

Chapitre II. Accoucher, une entreprise toujours communautaire et un événement métaphysique ?

Au cours de mes premières excursions ethnographiques chez les Man (ou Yao), j'avais été frappé de l'interdiction qui était faite à la femme enceinte et à son mari de coudre, de planter des clous, de fouiller la terre, de couper du bois. Je constatai plus tard que les Tai, La-kwa, La-ti, Lolo, etc., etc., avaient les mêmes croyances ; plus tard encore, à ma rentrée dans le Delta, je trouvai ces interdictions imposées aux Annamites dans les mêmes circonstances.

Je m'informai des raisons d'une interdiction si répandue. Il me fut répondu par tous : si la femme, ou son mari, cloue, creuse, fend du bois, le fœtus qui repose dans le sein de la femme sera cloué, creusé, fendu. (BONIFACY, 1907, p. 108)

1. La grossesse : représentations et gestion dans l'espace individuel, familial et communautaire

Il semble légitime de parler du devenir femme quand on regarde la construction sociale de la femme dans certaines sociétés, comme par exemple dans le pays de la Pendjari, encore aujourd'hui malgré l'évolution très rapide des modes de vies des sociétés, de ce qu'il est convenu d'appeler la modernité ou la modernisation. A partir d'un âge donné, si la jeune fille ne reproduit pas, la société commence à se poser des questions sur sa nature de femme. A voir ce qui se passe à ce niveau, on est en droit de parler, comme l'écrivain féministe français, Simone de Beauvoir, qui a écrit la fameuse phrase « On ne naît pas femme, on le devient ». Sans que le sens soit exactement le même, il est à constater que devenir femme c'est le fruit d'une conquête. C'est à travers l'enfantement que la jeune fille devient une femme. La stérilité est l'ennemi des femmes, des couples et de la société. « Comme partout en Afrique, la vie réussie est celle qui se perpétue à travers une nombreuse postérité, signe de prestige et d'autorité. En revanche la stérilité représente non seulement la pire des malédictions, mais encore une tare qui peut entraîner la séparation des conjoints. Pour cette raison, les femmes temporairement stériles construisent une bonne partie de la clientèle des géomanciens, prêtres et guérisseurs. C'est dire que dans la maternité la femme trouve son plein épanouissement » (RIVIERE, 1981, p. 71). L'enfantement, et mieux donner naissance à plusieurs enfants,

continue d'être le critère social vivant pour être une bonne femme dans un groupe social. D'après l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin de 2006, le département de l'Atakora dans lequel se trouve le pays de la Pendjari a l'indice synthétique de fécondité le plus élevé, à savoir 7 contre 5 pour le Zou au centre du pays (INSAE, 2006, p. 53). Cette situation est très probablement favorisée par trois facteurs que sont l'analphabétisme général et particulièrement des femmes, le mariage précoce et la non utilisation des méthodes contraceptives de planification familiale. Dans ce contexte social, la stérilité est très dérangeante pour les couples et pour surtout pour les femmes, car ce sont elles qui finissent par subir une sorte d'exclusion si les recours thérapeutiques ne produisent pas de résultats positifs. Les femmes sans progéniture, si elles ne sont pas simplement renvoyées des foyers à un âge avancé pour se retrouver chez leurs parents, doivent accepter que leurs époux aient d'autres femmes pour lui faire des enfants.

Dès son mariage, juste après les rites de socialisation comme le *piéliku* et le *kundidi* pour les groupes qui en sont contraints, la jeune femme est observée. Elle et son époux subissent la double pression silencieuse des deux familles en alliance ; leurs parents et surtout les deux mères (de l'homme et de la femme) les surveillent et leur posent parfois la question du pourquoi ils attendent si la fille ne présente pas les signes de la gestation. C'est dans ce climat social d'affût que la grossesse de l'adolescente bénite par les dieux et les ancêtres arrive. Ce sont les vieilles femmes surtout qui sont les premières à le remarquer. Dans certains clans, l'information de la grossesse est protégée et secrète, même à la gestante. Pour donc sa première grossesse, la femme enceinte en est tenue ignorante jