses déclinaisons selon les problèmes de santé (Gobatto, 2003). En effet, avec la globalisation des préoccupations de santé et des solutions consécutives à la mondialisation, un consensus « global » s'est dégagé autour de l'avortement comme un problème majeur de santé publique, un fléau lourd de conséquences mettant en cause les lois restrictives et les besoins non satisfaits en contraception (OMS, 2013). Fort de ce constat, des modèles internationaux « portés par des instances internationales aptes à fournir des données statistiques et scientifiques pour étayer des politiques de lutte et à penser, au-delà des intérêts nationaux, l'élaboration de politiques mondiales de prévention et de lutte composées d'un ensemble de principes et de stratégies applicables aux actions nationales » (Gobatto, 2003, p. 12) ont été établis pour le résoudre. Ceux-ci préconisent, comme on a pu le voir, une meilleure accessibilité aux services de

⁵⁹ Isabelle Gobatto définit le modèle de santé comme « une entité structurée autour de savoirs, de normes, de valeurs. C'est aussi un système cohérent de représentations du corps, du corps souffrant, du normal et du pathologique, etc. Qu'il soit « profane » ou savant, il se fonde dans des conceptions du monde, de la vie, de ce qui est essentiel à l'homme et il les véhicule. (...) Ces modèles sont au fond des « perspectives » mobilisant données empiriques et représentations de ces données, des points de vue adoptés sur le monde, la réalité (...) et la santé. Ils servent d'armature matérielle (...) et immatérielle (...) aux relations des hommes entre eux et aux pratiques qui s'en inspirent. Ils encadrent les rapports à la santé et à la maladie. Leur fonction est de permettre l'action.» (2003, p. 14-15).

planification familiale et surtout une libéralisation de la pratique au nom d'un impératif de santé publique mais aussi de droits fondamentaux des humains, et en particulier ceux relatifs à la santé et aux droits reproductifs des femmes conformément à l'article 14 du protocole de Maputo (Union Africaine, 2003). Ces modèles se déclinent en mesures préventives et curatives à l'image des « directives techniques et stratégiques » produits par l'OMS à l'intention des systèmes de santé (OMS, 2013).

Toutefois, si des gouvernements comme celui du Burkina Faso ratifient ces modèles globaux, ceux-ci peinent à s'emboîter avec les modèles locaux dans les différents pays. La spécificité du Burkina Faso offre les ressources pour discuter de l'articulation des modèles globaux et locaux en santé, mais surtout d'en saisir les dissonances possibles. Comme le décrit Isabelle Gobatto (2003, p. 25) les représentations mobilisées pour façonner les modèles de santé ne correspondent bien souvent pas à celles induites par les expériences locales : « au quotidien, ces modèles interfèrent avec des relations humaines en place. Ils sont confrontés à des histoires, à des conceptions nuancées des objets qu'ils modélisent ; le bien, le mal, l'efficacité, le risque etc. ». Ces directives « globales » pécheraient par le fait qu'elles sont pensées pour des individus « asséchés de leur histoire, envisagés statistiquement et collectivement, sans chair, sans volonté, sans douleur. Ils sont considérés comme des entités abstraites car extraites de leurs contextes de vie, de leur société, de leur culture » (Gobatto, 2003, p. 19). Par conséquent, si ces modèles globaux semblent faire sens parce qu'ils sont établis à partir d'indicateurs rationalisés et objectivés, on constate des ruptures fréquentes lorsque ceux-ci changent d'univers de reconnaissance et se confrontent aux modèles locaux (Augé, 1994). Ainsi, pour reprendre les termes d'Isabelle Gobatto (2003), cette ethnographie des politiques et normes sociales autour de l'avortement au Burkina Faso, de même que l'analyse des pratiques des différents acteurs, m'ont permis de « rencontrer la mondialisation dans ses déclinaisons locales et, pratiquement jamais, comme elle est dite au niveau global ». J'ai pu la rencontrer dans les manières locales et politiques de penser le fœtus, les normes reproductives, les rapports de genre et de génération, le statut de la femme et ses droits reproductifs, les manières de penser l'avortement et ses conséquences, etc. J'ai pu mettre en lien un modèle global de l'avortement comme risque et fléau sanitaire associé aux dynamiques de la mondialisation avec les modèles locaux fondés sur les valeurs de la société burkinabè, ses cultures, ses normes, etc. À terme, cette rencontre aura permis de saisir

les interférences du « global » avec le « local » et les formes de négociations qui en découlent sous forme d'« adhésion et refus, transformation, complicité et contestation avec des acteurs qui bien souvent ne se contentent pas d'appliquer des modèles mais se construisent leurs « modèles pratiques » d'intervention, nourris de la connaissance pratique de leur environnement, elle-même porteuse de règles d'interprétation partagées, mais que l'individu va s'approprier dans ses relations quotidiennes » (Gobatto, 2003, p. 21). Les pratiques locales apparaissent à termes comme un amalgame de pratiques se nourrissant des intérêts des acteurs et épousant des rationalités qui naissent des contraintes et de l'action. Nous avons pu saisir ces phénomènes par le biais des pratiques des ONG qui interviennent dans la lutte contre le fléau de l'avortement, dans celles des « décideurs » qui votent les lois et élaborent les politiques, ainsi que dans celles des femmes et des prestataires de services d'avortement dans leur hétérogénéité.

En somme, le problème de l'avortement et le traitement qui lui est réservé au Burkina Faso sont conçus et hiérarchisés par rapport à d'autres problèmes et enjeux sociétaux, pris en compte ou ignorés lors des interactions quotidiennes et en fonction des priorités. En tant que tel, ce problème ne pouvait être compris qu'en appréhendant cette dynamique sociale dans ses déclinaisons. En le faisant, cette recherche a contribué à la compréhension du phénomène de la « mondialisation sanitaire » à partir de ses expressions locales. Car, si la mondialisation s'illustre généralement par son aspect international, elle se nourrit, dans les faits, d'initiatives dont les individus localement sont les acteurs (Gobatto, 2003). Mais surtout, ce doctorat a permis de saisir les facteurs qui entravent la lutte contre les avortements non sécurisés et ses conséquences dans le pays et de comprendre le décalage mis en exergue en introduction entre une conception « internationale » et une conception locale du problème de l'avortement et de ses mécanismes de résolution. Quant à l'occurrence de l'avortement parmi les jeunes, elle a trait à des paramètres de l'ordre du privé, notamment les pratiques de sujets « jeunes » en contexte urbain contemporain.

Des sujets jeunes dans l'interstice de systèmes normatifs : entre prise de pouvoir et appropriation des codes de la domination

Cette thèse a aussi réussi le pari d'éclairer le lieu où se construit la décision d'avorter, de donner la parole aux femmes qui se cachent derrière les chiffres et de saisir

leur ressenti, leurs préoccupations et leurs logiques. Ce travail montre ainsi que les grossesses qui aboutissent aux avortements sont la conjugaison d'une hétéronomie des jeunes femmes rencontrées et des dynamiques d'individuation mises en œuvre dans leurs « débrouilles » pour devenir adulte et pour réussir dans la ville de Ouagadougou. Ce contexte induit une ambivalence dans leurs rapports à la parentalité, face à laquelle l'avortement apparaît comme une solution : celle qui permet de préserver les liens et de se maintenir dans les rapports sociaux. La prise de décision est, quant à elle, un lieu de négociations entre des risques, notamment les risques sociaux et physiques de la grossesse dans une trajectoire de vie jeune et d'autre part les risques sociaux, juridiques et sanitaires de l'avortement. Cette négociation fait intervenir une pluralité d'acteurs dont certains se constituent en véritables « auteurs » de la décision.

Mais aussi, les jeux et les pratiques observés en situation d'interruption de grossesse ont permis d'approfondir théoriquement le processus d'individuation en cours chez les jeunes dans la ville de Ouagadougou. En effet, alors que l'objectif initial était de comprendre les causes de l'accroissement des recours à l'avortement parmi les jeunes femmes, cette recherche s'est constituée comme un tremplin pour investiguer une problématique plus vaste qui est celle de la jeunesse contemporaine. Elle a contribué à la réflexion sur les nouveaux sujets que sont les jeunes dans leur subjectivité et leur hétérogénéité et à opérer une rupture épistémologique avec les idéologies qui ont longtemps conçu les jeunes comme un réceptacle idéologique (Bourdieu, 1986). L'approche dynamique et processuelle des logiques et pratiques en situation de grossesse non désirée et de recours à l'avortement révèle ainsi des jeunes, en l'occurrence des jeunes femmes, qui s'illustrent comme de véritables sujets, des actrices de leur transition vers l'âge adulte et de leur réussite sociale, et qui « agissent rationnellement dans le cadre de construits qui eux sont arbitraires » (Crozier & Friedberg, 1989, p. 20). Cette recherche a mis à jour empiriquement la manière dont les jeunes femmes et hommes observés dans le contexte urbain contemporain ouagalais - fait d'une mutation des modes d'accès au statut d'adulte, d'une modernité insécurisée - bricolent avec des normes sociales et une précarité économique et statutaire pour se réinventer au-delà des contraintes d'une transition longue et complexe vers l'âge adulte. Sous forme de stratégies, de ruses, et de débrouillardises dans des champs comme celui de la nuptialité et de la procréation, on découvre des jeunes femmes qui essaient de se réinventer et de s'affirmer socialement à travers le mariage et la procréation, tous

porteurs de sens, mais encadrés par des normes et des idéaux. De fait, pour ne pas « perdre du temps » et pour répondre aux injonctions sociales et économiques, certaines s'engagent dans le multipartenariat ou planifient des « grossesses pièges » pour se faire épouser et ainsi acquérir le statut d'adulte social au sein de leur communauté.

Globalement, les stratégies « se chevauchent, guidées par le pragmatisme, par les désenchantements vécus et les situations de vulnérabilité » (Mazzocchetti, 2013, p. 15). Cette situation selon Jacinthe Mazzocchetti entretiendrait le processus de la domination masculine : « les femmes plutôt que d'être dans une lutte de condition, sont dans des dynamiques de rivalité et concurrence afin d'attraper et de garder les rares « hommes capables ». Leurs ruses et astuces individuelles fonctionnent à l'échelle d'une vie, mais elles ne permettent pas d'envisager un changement à plus long terme quant à la condition féminine. Au contraire, cela entretient le processus de domination » (Mazzocchetti, 2013, p. 416). Pour ma part, j'estime que les logiques et les stratégies mises à jour dans cette recherche, même si elles donnent le sentiment d'entretenir le processus de la domination, s'avèrent beaucoup plus ambivalentes et complexes. En les côtoyant sur la durée, j'ai plutôt eu le sentiment de jeunes femmes qui s'approprient les codes de la domination et décident du moment où elles la subissent et du moment où elles s'en libèrent. Pierre Bourdieu (2002, p. 231) explique, en effet, que pour que la domination symbolique fonctionne dans sa plénitude, il faut d'une part que les dominés aient incorporé les structures selon lesquelles les dominants les perçoivent ; et d'autre part que la soumission ne soit pas un acte de la conscience, susceptible d'être compris dans la logique de la contrainte ou dans la logique du consentement : « Pour comprendre la domination masculine, il faut se situer dans une autre philosophie de l'action, une philosophie *dispositionnelle*, dans laquelle le principe des actions n'est pas la conscience, l'intention, le projet, l'intention rationnelle comme dans les théories de l'individualisme méthodologique ou de la *rational action theory*, mais des dispositions, c'est-à-dire des manières d'être permanentes qui peuvent être à l'origine d'actions dotées de tous les signes de la finalité sans que les fins atteintes aient été posées en tant que telles par une intention de la conscience » (Bourdieu, 2002, p. 231).

Or, dans le cas présent, nous avons des jeunes femmes qui le sont pleinement qui ont des intentions, des projets, bref, des « sujets » qui font preuve d'une agentivité. Pour cela, elles incorporent la manière dont les hommes et les aînés les perçoivent et leurs stratégies sont élaborées en conséquence. Ainsi, de femmes essentiellement « objets » et

fondant leur situation de dominé et la perpétuation de la domination masculine (Bourdieu, 2002), on passe à des jeunes femmes « sujets » qui redéfinissent les règles de la domination. Alors que le fait de devenir sujet permet à la femme de s'extraire de la domination par la transformation du rapport qu'elle a à son corps et aux autres (Bourdieu, 2002), on observe ici des jeunes femmes qui sont tour à tour « sujets » et « objets » en fonction des enjeux dans leurs interactions quotidiennes. Cette « domination revisitée » donne à voir des jeux de pouvoir et de soumission dont les frontières sont sans cesse négociées au sein des rapports de genre et de génération. Il s'agit de rapports dans lesquelles les jeunes femmes, même si elles donnent l'impression de subir une domination masculine ou générationnelle, en détiennent en réalité les rênes et composent avec. Cela n'exclut pas pour autant qu'elles se confrontent à de réels moments de domination comme lorsque les partenaires se dérobent en cas de grossesse, les contraignent à l'avortement ou prennent les décisions à leur place. Toutefois, avec ce qu'il m'a été donné de voir dans leurs rapports aux autres et aux hommes en l'occurrence, on pourrait presque parler de petits instants de « domination féminine » qui se déclinent sous différentes formes, parfois de manière imperceptible ou insidieuse, et qui permet aux jeunes femmes de reprendre en quelque sorte le contrôle du processus de leur transition vers l'âge adulte. Ainsi, loin de faire d'elles uniquement des victimes (Jensen & Ronsbo, 2014), l'avortement et tout ce qu'il implique comme pratiques permet une sorte de prise de pouvoir des jeunes femmes vis-à-vis des aînés et des hommes et, de manière générale, vis-à-vis d'un système tout en donnant l'impression de le subir. J'utilise « pouvoir » au sens foucauldien du terme, à savoir « un ensemble d'actions sur des actions possibles : il opère sur le champ de possibilité où vient s'inscrire le comportement de sujets agissants : il incite, il détourne, il facilite ou rend plus difficile, il élargit ou il limite, il rend plus ou moins probable » (Foucault, 2001, p. 1056)

Ainsi, le multipartenariat, décider d'interrompre une grossesse dont le géniteur est défaillant pour s'offrir les chances de construire une nouvelle relation, avorter à l'insu de son partenaire, avorter parce que le géniteur ne répond pas ou plus aux critères du mari « idéal », mais aussi faire passer une demande d'IVG pour des soins après avortement, ou un avortement provoqué pour un avortement spontané sont quelques figures de cette « prise de pouvoir » des jeunes femmes.

Néanmoins, ces pratiques, si elles ont l'avantage de faire d'elles de véritables sujets et des actrices à part entière de leur transition vers l'âge adulte, sont aussi celles qui fondent leur vulnérabilité vis-à-vis de l'avortement et de ses risques. Car comme le disait fort à propos Simone Veil dans son discours en 1974, « aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. C'est toujours un drame, cela restera toujours un drame ». Ainsi, même si les grossesses qui conduisent aux avortements sont quelques fois la conséquence de jeux dont les règles échappent aux jeunes femmes - et le recours à l'avortement une solution - avorter demeure toujours un ultime recours qui constitue un drame tant dans le vécu que dans ses conséquences sociales et sanitaires. Le contexte burkinabè de part la restriction et la stigmatisation des IVG contribuent à exacerber ces drames.

Une vulnérabilité séquentielle face à l'avortement à risque

Enfin, je termine cette thèse par l'affirmation de l'existence d'une véritable vulnérabilité des jeunes femmes face à l'avortement. En effet, si la vulnérabilité est une caractéristique propre à tous les individus (Soulet, 2005), elle est criarde chez les jeunes (Peretti-Watel, 2002) du fait des enjeux et des pratiques qui ont été évoqués dans ce travail. Cette vulnérabilité des jeunes face à l'avortement se manifeste de manière séquentielle et se décline en trois moments où une vulnérabilité potentielle peut se manifester : avant la grossesse, une fois que la grossesse survient et durant la quête des services d'avortement. À chacun de ces moments, divers événements sont susceptibles de se produire et de rendre vulnérable des jeunes femmes dont le contexte de vie n'a pas permis d'avoir les ressources personnelles, financières et sociales pour y faire face. Cette vulnérabilité et les mécanismes qui la conditionnent procèdent à la fois du statut de « jeunes urbains contemporains » de ces femmes et des réalités et pratiques qui en découlent. Mais aussi, ils sont le produit de normes sociales et religieuses, de conditions économiques, de rapports de genre et de générations, de codes juridiques et de politiques publiques en santé relatifs à l'avortement et à la santé génésique. Ces facteurs et événements, simultanément ou individuellement, déterminent la vulnérabilité de ces jeunes femmes et les risques auxquels elles sont susceptibles de s'exposer et permettent de saisir comment elles passent d'un risque à un autre, d'un choix à un autre au gré des enjeux. La dimension potentielle de cette vulnérabilité suppose, en effet, qu'elle ne se manifestera pas de manière identique dans tous les cas : certaines femmes peuvent être

confrontées aux trois temps qui décomposent cette vulnérabilité alors que d'autres le seront à deux, à un seul, ou même à aucun d'entre eux.

Outre les jeunes femmes, le recours à l'avortement implique comme on l'a vu une diversité d'acteurs (les proches, les amis, les collègues, les soignants, etc.) parmi lesquels le partenaire sexuel occupe une place de choix et dont la prise en compte s'avère cruciale pour mieux cerner la problématique des avortements à risque. Les jeunes femmes avec leurs projets de vie, aspirations et logiques se retrouvent, de fait, en interaction avec des partenaires, des parents, des amis et des politiques qui nourrissent pour elles des projets parfois contradictoires avec les leurs. Ces interactions font qu'elles ne disposent pas toujours de tout le recul nécessaire pour des choix véritablement rationnels, du fait qu'elles sont dans des situations de dépendances diverses (affective, économique, aux normes encore strictes, etc.) qui rendent leurs sentiments et leurs rapports à la parentalité ambivalents. D'où le fait qu'elles se retrouvent « empêtrées » dans un enchaînement de moments de vulnérabilité dont cette recherche rend compte et analyse.

C'est en voulant échapper aux situations de vulnérabilité issues de ces interactions (devenir une femme mariée pour échapper à la pression des proches, échapper à des situations de maltraitements, etc.) et être en conformité avec les attentes de la société que bien des jeunes femmes prennent des initiatives qui les projettent dans d'autres moments de vulnérabilité. À cet égard, un parallèle peut sans doute être fait entre les trois moments de potentialisation de la vulnérabilité en situation d'avortement et le modèle des « trois retards » développé par Thaddeus et Maine (1994) pour classer les facteurs qui contribuent aux décès maternels. Il s'agit, en effet, de deux théorisations de phénomènes prenant en compte l'aspect processuel et temporel conduisant à un événement (l'avortement, le décès maternel), deux théories qui ont en commun également la potentialité comme logique d'organisation conceptuelle.

Ce travail a donc pu démontrer la possibilité d'élaborer une anthropologie de l'avortement, et ce, même dans des contextes où un tel événement est jugé particulièrement sensible tant du point de vue normatif que sanitaire, politique et judiciaire. Une anthropologie de l'avortement peut contribuer à structurer les réflexions et les actions autour de ce problème de santé publique si tant est que les acteurs

concernés acceptent de lui faire jouer le rôle de révélateur des enjeux et de la capacité à les analyser dans leurs dimensions multiples.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abu-Sahlieh, A. S. A. (1998). Le statut juridique du fœtus chez les musulmans hier et aujourd'hui. In *P.M Levy. et al (dir.) Religion, Droit et Reproduction*. (p. 63-80). Paris: G.R.E.F.
- Agier M. (1997). *Anthropologues en danger. L'engagement sur le terrain*. Paris : Jean-Michel Place.
- Aïach, P. (2000). De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques", In *D Fassin. et al., Les inégalités sociales et santé* (p. 81-91), Paris: La Découverte (*Recherches*).
- Allard, F. & Fropo, J.-R. (2007). *Le traumatisme post-avortement*. Paris: Salvator.
- Alzouma, G. (2008). Everyday use of mobile phones in Niger. *Africa Media Review*, 16, 49–69.
- Amnesty International. (2009). *Donner la vie, risquer la mort. La mortalité maternelle au Burkina Faso*. Londres: Amnesty International. Consulté à l'adresse http://amnestyinternational.be/doc/IMG/pdf/AFR_60_001_2009_ext_fra_web.pdf
- Amsellem-Mainguy, Y. (2009). La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. *Agora débats/jeunesses*, N° 53, 21-33.
- Antoine, P., Lelièvre, E., & GRAB. (2006). *États flous et trajectoires complexes: observation, modélisation, interprétation*. Paris: INED.
- Antoine, P., Razafindrakoto, M. & Roubaud, F. (2001). Contraints de rester jeunes? Évolution de l'insertion dans trois capitales africaines: Dakar, Yaoundé, Antananarivo. *Autrepart*, n° 18, 17-36.
- Assebouya, T. (2003). *Les avortements à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO). Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques* (Thèse pour le grade de Docteur en médecine). Université de Ouagadougou, Ouagadougou.
- Atherton, H., Sawmynaden, P., Sheikh, A., Majeed, A. & Car, J. (2012). Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. In *The Cochrane Collaboration & H. Atherton (Éd.), Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Attané, A. (2006). Le mariage : indicateur et producteur du changement social au Burkina Faso. In *Stratégies de population et stratégies de développement : convergences ou divergences ? Actes du 1er Symposium international de la population* (p. 309-319). Dakar: IPDSR.
- Attané, A. (2009a). Choix matrimoniaux: le poids des générations. L'exemple du Burkina Faso. In *Antoine P. (éd.), Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielles* (p. 167-195). Paris: CEPED.
- Attané, A. (2009b). Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales: L'exemple de milieux urbains au Burkina Faso. *Autrepart*, 49, 155.
- Atun, R. A., Bennett, S. & Duran, A. (2008). Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé?. Genève : OMS. Consulté à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/58723/5_hsc08_fPB_8.pdf
- Augé, M. (1994). *Le Sens des autres: Actualité de l'anthropologie*. Paris: Fayard.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1984). *Le Sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris-Montreux : Éd. des Archives Contemporaines.

- Avon, B. (2001). Le « choix » d'avorter. In Y. Knibiehler (dir.) *Maternité, affaire privée, affaire publique* (p. 207-213). Paris: Bayard.
- Bachelot, A. (2002). Aspects psychologiques de la grossesse non prévue. In N. Bajos, M. Ferrand & l'équipe GINE (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues* (p. 79-114). Paris: Inserm.
- Badini, A. (1978). *La représentation de la vie et de la mort chez les mosé traditionnels de la Haute-Volta* (Thèse pour le doctorat de 3è cycle). Université de Lille III, Lille.
- Badini, A. (1994). *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*. Paris : Sépia.
- Bajos, N., & Ferrand, M. (2011). De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. *Revue française des affaires sociales, n° 1*, 42-60.
- Bajos, N., Ferrand, M., & L'équipe GINE. (2002). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Inserm.
- Bajos, N., Moreau, C., Ferrand, M. & Bouyer, J. (2003). Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France: approches qualitative et quantitative. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 51*, 631-648.
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A. & Rossier, C. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population, Vol. 68*, 17-39.
- Bankole, A., Hussain, R., Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., & Guiella, G. (2013). *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences*. New York: Guttmacher Institute. Consulté à l'adresse <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:37141>
- Bankole, A., Sedgh, G., Oye-Adeniran, B. A., Adewole, I. F., Hussain, R. & Singh, S. (2008). Abortion-seeking behaviour among Nigerian women. *Journal of Biosocial Science, 40*, 247-268.
- Barnhart, K., Mirkin, S., Grubb, G. & Constantine, G. (2009). Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive. *Fertility and Sterility, 91*, 1654-1656.
- Bationo, B. F. (2012). Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. *Agora débats/jeunesses, N° 61*, 21-33.
- Baxerres, C. (2011). Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? *Politique africaine, 123*, 117-136.
- (2014). *Du médicament informel au médicament libéralisé: Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Archives contemporaines.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié.
- Beck, U. (2008). *La société du risque: Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion.
- Becquet, V. (2012). Les « jeunes vulnérables » : essai de définition. *Agora débats/jeunesses, N° 62*, 51-64.
- Beitone, A., Dollo, C., Gervasoni, J., Masson, E. L. & Rodrigues, C. (2002). *Sciences sociales*. Paris: Dalloz-Sirey, coll. "Aide-mémoire"
- Bendavid, E., Avila, P., & Miller, G. (2011). United States aid policy and induced abortion in sub-Saharan Africa. *Bulletin of the World Health Organization, 89*, 873-880.
- Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- Berman, S. M., MacKay, H., Grimes, D. A., & Binkin, N. A. (1985). Deaths from spontaneous abortion in the united states. *JAMA, 253*, 3119-3123.

- Bessin, M., Bidart, C. & Grossetti, M. (2010). *Bifurcations: les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris: La Découverte.
- Bila, B. (2009). Anthropologie «chez soi» auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou: Empathie, méthode et position des acteurs. *ethnographiques.org*. Consulté à l'adresse <http://www.ethnographiques.org/2008/Bila>
- Blayo, C. (1998). Mourir d'avortement Facteurs politiques et sociaux. In *Morbidité, mortalité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective: colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)* (p. 318-326). Paris : INED.
- Bledsoe, C., & Cohen, B. (1993). *Social dynamics of adolescent fertility in sub-saharan African*. Washington D.C: National Academy Press.
- Bleek, W. (1978). Induced abortion in a Ghanaian family. *African studies review*, 21, 103-120.
- Bleek, W. (1981). Avoiding Shame: The Ethical Context of Abortion in Ghana. *Anthropological Quarterly*, 54, 203-209.
- Bleek, W. (1990). Did the Akan resort to abortion in pre-colonial Ghana? Some conjectures. *Africa*, 121-131.
- Blumer, H. (2004). Les problèmes sociaux comme comportements collectifs. *Politix*, 17, 185-199.
- Boltanski, L. (2004). *La condition foetale: Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- Bonnet, D. (1988). *Corps biologique, corps social: procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris: Éditions de l'ORSTOM.
- Bouillon, F. (2005). Pourquoi accepte-t-on d'être enquêté? Le contre-don au coeur de la relation ethnographique. In F. Bouillon, M. Fresia, & V. Tallio (éds.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie* (p. 75-95). Paris: Centre d'Études africaines, École des hautes Etudes en sciences sociales.
- Bouillon, F., Fresia, M., & Tallio, V. (2005). *Terrains sensibles: expériences actuelles de l'anthropologie*. Paris : Centre d'Études africaines, École des hautes études en sciences sociales.
- Bourdieu, P. (1986). De quoi parle-t-on quand on parle du « problème de la jeunesse? ». In A. Percheron & F. Proust F. (dir.), *Les jeunes et les autres: contributions des sciences de l'homme à la question des jeunes* (p. 229-234). Montrouge: CRIV.
- Bourdieu, P. (2002). Nouvelles réflexions sur la domination masculine. *Cahiers du Genre*, 33, 225.
- Brassac, C. & Fixmer, P. (2004). La décision collective comme processus de construction de sens. *Psychologie sociale appliquée. Emploi, travail, ressources humaines*, 111-118.
- Bréda, C., Deridder, M., & Laurent, P.-J. (2013). *Modernité insécurisée: Anthropologie des conséquences de la mondialisation*. Paris: L'Harmattan.
- Bush-Slimani, B. (1993). Hard Labour: women, childbirth and resistance in British Caribbean slave societies. In *History Workshop* (p. 83-99).
- Callahan, D. (1970). *Abortion: law, choice, and morality*. New York: Macmillan.
- Calvès, A.-E. (2007). Trop pauvre pour se marier? *Population*, 62, 339-359.
- Calvès, A. E., Bozon, M., Diagne, A., & Kuépié, M. (2006). Passage à l'âge adulte: repenser la définition et l'analyse des « premières fois ». In P. Antoine & al. (dir.), *États flous et*

- trajectoires complexes: Observation, modélisation, interprétation* (p. 137-156). Paris: INED.
- Calvès, A. E. & Schoumaker, B. (2004). Deteriorating economic context and changing patterns of youth employment in urban Burkina Faso: 1990-2000. *World development*, 32, 1341-1354.
- Camilleri, C., Kastersztein, J. & Malewska-Peyre, H. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Cassiers, L. (2003). La dignité de l'embryon humain, *Rev. trim. dr. h.*, 54, 403-420.
- Cavilli, A., & Galland, O. (1993). *L'allongement de la jeunesse*. Paris: Actes Sud.
- Certeau, M. de. (1990). *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire* (Édition : Nouv. éd.). Paris: Gallimard.
- CGD. (2010). *Les Burkinabè et leurs valeurs. Enquête CGD sur les valeurs* (p. 66). Ouagadougou: Centre pour la Gouvernance Démocratique du Burkina Faso.
- Chauveau, J.-P., Le Pape, M. & Olivier de Sardan, J.-P. (2001). La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique. *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité de normes et jeux d'acteurs*. Paris : Karthala
- Chauvin, P. & Parizot, I. (2005). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris: Inserm.
- Cicchelli, V. (2001). Les jeunes adultes comme objet théorique. *Recherches et prévisions*, 65, 5-18.
- Cole, J. & Thomas, L. M. (2009). *Love in Africa*. London: University of Chicago Press.
- Commaille, J. (1986). Essai de sociologie politique de la « jeunesse ». Le droit comme miroir. In A. Percheron & F. Proust. (dir.), *Les jeunes et les autres: contributions des sciences de l'homme à la question des jeunes* (p. 99-110). Montrouge: CRIV.
- Cook, R. J., Dickens, B. M. & Bliss, L. E. (1999). International developments in abortion law from 1988 to 1998. *Am J Public Health*, 89, 579-86.
- Coquery-Vidrovitch, C. (2013). *Religion et politique en Afrique subsaharienne*. Consulté 17 juin 2014, à l'adresse <http://www.jolpress.com/blog/religion-politique-afrique-subsaharienne-chretien-islam-animisme-nouvelle-revue-geopolitique-821844.html>
- Coquery-Vidrovitch, H. (1992). Des jeunes dans le passé et dans le futur du sahel. In H. Almeida-Topor & al. (éds.) *Les jeunes en Afrique: Tome 1 : Evolution et rôle (XIXe-XXe siècles)* (p. 35-43). Paris: L'Harmattan.
- Coulibaly, A. (2010). *La planification familiale au Mali: étude anthropologique*. Sarrebruck : Éditions Universitaires Européennes.
- Cresson, G. (1998). *Le travail domestique de santé*. Paris: L'Harmattan.
- Cros, M. (1990). *Anthropologie du sang en Afrique: essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte-d'Ivoire*. Paris : L'Harmattan.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1989). *L'Acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éd. du Seuil.
- Curtis, C., Huber, D. & Moss-Knight, T. (2011). Planification familiale après avortement: rompre le cycle des grossesses non planifiées et avortements répétés. *Perspectives Internationales sur la santé sexuelle et génésique*. Numéro Spécial, <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3703111F.pdf>
- Dacher, M. (1999). Rôle économique de la fille et organisation matrimoniale chez les Gouin du Burkina Faso. In D. Jonckers, R. Carré & M.-C Dupré (dir.) *Femmes plurielles: les*

- représentations des femmes, discours, normes et conduites* (p. 241-254). Paris: Maison des sciences de l'homme.
- Dao, A. . (2010). *Soins Après Avortement. Bilan des 11 années de pratique dans le service de gynécologie obstétrique du ChU-YO. Du 1er Octobre 1997 au 31 décembre 2007* (Thèse pour le grade de Docteur en médecine). Université de Ouagadougou, Ouagadougou.
- Decorte, T. (2002). Mécanismes d'autorégulation chez les consommateurs de drogues illégales Étude ethnographique sur des consommateurs de cocaïne et de crack à Anvers (Belgique). *Trajets*, 35-62.
- Degenne, A. & Forsé, M. (2004). *Les réseaux sociaux*. Paris: Armand Colin.
- Delius, P. & Glaser, C. (2002). Sexual Socialisation in South Africa: A Historical Perspective. *African Studies*, 61, 27-54.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570.
- Delumeau, J. (1990). *L'Aveu et le pardon: Les difficultés de la confession (XIIIe-XVIIIe siècle)*. Paris: Fayard.
- Descarries, F., & Corbeil, C. (2005). *Espace et temps de la maternité*. Montréal : Remue-Ménage.
- Deschambault, C. (1997). *La grossesse suivie d'une interruption comme rituel de passage et fondateur de l'identité masculine : l'expérience de jeunes hommes dont la partenaire poursuit une interruption volontaire de grossesse* (Mémoire de maîtrise en Psychologie). UQAM, Montréal.
- Desgrees du Lou, A., Msellati, P., Viho, I. & Wellfens-Ekra, C. (1999). Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan: Une cause de la baisse de la fécondité? *Population*, 54, 427-446.
- Devereux, G. (1955). *A Study of Abortion in Primitive Societies: A Typological, Distributional, and Synamic Analysis of the Prevention of Birth in 400 Preindustrial Societies*. New York: Julian Press.
- D'Halluin, E. (2005). Vaincre la suspicion, entrer dans une intimité douloureuse : une intenable extériorité. In F. Bouillon, M. Fresia, & V. Tallio (éds.), *Terrains sensibles: expériences actuelles de l'anthropologie* (p. 55-74). Paris: Centre d'études africaines, École des hautes études en sciences sociales.
- Diomandé, M. (2013). *Les avortements dans le district sanitaire de Bogodogo. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et économiques* (Thèse pour le grade de Docteur en médecine). Université de Ouagadougou, Ouagadougou.
- Divay, S. (2004). L'avortement : une déviance légale. *Déviance et Société*, Vol. 28, 195-209.
- Donati, P., Cèbe, D. & Bajos, N. (2002). Interrompre une grossesse ou la poursuivre? Construction de la décision. In N. Bajos, M. Ferrand & et l'équipe GINE (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévue* (p. 115-162). Paris : INSERM.
- Eboko, F. (2004). De l'intime au politique : le sida en Afrique, un objet en mouvement. *Autrepart*, 29, 117.
- Eboko, F., Grenier-Torres, C., & Mestre, C. (2002). Inégalités et santé: des disparités récurrentes à un projet global? *Face à face* [En ligne], 4 | 2002, mis en ligne le 01 juin 2002, consulté le 15 janvier 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/487>
- Ela, J. M. & Zoa, A. S. (2006). *Fécondité et migrations africaines : les nouveaux enjeux*. Paris: L'Harmattan.

- Elias, N. (1995). *Engagement et distanciation: contributions à la sociologie de la connaissance*. Paris: Fayard.
- Engelhardt, H. T. (1996). *The Foundations of Bioethics*. Oxford: -Oxford University Press.
- Erny, P. (1990). *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*. Paris: L'Harmattan.
- Ertugral, Y. (2012). *Le désir de maternité et la mort: Depuis la législation de la contraception et de l'avortement*. Paris: L'Harmattan.
- Evans, K. & Furlong, E. (2000). Niches, transitions, trajectoires. De quelques théories et représentations des passages de la jeunesse. *Lien social et Politiques*, 41-48.
- Fainzang, S. (1985). La « maison du blanc »: la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina. *Sciences sociales et santé*, 3, 105-128.
- (2010). L'automédication: Une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés*, 34, 115.
- Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S. & Keshavjee, S. (2006). Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine*, 3(10): 449.
- Fassin, D. (1999). « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique ». In C. Becker, J.P Dozon, C. Obbo & M. Touré (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique* (p. 41-66). Paris: Codesria/Karthala/IRD.
- Fassin, D. (2000). Qualifier les inégalités. In D. Fassin et al.(éds.), *Les inégalités sociales et santé* (p. 123-144). Paris: La Découverte (Recherches).
- Fassin, D., & Bourdelais, P. (2005). *Les constructions de l'intolérable: études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris: Découverte.
- Fine, A. (2001). Maternité et identité féminine. In Y. Knibiehler (dir.) *Maternité, affaire privée, affaire publique* (p. 61-76). Paris : Bayard.
- Fortier, C. (2010). Le droit musulman en pratique : genre, filiation et bioéthique. *Droit et Cultures*, 59, 15-40.
- Foucault, M. (2001). *Dits et Écrits, tome 2 : 1976 - 1988*. Paris : Gallimard.
- Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin.
- Ganpiero, G. (2002). L'avortement provoqué. In G. Caseli, J. Vallin & G. Wunsch G. (dir.), *Démographie: analyse et synthèse* (p. 283-300). Paris: INED.
- Gauthier, M. (2000). L'âge des jeunes : « un fait social instable ». *Lien social et Politiques*, 43, 23-32.
- Gauthier, X. (2004). *Naissance d'une liberté: Contraception, avortement : le grand combat des femmes au XXe siècle*. Paris: J'ai lu.
- Gobatto, I. (1999). *Etre médecin au Burkina Faso: dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. Paris: L'Harmattan.
- (2003). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé: circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*. Paris: Karthala.
- Goffman, E. (2007). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Goldman, N. (2001). Social inequalities in health disentangling the underlying mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954, 118-139.
- Grard, J. (2008). 7 : Devoir se raconter. In A. Bensa & D. Fassin (éds.), *Les politiques de l'enquête* (p. 143-163). Paris : La Decouverte (Recherches).

- Grard, J. (2011). *Frontières invisibles. L'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France* (Doctorat en anthropologie sociale). École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- Grenier-Torres, C. (2009). *Expériences de femmes ivoiriennes au coeur de l'épidémie de sida*. Paris: L'Harmattan.
- Grimes, D. A. (2003). Unsafe abortion: the silent scourge. *British Medical Bulletin*, 67, 99-113.
- Gruénais, M.-E. (1985a). Aînés, aînées; cadets, cadettes. In M. Abélès. & C. Collard. (dir.), *Âge, pouvoir et société en Afrique Noire*. Montréal-Paris: Presses de l'Université de Montréal-Karthala.
- Gruénais, M.-E. (1985b). Mariages en ville et malnutritions aiguës. *Sciences sociales et santé*, 3, 57-83.
- Gruénais, M.-E., Ouattara, F., Richard, F. & De Brouwere, V. (2012). Anthropological Insights about a Tool for Improving Quality of Obstetric Care: The Experience of Case Review Audits in Burkina Faso. *Anthropology in Action*, 19, 27-36.
- Guengant, J.-P. (2011). *Comment bénéficier du dividende démographique? La démographie au centre des trajectoires de développement. Synthèse des études réalisées dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'au Ghana, en Guinée, en Mauritanie et au Nigeria* (Analyse pays Burkina Faso, Savoir N°9). Paris: AFD-IRD.
- Gueye, I. (2012). *Les normes de la bioéthique et l'Afrique*. Paris: L'Harmattan.
- Guillaume, A. (2000). L'avortement en Afrique: mode de contrôle des naissances et problème de santé publique. *Chronique du CEPED*, 37, 1-5.
- Guillaume, A. (2004a). Abortion in Africa. A review of literature from the 1990's to the present days. CEPED. Consulté à l'adresse <http://www.ceped.org/avortement/gb/index800.html>
- Guillaume, A. (2004b). L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire. Consulté à l'adresse http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-05/010041377.pdf
- Guillaume, A. (2006). L'avortement en Afrique: une pratique fréquente chez les adolescentes? In *AIDELF, Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours*. (p. 733-746). Paris: INED.
- Guttmacher Institute. (2012a). Facts on Abortion in Africa. New York, Consulté à l'adresse http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Africa.pdf
- Guttmacher Institute. (2012b). *Facts on Induced abortion Worldwide*. New York; Consulté 23 juillet 2013, à l'adresse http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf
- Henshaw, S. K. (1995). Factors hindering access to abortion services. *Family Planning Perspectives*, 54-87.
- Héritier, F. (1981). *L'exercice de la parenté*. Paris: Gallimard.
- Hord, C. & Wolf, M. (2004). Breaking the cycle of unsafe abortion in Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 8, 29-36.
- Hottois, G. (2001). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Hours, B. (2001). *Systèmes et Politiques de sante : De la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse: Erès.

- Isambert, F.-A. (1982). Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? *Revue française de sociologie*, 359-381.
- Jaffré, Y. (1999). Pharmacies des villes, pharmacies « par terre ». *Bulletin de l'APAD[en ligne]*, 17. Consulté à l'adresse <http://apad.revues.org/482>
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala.
- Janzen, J. M. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala.
- Jensen, S. & Ronsbo, H. (2014). *Histories of Victimhood*. University of Pennsylvania Press, Incorporated.
- Jewkes, R., Naeemah, A. & Mvo, Z. (1998). Why do nurses abuse patients? Reflections from south african obstetric services. *Social Science & Medicine*, 47, 1781-1795.
- Jones, R. K., Upadhyay, U. D. & Weitz, T. A. (2013). At What Cost? Payment for Abortion Care by U.S. Women. *Women's Health Issues*, 23, 173-178.
- Knibiehler, Y. (1997). *La révolution maternelle depuis 1954. Femmes, maternité, citoyenneté*. Paris: Perrin.
- Knibiehler, Y. (2001). *Maternité: affaire privée, affaire publique*. Paris: Bayard.
- Kobiané, J.-F. (1999). Pauvreté, structures familiales et stratégies éducatives à Ouagadougou. *Communication au Séminaire International CICRED «Stratégies éducatives, familles et dynamiques démographiques*. Consulté à l'adresse http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/education/ACTES/Com_Kobiane.PDF
- Kumar, A., Hessini, L. & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11, 625-639.
- Labouret, H. (1931). *Les Tribus du rameau Lobi*. Paris: Institut d'ethnologie.
- Lallemand, S. (1977). *Une famille mossi*. Paris-Ouagadougou: C.N.R.S.
- Lallemand, S. (1991). *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris: L'Harmattan.
- Lange, M.-F. (1998). *L'école et les filles en Afrique : scolarisation sous conditions*. Paris: Karthala.
- Lauras-Locoh, T., & Lopez-Escartin, L. (1992). Jeunes et démographie en Afrique. In H. Almeida-Topor & al. (éds.), *Les jeunes en Afrique. Evolution et rôle (XIXe-XXe siècles)*. Tome 1 (p. 66-82). Paris: L'Harmattan.
- Laurent, P. J. (2003). *Les pentecôtistes du Burkina Faso. Mariage, pouvoir et guérison*. Paris: IRD éditions/Karthala.
- Ledjou, J.-M. (2010). Mondialisation et diffusion des technologies en Afrique. *ESSACHESS-Journal for Communication Studies*, 105-116.
- Lemonnier, C. (2010). *Ritualiser l'avortement pour faire passer la pilule : enquête sur l'interruption volontaire de grossesse dans le centre d'orthogénie d'un hôpital aquitain* (Memoire de master en Anthropologie sociale). Université de Bordeaux 2, Bordeaux.
- Lévi-Strauss, C. (2002). *Les structures élémentaires de la parenté (2nd éd.)*. Berlin-New York: Mouton de Gruyter.
- Licoppe, C. (2002). Sociabilité et technologies de communication: Deux modalités d'entretien des liens interpersonnels dans le contexte du déploiement des dispositifs de communication mobiles. *Réseaux*, 112-113, 172.

- Lombrail, P. & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8, 31.
- Losonczy, A.-M. (2002). De l'énigme réciproque au co-savoir et au silence. Figures de la relation ethnographique. In C. Ghasarian. (éd.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux* (p. 91-102). Paris: Armand Colin.
- Maiga, D. D. (2011). Intérêt de l'utilisation du téléphone mobile dans la réponse aux rendez-vous des patients atteints de psychoses aiguës fonctionnelles au service de psychiatrie de l'Hôpital national de Niamey. *L'information psychiatrique, Volume 87*, 127-132.
- Marie, A. (1997). *L'Afrique des individus itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Paris: Éd. Karthala.
- Martin, C. (2003). Le téléphone portable : machine à communiquer du secret ou instrument de contrôle social ? *Communication et langages*, 92-105.
- Martuccelli, D. (2009). Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne ? Pour quoi, pour qui, comment ? *Sociologie et sociétés*, 41, 15.
- Mazzocchetti, J. (2009). *Être étudiant à Ouagadougou: itinérances, imaginaire et précarité*. Paris: Karthala.
- Mazzocchetti, J. (2013). « Chacun dans son chacun ». Tracer sa route entre modernité insécurisée et modernité mirage. In C. Bréda, M. Deridder & P. Laurent P.J. (dir.), *Modernité insécurisée: Anthropologie des conséquences de la mondialisation* (p. 399-425). Louvain-la-neuve : Academia.
- Mebtoul, M. (2000). Les recours thérapeutiques : élaboration de la décision profane en Algérie. In G. Cresson & F.X. Schweyer (dir.). *Les usagers du système de soins* (p. 263-270). Rennes : ENSP.
- Médah, R. (2006). *Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso)* (No. 11). Ouagadougou: Laboratoire citoyennetés-IUED genève.
- Meddeb, H. (2012). *Courir ou mourir. Course à el khobza et domination au quotidien dans la Tunisie de Ben Ali* (Doctorat en Science Politique). Institut d'Études Politiques de Paris, Paris.
- Meillassoux, C. (1992). *Femmes, greniers et capitaux*. Paris: L'Harmattan.
- Mendane, M. W. (2005). *Les déterminants de l'avortement provoqué au Gabon*. IFOD, Yaoundé, Cameroun. Consulté à l'adresse http://www.memoireonline.com/05/10/3484/m_Determinants-de-lavortement-provoque-au-Gabon0.html
- Michit, R. (1998). Une méthode d'explicitation de la structure du processus décisionnel des individus et des groupes: l'entretien psychocognitif. *Communication et organisation[en ligne]*, 14. Consulté à l'adresse <http://communicationorganisation.revues.org/2137>
- Ministère de la santé du Burkina Faso. (2005). *Étude sur le potentiel du développement du secteur privé sanitaire du Burkina Faso*. Ouagadougou.
- Ministère de la santé du Burkina Faso. (2011). *Mise en Œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso*. Ouagadougou.
- Moreau, C., Bajos, N. Bouyer, J., & Bouyer, J. (2004). De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale. *Population, Vol. 59*, 503-518.

- Morel, C. (2002). *Les décisions absurdes*. Paris: Gallimard.
- Moussa, H. (2012). *Entre absence et refus d'enfant: Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*. Paris: L'Harmattan.
- Mulot, S. (2009). Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? *Revue française de sociologie*, Vol. 50, 63-89.
- Murali, V. & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 216-224.
- Naour, J. Y. L., & Valenti, C. (2003). *Histoire de l'avortement: XIXe-XXe siècle*. Paris: Éd. du Seuil.
- National Institute of Statistics and Demography. (2008). *Population and Housing Census 2006*. Ouagadougou: INSD. Consulté à l'adresse http://ecastats.uneca.org/aicmd/Portals/0/Resultats_definitifs_RGPH_2006.pdf
- Nations Unies. (1994). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement* (No. A/CONF.171/13/Rev.1). Le Caire: Nations Unies. Consulté à l'adresse http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf
- Neirinck, C. (2001). De la parenté à la parentalité. In A. Bruel et al. (dir.), *De la parenté à la parentalité* (p. 15-28). Toulouse: ERES.
- Nikiéma, A., Rossier, C., & Ridde, V. (2011). *Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain: le cas de la périphérie nord de Ouagadougou*. Présenté à Conference of the Union for African Population Studies, Ouagadougou. Consulté à l'adresse <http://uaps2011.princeton.edu/papers/110851>
- Njoya, J. (2009). Parenté et politique en imbrication: la construction politico-juridique de la succession héréditaire. *Polis/RCSP/CPSR*, 16. Consulté à l'adresse <http://www.polis.sciencespobordeaux.fr/vol16n1-2/njoya.pdf>
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête [en ligne]*. Consulté à l'adresse <http://enquete.revues.org/document263.html>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2004). État, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. *Politique africaine*, 139-162.
- OMS. (2013). *Avortement sécurisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Ouattara, F. (1999). *Savoir-vivre et honte chez les Senufo Nanerge (Burkina Faso)* (Doctorat en anthropologie). EHESS, Marseille.
- Ouattara, F. (2002). Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso. *Bulletin de l'APAD[en ligne]*, 23-24. Consulté à l'adresse <http://apad.revues.org/145>
- Ouattara, F. (2004). Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie «chez soi». *Cahiers d'études africaines*, 175, 635-657.
- Ouattara, F., Bationo, B. F. & Gruénais, M.-É. (2009). Pas de mère sans un «mari». *Autrepart*, 81-94.
- Ouattara, F., & Storeng, K. (2008). L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso. *Bulletin de l'APAD[en ligne]*, 27-28. Consulté à l'adresse <http://apad.revues.org/3003>

- Ouédraogo, R. (2006). *Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou (District sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso)* (Mémoire de maîtrise en Sociologie). Université de Ouagadougou, Ouagadougou.
- Packard, R. M., Brown, P. J., Berkelman, R. L. & Frumkin, H. (2004). *Emerging Illnesses and Society: Negotiating the Public Health Agenda*. Baltimore - London: JHU Press.
- PASSAGE. (2009). *Approche socio-anthropologique des avortements à Ouagadougou. Cas de 3 maternités (CMA du secteur 30, CMA de Pissy, Hôpital Yalgado)*. Présenté à Réunion semestrielle PASSAGE, Maroua (Cameroun).
- Paul, M., Gemzell-Danielsson, K., Kiggundu, C., Namugenyi, R. & Klingberg-Allvin, M. (2014). Barriers and facilitators in the provision of post-abortion care at district level in central Uganda—a qualitative study focusing on task sharing between physicians and midwives. *BMC health services research*, 14, 28.
- Peretti-Watel, P. (2002). Les «conduites à risque» des jeunes: défi, myopie, ou déni? *Agora débats/jeunesses*, 27, 16–33.
- Pessin, A., & Blanc, A. (2004). *L'art du terrain : mélanges offerts à Howard S. Becker*. Paris: L'Harmattan.
- Pirinoli, C. (2004). L'anthropologie palestinienne entre science et politique : l'impossible neutralité du chercheur. *Anthropologie et Sociétés*, 28, 165-185.
- Richard, F., Ouédraogo, C., Zongo, V., Ouattara, F., Zongo, S., Gruénais, M. E., & De Brouwere, V. (2009). The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 38-44.
- Ridde, V., Nougata, A. & Haddad, S. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*, 199-210.
- Rossier, C. (2006). L'avortement : un secret connu de tous ? *Sociétés contemporaines*, n° 61, 41-64.
- Rossier, C., Guiella, G., Ouédraogo, A. & Thiéba, B. (2006). Estimating clandestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 62, 254-266.
- Rossier, C., Sawadogo, N. & Soubeiga, A. (2013). Sexualités prénuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou. *Population*, Vol. 68, 97-122.
- Roth, C. (1996). *La séparation des sexes chez les Zars au Burkina-Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Roth, J. A. (1972). Some contingencies of the moral evaluation of clientele. The case of the hospital emergency service. *American Journal of Sociology*, 77, 839-856.
- Rousseau, J.-J. (1754). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. Genève: Marc Michel Rey.
- Rudd, P. & Evans, K. (1998). Structure and agency in youth transitions : students experiences of vocational further education. *Journal of youth studies*, 1, 39-62.
- Rylko-Bauer, B. (1996). Abortion from a crosscultural perspective: an introduction. *Social Science & Medicine* (1982), 42, 479-482.
- Sanon, P., Kaboré, S., Wilen, J., Smith, S. J. & Galvão, J. (2009). Advocating prevention over punishment: the risks of HIV criminalization in Burkina Faso. *Reproductive health matters*, 17, 146–153.

- Sanou (Mgr), A. T. (1999). *Culture africaine et sexualité*. Cerbafaso. Consulté 11 mars 2014, à l'adresse
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cerbafaso.org%2Ftextes%2Fbioethique%2Fhtml.index.htm&ei=QwlfU46KBcTF0QWT-YHgCw&usg=AFQjCNFkd_I024mUyxJwp3NvsOT2UJO8Q&sig2=midFa1EuYvtJaLfNrQ8KSQ&bvm=bv.62788935,d.d2k
- Sawadogo, M. (1999). *L'avortement: éthique et droit*. unpublished lecture, Ouagadougou. Consulté à l'adresse
http://www.cerbafaso.org/textes/congres/acte_congres99/avortement_filiga99.pdf
- Schwartz, O. (1993). L'empirisme irréductible. In N. Anderson, N. (éd), *Le hobo: sociologie du sans-abri* (p. 265-295). Paris : Nathan (Essais et Recherches).
- Sedgh, G., Henshaw, S., Singh, S., AAhman, E. & Shah, I. H. (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*, 370, 1338–1345.
- Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., Bankole, A. & Mikulich, M. (2011). Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies. *Studies in Family Planning*, 42, 147–154.
- Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., AAhman, E., Henshaw, S. K. & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379, 625–632.
- Sellenet, C. (2007). *La parentalité décryptée: Pertinence et dérives d'un concept*. Paris: L'Harmattan.
- Sévédé-Bardem, I. (1997). *Précarités juvéniles en milieu urbain africain: (Ouagadougou)*. Paris :L'Harmattan.
- Sévédé-Bardem, I. & Gobatto, I. (1995). *Maux d'amour, vies de femmes: sexualité et prévention du SIDA en milieu urbain africain (Ouagadougou)*. Paris: L'Harmattan.
- Sfez, L. (1992). *Critique de la décision*. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Sie-Tioye, A.-M., & Bahan, D. (2009). *RGPH 2006. Analyse des resultats définitifs. Thème 11: Situation socioéconomique des enfants et des jeunes au Burkina Faso*. Ouagadougou : INSD.
- Soubeiga, A. (1999). Quête de guérison, conversion, évangélisation. Groupes charismatiques et Eglises pentecôtistes face au mal. In R. Otayek. (dir.), *Dieu dans la cité. Dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais* (p. 111-128). Bordeaux : CEAN/IEP Bordeaux.,.
- Soulet, M.-H. (2005). Reconsidérer la vulnérabilité. *Empan*, 60, 24.
- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Svanemyr, J. & Sundby, J. (2007). The social context of induced abortions among young couples in Côte d'Ivoire. *African journal of reproductive health*, 11, 13-23.
- Tantchou, J. C. (2009). Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. *Natures Sciences Sociétés*, 17, 18-28.
- Thaddeus, S. & Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine* (1982), 38, 1091-1110.

- Théry, I. (1999). « Une femme comme les autres ». Séropositivité, sexualité et féminité. In *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH* (p. 113-136). Paris: ANRS (Collection Sciences Sociales et Sida).
- Thévoz, J. M. (1990). *Entre nos mains l'embryon: recherche bioéthique*. Genève: Labor et Fides.
- Thonneau, P. F. (2000). Mortalité maternelle et avortements dans les pays en développement. *Réduire les Risques de la Maternité: Stratégies et Evidence Scientifique*. Consulté à l'adresse <http://www.itg.be/ITG/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop18.pdf#page=167>
- Toulemon, L. & Leridon, H. (1992). Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population (French Edition)*, 1-45.
- Turner, K. L. & Kimberly, C. P. (2009). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*. Chapel Hill: IPAS. Consulté à l'adresse <http://www.ipas.org/~media/Files/lpas%20Publications/VALCLARF09.ashx>
- Union Africaine. (2003). Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes. Consulté à l'adresse <http://www.femmesdroitshumains.org/images/PDF/Charte%20Africaine%20Maputo.pdf>
- Van, C. L. (1998). *Les grossesses à l'adolescence: normes sociales, réalités vécues*. Paris: L'Harmattan.
- Venner, F. (1995). *L'opposition à l'avortement: Du lobby au commando*. Paris : Editeurs Berg International.
- Vinel, V. (2005). *Des femmes et des lignages. Ethnologie des relations féminines au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Weber, M. (1959). *Le savant et le politique*. Paris: Plon.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S. & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64, 1524-1535.
- Zempleni, A. (1996). Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres. *Gradhiva*, 23-41.
- Zongo, S. (2012). *Procréer en temps de VIH: offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina Faso)* (Thèse pour le doctorat de 3^e cycle). Aix-Marseille Université, Aix en Provence.

ANNEXES

Annexe 1 : Carte du Burkina Faso et de la ville de Ouagadougou

Annexe 2 : Carte sanitaire de la région du centre

Annexe 3 : Avis du comité d'éthique pour la recherche en santé

Annexe 4 : Autorisation du Ministère de la Santé

Annexe 5 : Autorisation du CHU-YO

Annexe 6 : Autorisation de la Direction Régionale de la Santé du Centre

Annexe 7 : Autorisation direction ABBEF

Annexe 8 : Articles du Codes Pénal relatifs à l'avortement

Annexe 9 : Programme d'une session de formation sur la Clarification des Valeurs

Annexe 10 : Affiches de sensibilisation sur la Santé sexuelle et reproductive à l'endroit des jeunes

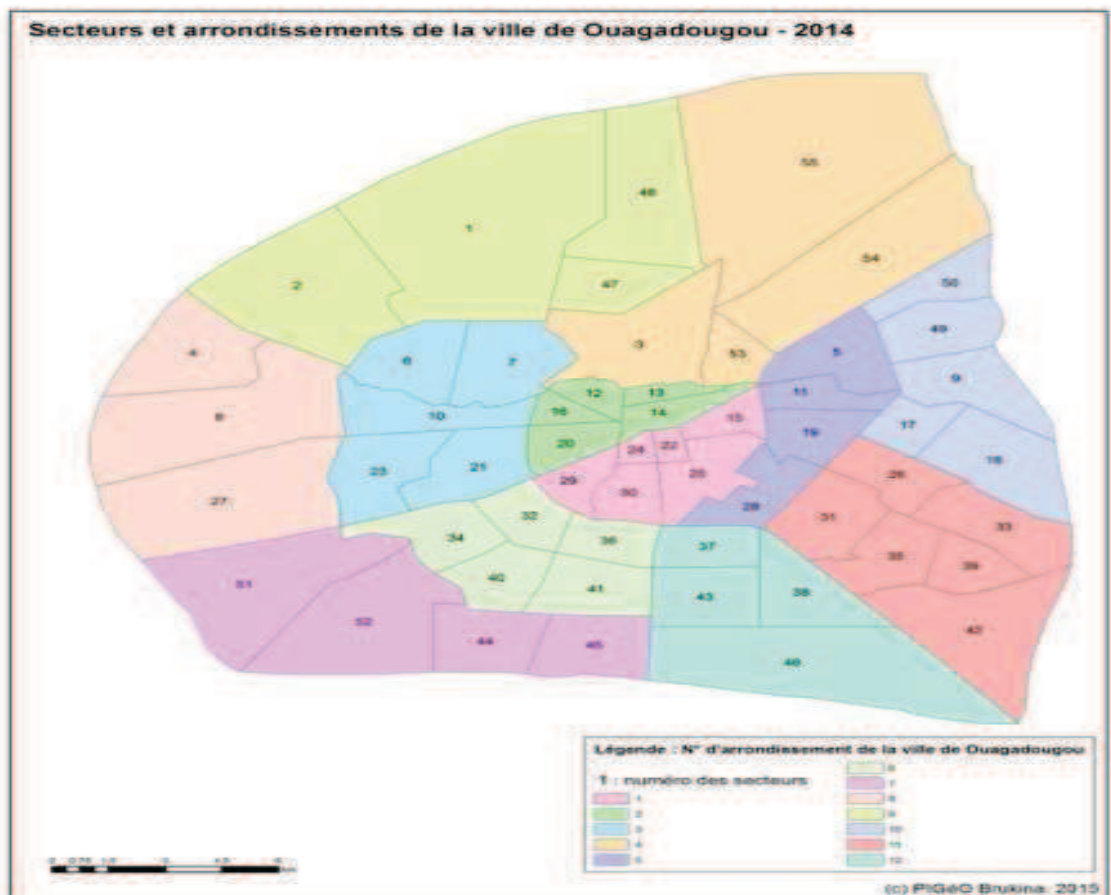
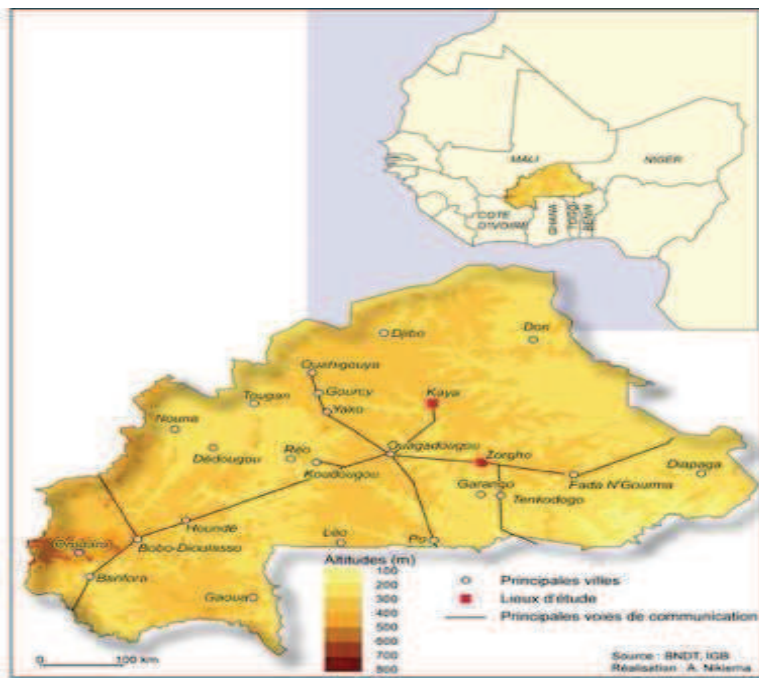
Annexe 11 : Affiches de sensibilisations sur les avortements à risques

Annexe 12 : Carte de la prévalence des avortements à risque dans le monde

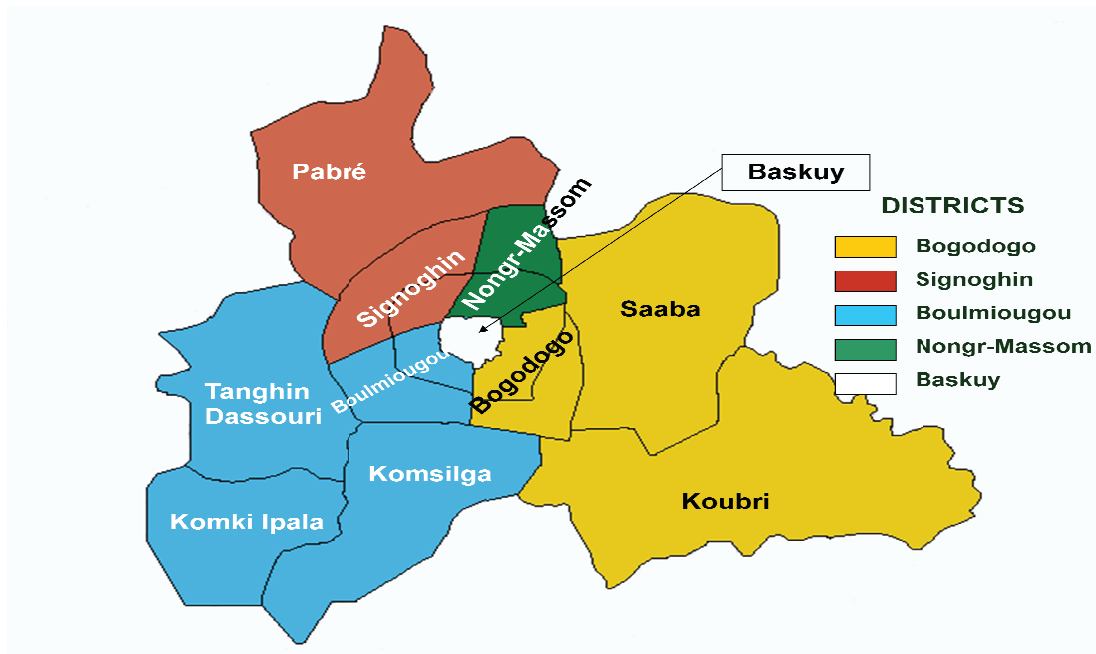
Annexe 13 : Outils techniques AMIU

Annexe 14 : Affiche sur la liste des prestations SONU subventionnées

ANNEXE 1 : CARTE DU BURKINA FASO ET DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU



ANNEXE 2 : CARTE SANITAIRE DE LA RÉGION DU CENTRE



Source : Ministère de la Santé

ANNEXE 3 : AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
COMITÉ D'ÉTHIQUE POUR LA
RECHERCHE EN SANTÉ

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

DELIBERATION N° 2010-14

1. TITRE DE LA RECHERCHE
Coût de la santé reproductive en Afrique de l'Ouest : une étude approfondie de l'association entre pauvreté et accès aux soins liés aux avortements au Burkina Faso

2. REFERENCE DU PROTOCOLE
Version non indiquée

3. DOCUMENTATION

- protocole de recherche ;
- budget de l'étude.

4. REFERENCE DU DEMANDEUR
Investigateur principal pour le Burkina Faso : Fatoumata OUARTARA, anthropologue à l'IRD UMR Sciences économiques et sociales, Systèmes de santé et Sociétés 688, avenue Joseph KY ZERBO, 01 BP 182 Ouagadougou 01 Burkina Faso

5. SITES DE LA RECHERCHE
CHU Yalgado, CMA du secteur 30 de Ouagadougou

6. DATE DE LA DELIBERATION
11 janvier 2011

7. ELEMENTS EXAMINES

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé ;
- Budget de la recherche.

8. OBSERVATIONS

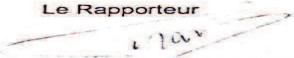
- joindre le cv des membres de l'équipe de recherche ;
- rendre le langage de la fiche d'informations adressée aux bénéficiaires de soins, plus accessible. Ex : projet génésique (page 19) ;
- prévoir un paragraphe sur les considérations éthiques, à la page 10 ;
- décrire comment les femmes seront identifiées ?
- que signifie « entretiens approfondis » ;
- faire ressortir le site retenu au niveau du titre ;
- corriger à la page 21 l'allusion au « consentement verbal » ;
- préciser à la page 20 le contenu de « vos soucis seront traités convenablement » ;
- comment recontacterez vous les participants à l'étude au vu de la durée de celle-ci (3 ans) ;
- préciser davantage comment les 40 femmes seront recrutées ;
- adapter certaines questions au contexte ;
- tenir compte de l'alimentation comme autre paramètre ;
- régler la contradiction en ce qui concerne les sites de l'étude, au niveau des pages 20 paragraphe 1 et page 31 point A9. : CMA, CHU, CSPS ;
- justifier la référence aux CSPS sur les formulaires adressés aux agents de santé, vu qu'ils ne disposent pas d'un plateau technique suffisamment équipé pour prendre en charge des malades ciblés par cette étude.

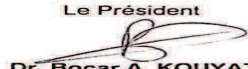
9. AVIS DU COMITE
Avis favorable avec les observations ci-dessus.

10. RESERVES
Néant

11. RECOMMANDATIONS
Prendre en compte les observations

Ouagadougou, le 19 janvier 2011

Le Rapporteur

Scholastique TRAORE

Le Président

Dr. Bocar A. KOUYATE
Chevalier de l'Ordre national

ANNEXE 4 : AUTORISATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

GA/KDF
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

N°2011 **0122** /MS/SG/DEP

Ouagadougou, le **14 APR 2011**

Objet : Accord à votre demande d'entretien.

Réf. : V/L s/n° du 21 mars 2011.

Le Ministre de la Santé

A

Madame Fatoumata OUATTARA/TRAORE
Anthropologue, Coordonnatrice du projet
ECONPOP/Burkina - IRD
01 BP 182 Ouagadougou 01
Tél. (00226) 50 30 67 37 / 70 75 37 74
OUAGADOUGOU

Madame,

En référence à votre lettre ci-dessus citée, j'ai le plaisir de vous informer que j'apprécie positivement votre projet de réaliser une recherche sur le « **coût de la santé reproductive en Afrique de l'Ouest : une étude approfondie de l'association entre pauvreté et accès aux soins liés aux avortements au Burkina Faso** ».

Pour l'entretien, vous voudriez bien prendre attache avec la Direction générale de la santé de la famille chargée de la santé reproductive.

Je vous prie d'agréer, **Madame**, l'expression de mes salutations distinguées.

P/Le Ministre de la santé et par délégation
Le Secrétaire général

Ampliations :
- CAB (ATCR)
- DGSF (Info)

Pr Adama TRAORE
Le Secrétaire général
Pr Adama TRAORE
Chevalier de l'Ordre national

Building Lamizana 03 B.P. 7009 Ouagadougou 03 Tél.: (00226) 50 32 41 59 / 63 40 Fax: (00226) 50 31 70 24

ANNEXE 5 : AUTORISATION DU CHU-YO

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GÉNÉRAL
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
YALGADO OUEDRAOGO
DIRECTION GÉNÉRALE



BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

N° 00.0363 /MS/SG/CHU-YO/DG

Ouagadougou, le 23 FEB 2011

Le Directeur Général

A

Madame Fatoumata OUATTARA
Coordonatrice du projet
ECONPOP au Burkina Faso
IRD Ouagadougou

Objet : Votre demande d'autorisation d'enquête.


Madame,

Suite à votre lettre du 1^{er} février 2011 relative à un souhait de réaliser une enquête sur le thème «**coût de la santé reproductive en Afrique de l'Ouest** » dans le service de la maternité, J'ai l'honneur de vous informer que je marque mon accord pour son déroulement.

Vous voudriez bien prendre attache avec le Chef de service de la maternité pour les modalités pratiques.

Ampliations :

- DRH
- Maternité
- Chrono



Dr Lansandé BANGAGNE
Chevalier de l'ordre national

Tél : (00226) 50 31 16 55/56/57 - Fax (00226) 50 31 18 48 - E-mail : chnyo@chnyo.bf

ANNEXE 6 : AUTORISATION DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ DU CENTRE

MINISTRE DE LA SANTE

REGION DU CENTRE

DIRECTION REGIONALE DE
LA SANTE DU CENTRE

BURKINA FASO
UNITE-PROGRES-JUSTICE
___OoO___

Ouagadougou, le 07 FÉV 2011

N° 2011 _____ /MS/RCEN/DRSC

AUTORISATION D'ENQUETE DE TERRAIN

Je soussigné, Directeur Régional de la Santé du Centre, autorise des chercheurs du projet de recherche « coût de la santé reproductive en Afrique de l'Ouest : une étude approfondie de l'association entre pauvreté et accès aux soins liés aux avortements au Burkina Faso », à effectuer des enquêtes de terrain dans les structure sanitaires de la Région du Centre.

La présente autorisation est délivrée sur demande de Madame la Coordinnatrice du Projet ECONPOP.

Un exemplaire des résultats de l'enquête devra être déposé auprès de la DRS du Centre.

P / Le Directeur Régional
de la Santé du Centre / PI

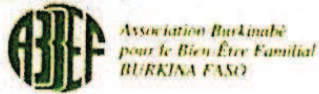


Dr Euphrasie WETTA

Ampliation :

- Districts sanitaires
- Intéressés
- Archives.

ANNEXE 7 : AUTORISATION DIRECTION ABBEF



N° 0348 /ABBEF/DE/2011

Ouagadougou, le 07 SEPT 2011

Le Directeur Exécutif

Objet : demande d'autorisation d'enquêtes de terrain

JA

Madame la coordonnatrice du projet
ECONPOP au Burkina Faso IRD Ouaga
Tél : 50 30 67 37/70 75 37 74
OUAGADOUGOU


Madame le Coordonnatrice,

Nous accusons réception de votre correspondance relative à l'objet ci - dessus mentionné et vous remercie pour cette marque de confiance à l'ABBEF.

A ce titre, je marque mon accord de principe pour que la clinique du siège de l'ABBEF serve de terrain d'enquêtes par vos agents.

Vous voudrez bien prendre attache avec madame SOME Roselyne, l'assistante sociale de la clinique pour votre accompagnement.

En vous souhaitant bonne réception, recevez madame la coordonnatrice, mes meilleures salutations.

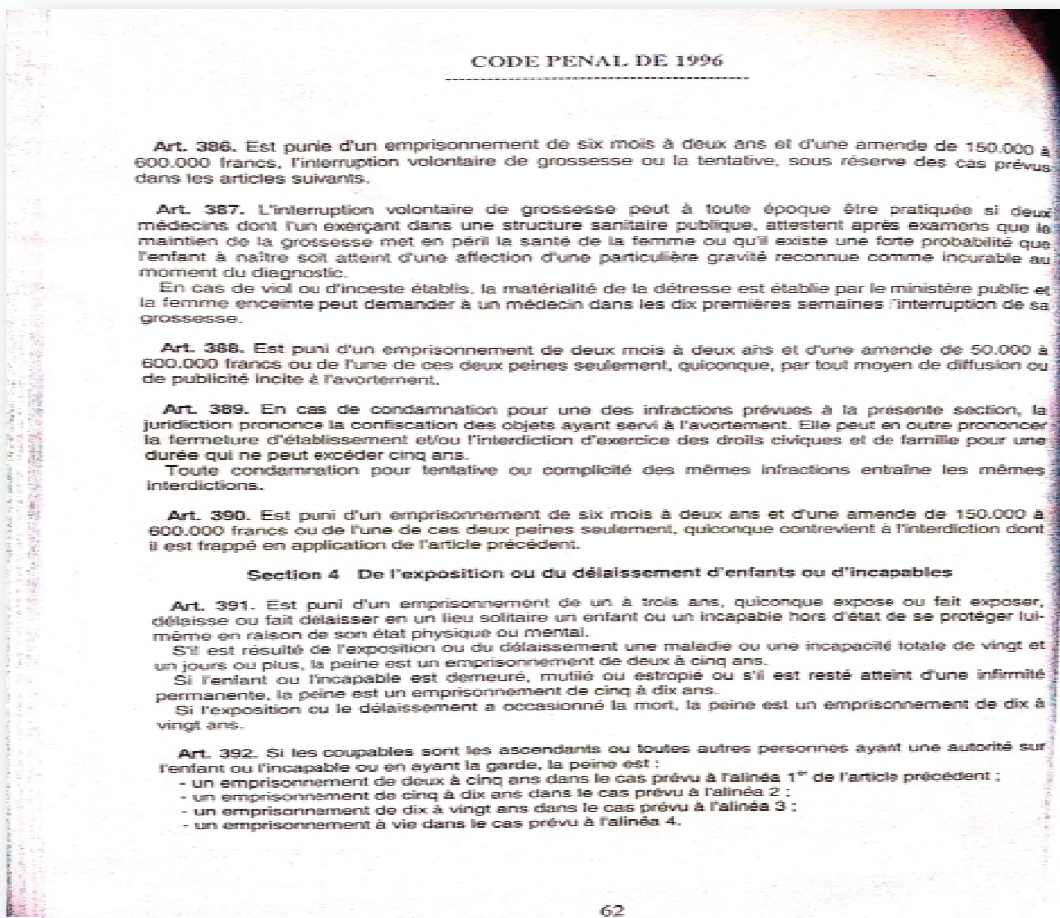
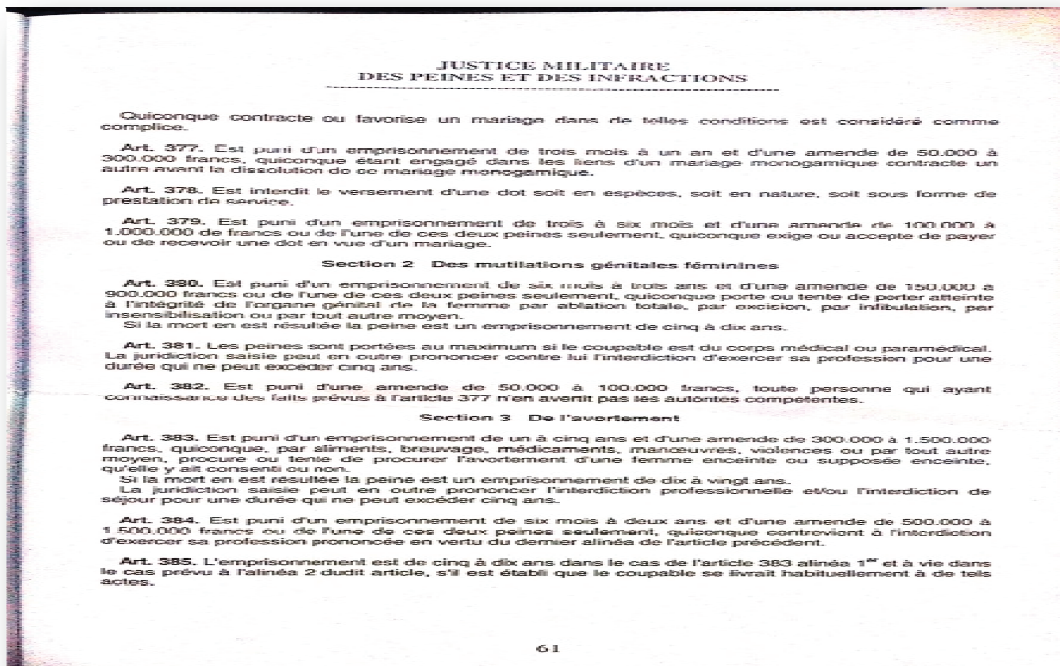

Boureihiman OUEDRAOGO
Chevalier de l'Ordre du Mérite
de la santé et de l'action sociale

Ampliations :
- DP
- DAF
- Chrono

Accréditée par l'IPPF - Reconnue d'Utilité Publique par l'Etat - Officier de l'Ordre du Mérite Burkinabè

01 BP 535 Ouagadougou 01 - ☎ : 50 31 05 98/50 31 75 10 - 📠 : 50 31 75 11 - Compte BICIA-B n° 9053-060186-01/47 - ✉ : abbef@fasonet.bf - Site Web : http://www.abbef.bf

ANNEXE 8 : ARTICLES DU CODES PÉNAL RELATIFS À L'AVORTEMENT

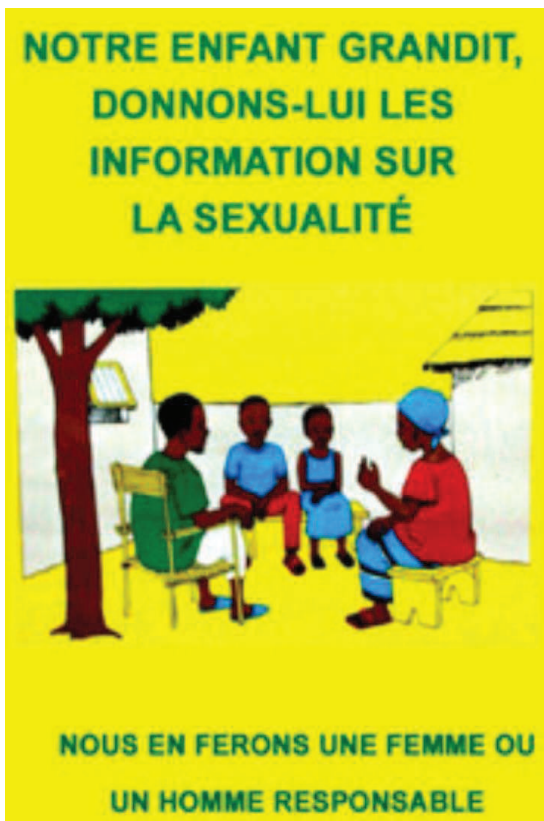
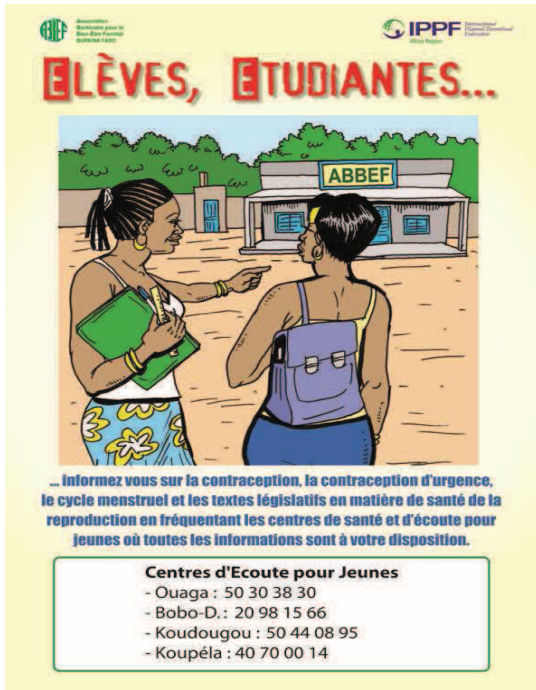


ANNEXE 9 : PROGRAMME D'UNE SESSION DE FORMATION SUR LA CLARIFICATION DES VALEURS

Heures	J1	J2	J3
8:30-10:45 (Total 2H15)	<ul style="list-style-type: none"> • Installation des Participants • Ouverture (Directeur Exécutif ABBEF) • Présentations/attentes (Dr KIEMTORE) • Normes de travail/répartition des tâches (Mme SANOU Fatimata). • But et objectifs de l'atelier (Pr LANKOANDE) • Avortement à risque dans le monde et DANS LE PAYS (Pr LANKOANDE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture amendement rapport J1 • Exercice de Clarification des Valeurs : « Les quatre coins » (Pr LANKOANDE) • Exercice de clarification des valeurs « Le dernier Avortement » (Mme SANOU F.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture amendement rapport • Projet IPPF : 5 axes stratégiques (Directeur exécutif de l'ABBEF) • Exercice : Pourquoi est-elle décédée (Dr KIEMTORE) • Travaux de groupes Quelles actions mener (Pr LANKOANDE/Mme SANOU) <ol style="list-style-type: none"> 1. plaidoyer pour l'avortement et les services d'avortement 2. formation et approvisionnement pour des services d'avortement 3. mise en réseau et mobilisation de ressources
Pause			
11:00-12H 30 (Total 1H30)	<ul style="list-style-type: none"> • Concept de Soins après avortement (Dr KIEMTORE) • Soins d'avortement intégrés (Pr LANKOANDE) • Directives de l'OMS (Pr LANKOANDE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Convictions personnelles contre responsabilités professionnelles (Pr LANKOANDE) • Discussion sur l'avortement (Dr KIEMTORE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan d'action (Dr KIEMTORE) • Synthèse des discussions et développement de consensus LANKOANDE)
déjeuner			
13H15 à 15:00 (1H45)	<ul style="list-style-type: none"> • concepts de la clarification des valeurs pour la transformation des attitudes (Pr LANKOANDE) • Exercice de Clarification de Valeur : « Traverser la ligne » (Pr LANKOANDE) • Synthèse de la journée (Dr KIEMTORE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Accords internationaux et Lois nationales sur l'avortement au Burkina Faso (Mme SANOU Fatimata) • Synthèse des réflexions (Dr KIEMTORE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de l'atelier (Dr KIEMTORE) • Clôture (Directeur Exécutif ABBEF)

Source : ABBEF

ANNEXE 10 : AFFICHES DE SENSIBILISATION SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE À L'ENDROIT DES JEUNES



Sources : ABBEF

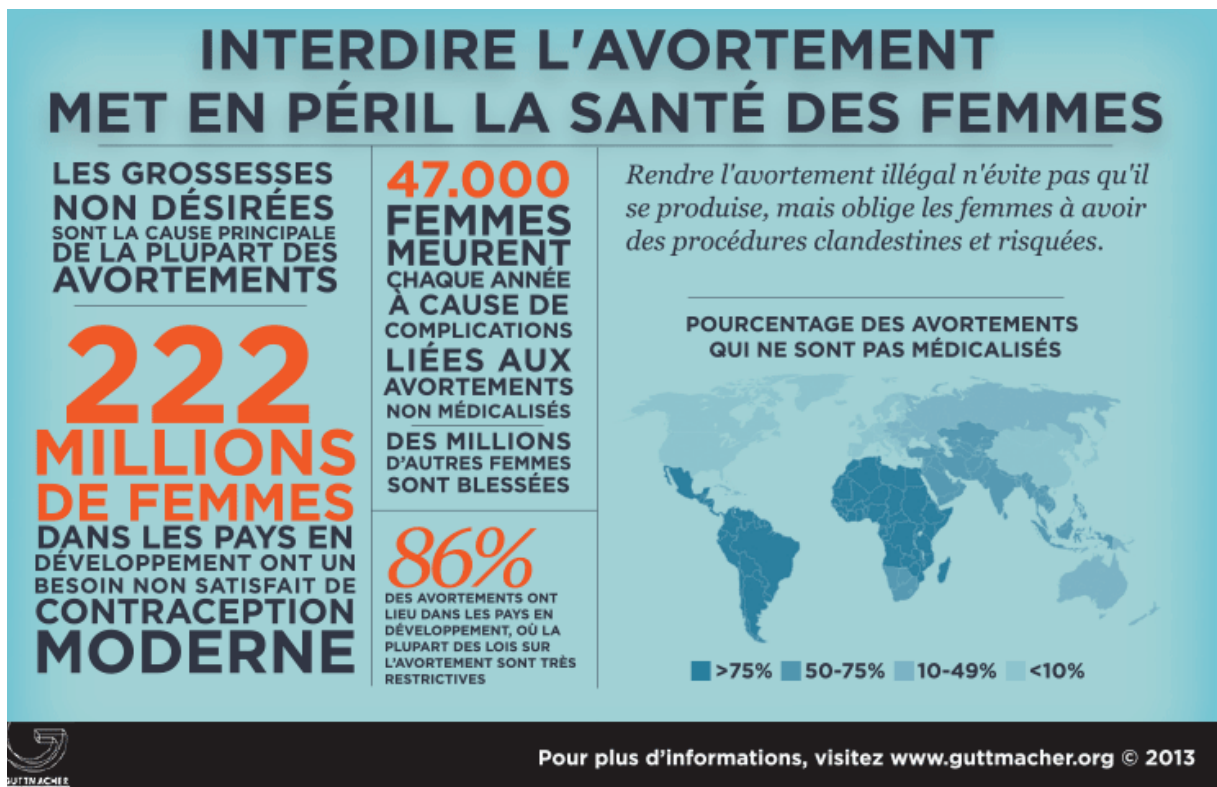
ANNEXE 11 : AFFRICHES DE SENSIBILISATIONS SUR LES AVORTEMENTS À RISQUES



Sources : ABBEF



ANNEXE 12 : CARTE DE LA PRÉVALENCE DES AVORTEMENTS À RISQUE DANS LE MONDE



ANNEXE 13 : OUTILS TECHNIQUES AMIU



Etapes de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip®

Etape 1 : Préparation des instruments

- Placer le piston dans le fond du cylindre.
- Insérer le piston de blocage au fond des canules dans les cylindres.
- Placer les canules de la valve en bas et en avant jusqu'à ce qu'il se libèrent.
- Presser sur le piston vers l'arrière pour que les bords rejoignent et s'accrochent à la base du cylindre.

Etape 2 : Préparation de la patiente

- Se tenir à la patiente de côté.
- Poser le lit au niveau horizontal pour contrôler la position et la taille de l'utérus.
- Nettoyer le col utérin et introduire à un endroit où apparaît pour contrôler les résultats de l'aspiration.

Etape 3 : Désinfection du col utérin

- Utiliser la technique sans contact.
- Après l'aspiration, nettoyer le col utérin avec un produit antiseptique pour nettoyer l'orifice cervical.
- Utiliser un tampon humide ou une gaze pour nettoyer l'orifice cervical.
- Commencer à partir de l'orifice cervical et effectuer un mouvement de spirale vers l'extérieur sans appuyer sur le piston.
- Continuer ainsi jusqu'à ce que le col soit bien recouvert d'iodoforme.

Etape 4 : Bloc paracervical

- Le bloc paracervical est recommandé quand la dilatation mécanique est requise pour l'AMIU.
- Faire le bloc paracervical selon les protocoles en vigueur localement et positionner le tonnelier (ou la pince à griffe).
- Utiliser la dose anesthésique la plus faible possible pour éviter une éventuelle toxicité - par exemple, si vous utilisez de l'idocaine, il n'est pas recommandé de dépasser la dose de 200 mg/patiente.

Etape 5 : Dilatation du col utérin

- Si le col utérin n'est pas suffisamment dilaté, utiliser des dilateurs mécaniques ou des canules de plus en plus grandes pour la dilatation.
- Dilater le col utérin pour permettre à une canule correspondant environ à la taille de l'utérus de passer facilement dans l'orifice cervical.

Etape 6 : Insertion de la canule

- En même temps que l'on fait le blocage du col, insérer la canule dans le col utérin jusqu'à ce qu'elle soit à l'entrée de l'utérus.
- Ne pas forcer sur la canule de l'extérieur.

Etape 7 : Aspiration du contenu de l'utérus

- Appuyer le piston contre le col utérin.
- Retirer l'aspirateur et appuyer sur le piston.
- Presser le piston de l'utérus, faire tourner doucement et retirer la canule.
- Ne pas retirer le piston de l'utérus, en effectuant un mouvement de va-et-vient.
- Quand l'aspiration est terminée, retirer les canules, placer la canule de la valve.

Signes indiquant que l'utérus est vide :

- De la mucus rouge ou rose, sans être plus de la canule.
- Sensation rigide de la tête quand la canule passe au surface de l'utérus vide.
- Le col utérin est ferme et ne peut plus être déplacé.
- La patiente se plaint de crampes ou de douleurs indiquant que l'utérus est contracté.

Etape 8 : Contrôle du produit d'aspiration

- Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient.
- Observer et sentir le produit de conception afin de détecter de l'ovulation complète et de l'absence de grossesse métrique.
- Si l'inspection n'est pas concluante, faire le test, faire passer dans l'eau ou du vinaigre et observer à l'aide d'une loupe placée au-dessus du récipient.

Etape 9 : Procédures concomitantes

- Lorsque la procédure est terminée, envisager la prescription de la contraception ou l'insertion d'un DIU ou la réparation du col en cas de déchirure.

Etape 10 : Traitement des instruments

- Lorsque la procédure est terminée, traiter immédiatement ou jeter tous les instruments, y compris l'aspirateur et les canules, selon les protocoles en vigueur dans le site.

Ipas Protection de la santé des femmes

SE PREPARER

ACCUEILLIR LA PATIENTE AVEC RESPECT ET AMABILITE

EXPLIQUER A LA PATIENTE CE QUE VOUS ALLEZ FAIRE ET L'ENCOURAGER A POSER DES QUESTIONS

ASSURER A LA PATIENTE QU'ELLE PEUT ETRE INCONSCIENTE PENDANT CERTAINES ETAPES ET QU'ELLE POURRA LANCER A L'AVANCE

ASSURER LA PATIENTE DE CONFERMER DES MEDICALS

PROCEDURE

EXPLIQUER CHAQUE ETAPE DE LA PROCEDURE AVANT DE L'EXECUTER :

- ESCALINAGE
- PREPARATION DE SPECULUM
- NETTOYAGE DU COL PAR LA PINCE DE PUZZI
- INTRODUCTION DE L'ANESTHESIQUE

MISE EN PLACE DE LA CANULE D'ASPIRATION

ATTENDRE POUR QU'ELLE EXECUTE L'ASPIRATION ET REPRENDRE LA PATIENTE POUR QU'ELLE LA PREPARE LA PROCEDURE

SE DEPLACER LENTEMENT SANS MOUVEMENT BRUSQUES OU SACCADÉS

UTILISER LES INSTRUMENTS SANS FORCER

ENTER LA DATE DES CHANGES COMME VUS PAR VUS




PARLER A LA PATIENTE ET L'ENCOURAGER A POSER DES QUESTIONS

ANNEXE 14 : AFFICHE SUR LA LISTE DES PRESTATIONS SONU SUBVENTIONNÉES

BURKINA FASO
Unité-Progress-Justice

MINISTÈRE DE LA SANTÉ


STRATEGIE NATIONALE DE SUBVENTION DES ACCOUCHEMENTS ET DES SONU

LISTE DETAILEE DES PRESTATIONS SUBVENTIONNEES ET LES TARIFS PAYES PAR LES PATIENTES

N°	Prestations	Tarif payé par les patientes (en F CFA)
Au niveau CSPS		
1.	Accouchement eutocique	900
2.	Accouchement dystocique	3 600
Au niveau CMA		
1.	Accouchement eutocique	900
2.	Accouchement dystocique	3 600
3.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	3 600
4.	Soins intensifs au nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	3 600
5.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	3 600
6.	Césarienne	11 000
7.	Laparotomie (GEU et RU)	11 000
Au niveau CHR/CHU		
1.	Accouchement eutocique	1 800
2.	Accouchement dystocique	3 600
3.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	3 600
4.	Soins intensifs au nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	3 600
5.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	3 600
6.	Césarienne	11 000
7.	Laparotomie (GEU et RU)	11 000

1. La femme ne paye pas de frais avant sa sortie et la prise en charge se fait sans délai.
2. Ces montants incluent tous les soins y compris tous les médicaments, les consommables, l'eau de Javel, les examen complémentaires, le transport si nécessaire.



Source : DSF

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	6
SOMMAIRE	8
SIGLES ET ACRONYMES.....	9
LISTES DES FIGURES	11
NOTICE SUR LA TRANSCRIPTION.....	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE	14
Éléments de contexte.....	19
Problématique et approches théoriques. Du sujet à controverse à l'objet anthropologique	22
Une anthropologie du sujet « jeune » contemporain dans sa dynamique de transition vers l'âge adulte.....	26
La jeunesse, un âge de construction identitaire désormais sans repère	26
« Agentivité » des jeunes dans les « sociétés du risque », un facteur de vulnérabilité ?.....	28
D'une anthropologie de la déviance à une anthropologie des politiques publiques de santé : utiliser l'une pour comprendre l'autre.....	31
Structuration de la thèse	35
Méthodologie d'un terrain sensible, et d'un objet illicite et secret.....	37
Le terrain. Une enquête multi-située.....	37
Population d'enquête : des critères définis par le terrain.....	38
Étudier l'avortement au Burkina Faso : un terrain sensible ?	40
Les enjeux méthodologiques d'une ethnographie de l'illicite et du secret.....	42
Les difficultés d'accès au terrain et d'identification des informateurs.....	43
« L'omerta de l'avortement » : quand le terrain rime avec atermoiements, suspicions et mutismes	44
Les relations interpersonnelles, clé pour une ethnographie de l'illicite.....	48
Les technologies de la communication : une alternative ?	51
Face à l'avortement : exigences éthiques et souffrance du chercheur	53
Se distancier ? S'impliquer ?.....	53
De l'illusion d'une possible neutralité à l'implication : quand la relation d'enquête participe à une transformation de soi	54
De l'aide valorisée à la complicité, chercheur à l'épreuve d'un dilemme moral	59
PREMIÈRE PARTIE : Vulnérabilité face aux grossesses pré-nuptiales et à l'avortement : des trajectoires de jeunes entre contraintes et « agentivité » pour devenir adulte	63

Chapitre 1 : Précarité socio-économique et vulnérabilité face au risque de grossesses pré-nuptiales.....	69
1.1. Être jeune à Ouagadougou. À l'épreuve de normes éducationnelles plurielles et antagonistes.....	70
1.1.1. Les « référents de la vieille école » comme modèles éducationnels au sein des familles. Retour sur des classiques.....	74
1.1.1.1 S'abstenir du sexe.....	74
1.1.1.2. Jusqu'à être donnée en mariage.....	77
1.1.2. Les « référents de la nouvelle école », une ouverture vers les « dérives sexuelles » ?.....	80
1.1.2.1. Les médias entre culte de l'érotisation, de l'amour et du libre choix.....	80
1.1.2.2. Éduquer sexuellement les jeunes, un impératif de santé publique.....	81
1.1.3. « Runda kamba ». Des normes et rapports intergénérationnels producteurs de vulnérabilité.....	83
1.2. « Trouver sa voie à Ouagadougou». Entre modernité insécurisée et transformation des modalités d'accès au statut d'adulte.....	86
1.2.1. De la précarité économique et statutaire.....	87
1.2.2. Une injonction à la réussite socioéconomique et à la transition vers l'âge adulte.....	90
1.3. Agentivité et débrouillardise face aux injonctions pour devenir adulte. Quand les jeux amoureux rendent vulnérables face à la grossesse.....	94
1.3.1. Logiques masculines et féminines au sein des relations amoureuses.....	95
1.3.1.1 Récits de logiques et de pratiques dans le processus de mise en couple.....	95
Madi, celui qui a souffert pour Asseta parce qu'il était pauvre et voulait faire du sérieux.....	95
Assetou, celle qui jonglait pour gagner du temps et subvenir à ses besoins.....	100
1.3.1.2. Le mariage, une assurance économique et sociale à acquérir.....	103
1.3.1.3. Se mettre en couple à Ouagadougou, un « marché serré ».....	105
1.3.2. De l'impératif de stratégies pour conquérir : usage du corps et du « paraître ».....	106
1.3.3. Des hommes « goûteurs de sexe » aux filles « vénales jongleuses ». Naviguer dans un marché aux codes brouillés.....	108
1.3.3.1. Des hommes rares et « goûteurs de sexe ».....	108
1.3.3.2. Des filles « vénales et jongleuses ».....	110
1.3.4. Quand les enjeux relationnels rendent flous ou conflictuelles les intentions de fécondité.....	114
1.3.4.1. De l'importance sociétale de l'enfant.....	114

1.3.4.2 Mais une nécessité de préparer la parentalité	115
1.3.4.3. Prévenir la grossesse. Des rapports différenciés au risque.....	117
« Le risque de grossesse », de quoi parle-t-on ?.....	118
La problématique de l'accès des jeunes à la contraception, mythe ou réalité ?.....	119
1.3.5. "L'enfant pion", une stratégie pour se mettre en couple	123
1.3.5.1. « La grossesse piège ». L'enfant pour se faire épouser ou imposer une relation.....	123
1.3.5.2. La promesse d'enfant pour avoir des rapports sexuels.....	126
Conclusion.....	128
Chapitre 2 : « <i>Je n'étais pas prêt(e)</i> ». Vulnérabilité induite par la grossesse et construction de la décision d'avorter	130
2.1. Circonstances de la conception et réactions face à la grossesse. Un continuum.....	132
2.1.1. « Je ne veux pas d'enfant, mais je ne me protège pas ».....	133
2.1.1.1. L'absence totale de protection contre le « risque ».....	133
2.1.1.2. Gestion sporadique du « risque »	134
2.1.2. « Je veux un enfant, donc je fais tout pour être enceinte ».....	135
2.1.3. « Je ne veux pas d'enfant, donc je me protège ».....	136
2.2. Enfanter ou avorter ? Risques induits par la grossesse <i>versus</i> risques de l'avortement.....	137
2.2.1. De la grossesse pré-nuptiale comme facteurs de risques....	137
2.2.1.1. Le risque statuaire induit par la grossesse	138
Grossesse et parentalité comme facteur de transformation physique	138
Grossesse et parentalité comme facteurs de changement statutaire ...	140
2.2.1.2. Les risques sociaux de la grossesse chez la célibataire.....	143
A saaman min. Des mots pour dire la grossesse chez la jeune femme célibataire	144
Implications sociales de la grossesse chez la célibataire.....	146
2.2.2. ...Aux perceptions des risques de l'avortement.....	155
2.2.2.1. Le sens de l'avortement à Ouagadougou. Des mots pour dire et expliquer l'avortement.....	155
« Puga yiibu ». La logique de l'infortune et de la commisération.....	155
« Puga yiisugu ». La logique de la transgression et de l'accusation.....	158
2.2.2.2. Les conséquences de l'avortement. Une réalité juridiquement, socialement et médicalement construite	158
Une peine d'amende et d'emprisonnement.....	158
L'opprobre comme prix social de l'avortement	160

Discours de santé publique sur les risques de l'avortement : mortalité et morbidité.....	162
Discours populaires à propos des conséquences : décès et stérilité	163
2.3. Les acteurs de la décision et trame de la négociation	166
2.3.1 Histoire d'une décision. Le cas de Paula	167
2.3.2. Les différents acteurs impliqués.....	171
2.3.2.1. La femme au commencement du processus.....	172
2.3.2.2. Le partenaire et les autres. Acteurs influents ou acteurs clés ? ...	174
La place du/des partenaire/s en question	175
Les autres acteurs	179
Conclusion.....	184
DEUXIÈME PARTIE : Des normes socio-juridiques aux politiques de soins d'avortement. Les Soins Après Avortement comme alternative à l'épineuse question de la légalisation de l'avortement.....	187
Chapitre 3 : Un « problème social ». De la déviance en question.....	190
3.1. Processus de construction de l'avortement comme déviance	191
3.1.1. Au fondement du problème social de l'avortement : le statut du fœtus et le libre-arbitre.....	192
3.1.1.1. Qu'en est-il du statut de l'embryon-fœtus ?	192
Les conceptions de la fécondation et de la vie prénatale : une rupture d'avec les représentations symboliques ?	193
Statut moral de l'embryon-fœtus et avortement : au-delà du biologique et de l'éthique, une limite socialement constituée.....	202
3.1.1.2. Projet parental et avortement : le corps de la femme versus le corps social	206
3.1.2. L'interdit juridique et la stigmatisation comme réponse à la déviance	210
3.1.2.1. La loi pour dissuader et punir.....	210
3.1.2.2. Des formes informelles de sanction	211
3.2. « L'intolérable toléré ». Les frontières de l'espace moral burkinabè.....	212
3.2.1. L'avortement dans l'espace public.....	212
3.3.2. Les fondements et mécanismes de la réprobation/tolérance de l'avortement à Ouagadougou	215
3.2.2.1. Une logique du moindre mal	215
3.2.2.2. Une césure entre le public et le privé.....	220
3.2.2.3. Une différenciation entre pratique pour soi et pratique pour les autres	223
Conclusion.....	226

Chapitre 4 : Un problème de santé publique. L'avortement dans la perspective des politiques publiques de santé.....	228
4.1. Le processus de labellisation de l'avortement en « problème de santé publique ».....	229
4.1.1. Le modèle de Packard et al. (2004)	229
4.1.2. Le cas de la France comme exemple de processus abouti	231
4.1.2.1. À l'origine de la mutation : une épidémiologie constituée et des changements de valeurs	231
4.1.1.2. L'action des COS et de la presse : « la parole libérée »	234
4.1.2.3. Le procès de Bobigny comme lieu de confrontation et de labellisation de l'avortement	237
4.2. État des lieux du processus de labellisation dans les pays en développement : l'exemple burkinabè.....	240
4.2.1. Une prévalence invisible et inconsiderée.....	241
4.2.1.1. Les figures de l'avortement à travers le temps. Une croissance supposée ou avérée ?	241
4.2.1.2. Des statistiques alarmantes.....	245
4.2.2. À problème égal, réactions différenciées.....	246
4.2.2.1. De l'inertie au niveau local	246
4.2.2.2. Les institutions internationales à travers la CIPD.....	248
4.2.2.3. Quand la crainte de stigmatisation freine les actions locales des COS	251
4.2.3. Logiques de réappropriation du « problème » au niveau local.....	255
4.3.3.1. La légitimité du « problème » en question dans la population	256
4.3.3.2. Des solutions inappropriées selon les « décideurs » : la légalisation en cause.....	260
Quand la culture et la religion justifient des politiques	261
Le blocage des individus dans les instances décisionnelles.....	264
4.2.4. Les politiques sanitaires de gestion de l'avortement dans le système de santé.....	267
4.2.4.1. Une politique de Santé Reproductive qui exclut le refus de maternité amorcée.....	267
4.2.4.2 Les SAA, réponse à une « maladie » et alternative à la question de la légalisation.....	270
Conclusion.....	275
TROISIÈME PARTIE : « De l'illégal au légal ». Itinéraires d'avortement et de soins après avortement	278
Chapitre 5 : « Des trajectoires de l'ombre » : quand normes et codes juridiques imposent des recours risqués.....	281
5.1. Partir d'un contexte de pluralisme médical	285

5.1.1. Les thérapeutiques locales.....	285
5.1.1.1. La médecine « traditionnelle ».....	285
5.1.1.2. Les prières de guérison	287
5.1.2. La thérapeutique biomédicale	287
5.1.2.1. Secteur public et privé de soins	288
5.1.2.2. Personnels soignants : logiques et enjeux de l'offre de soins.....	289
5.1.2.3. Les réseaux de distribution des médicaments dans le système de santé	290
5.1.3. Pratiques populaires en situation de maladie	291
5.1.3.1. Des itinéraires pluriels face à la maladie.....	291
5.1.3.2. L'automédication comme alternative aux difficultés d'accès aux soins.....	292
5.2. Pour des itinéraires de l'illicite. Logiques et enjeux des recours	293
5.2.1. Des itinéraires d'avortement.....	293
5.2.1.1. Talato. Du cocktail au "loctore"	293
5.2.1.2. Le couple Miriam-Thomas, le grand-père marabout et le Permanganate.....	295
5.2.2. Le « groupe organisateur de l'avortement ». Ses codes et mécanismes	297
5.2.2.1. Au fondement du groupe : trouver une méthode discrète et la moins risquée possible.....	297
5.2.2.2. Les acteurs impliqués : logiques d'insertion et rôles dans le processus.....	299
5.2.3 Méthodes et itinéraires d'avortement.....	304
5.2.3.1. Auto-avortement : des « recettes de grand-mère » aux produits chimiques et pharmaceutiques.....	304
5.2.3.2. Au cœur des « spécialistes » de l'avortement. Quand gain et souci d'entraide justifient une déviance	309
Des soignants et pseudo soignants pour une offre médicale.....	309
Les avorteurs « traditionnels »	318
Les vendeurs ambulants de médicaments	320
5.3. Quand les ressources relationnelles et économiques déterminent l'accès à l'avortement.....	323
5.3.1. À ressources inégales, accès inégal aux soins.....	323
5.3.2. Deux parcours différenciés d'avortement.....	326
5.3.2.1. La lutte d'Aline pour un avortement sécurisé	326
5.3.2.2. Tenin et sa longue tentative pour avorter.....	329
5.3.3. L'avortement à risque, une affaire des femmes « pauvres » ?.....	332
5.3.3.1. Des ressources socio-économiques inégales	332

5.3.3.2. Une exposition différenciée au risque de l'avortement provoqué clandestin	333
Conclusion.....	335
Chapitre 6 - De l'ombre à la lumière. Perceptions des soins après avortement et logiques de recours.....	337
6.1. Soins après avortement et modalités d'accès dans le système sanitaire.	341
6.1.1. L'offre de SAA dans les structures publiques de soins.....	342
6.1.1.1. Les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS).....	343
6.1.1.2. Les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale.....	345
6.1.1.3. Les Centres Hospitaliers Universitaires.....	347
6.1.2. La politique de soins après avortement de l'ABBEF	350
6.1.2.1. Le projet des soins après-avortement dans la politique de l'ABBEF	351
6.1.2.2. Une offre connectée au système public d'offre de soins.....	351
6.1.3.3. Circuit d'accès aux SAA dans la clinique	354
6.1.3. Les « complications d'avortement », une notion qui recouvre plusieurs réalités	355
6.1.3.1. Les complications mineures	355
6.1.3.2. Les complications graves.....	359
6.1.3.3. Des soins qui débordent des espaces traditionnels	361
6.2. Perceptions des soins après avortement.....	363
6.2.1.1. Peke puga, une action salvatrice.....	365
6.2.1.2. Les SAA, une manière détournée pour se faire avorter	370
6.2.1.3. Soins après avortement, une démarche qui participe à la divulgation	372
6.2.2. Les perceptions des soins après avortement par les soignants	374
6.2.2.1. Une vision thérapeutique des SAA. Un acte « noble » à but curatif et prophylactique	375
6.2.2.2. Une vision sociale des SAA. Quand malaises et frustrations s'emmêlent.....	377
Des soins incommodes	378
Un travail « gratuit » et frustrant.....	383
6.3. Logiques de recours et rapports soignants-soignées dans les structures sanitaires.....	385
6.3.1. Entre crainte de stigmatisation et instincts de survie. Des délais différenciés dans le recours aux soins.....	389
6.3.1.1. Processus de construction du recours aux SAA.....	389
6.3.1.2. Recours construit par le groupe organisé par la femme	391

6.3.1.3. Le groupe indépendant organisateur de soins après avortement : des intrus indispensables ?.....	397
6.3.2. Enjeux de contrôle de l'information « APC » / « IVG » et jeux de pouvoirs dans les espaces de soins après avortement	400
6.3.2.1. L'aveu. Des patientes entre crainte et malaise à « dire » leur IVG	402
6.3.2.2. L'exigence de l'aveu pour le soignant : quand raison médicale et personnelle s'emmêlent.....	404
6.3.2.3 L'interrogatoire : mettre en confiance, flatter, voire menacer pour faire avouer.....	409
6.3.3. Stigmates de l'avortement et rapports soignants-soignées : des soignants justiciers et moralisateurs versus des femmes en quête d'empathie.....	411
6.3.3.1. Des rapports sous tension.....	412
6.3.3.2. Racketter pour résorber la frustration ?.....	416
Conclusion.....	418
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	420
Une rupture entre modèle global et conceptions locales du « problème » de l'avortement ?	420
Des sujets jeunes dans l'interstice de systèmes normatifs : entre prise de pouvoir et appropriation des codes de la domination.....	424
Une vulnérabilité séquentielle face à l'avortement à risque	428
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	431
ANNEXES	444
TABLE DES MATIÈRES.....	459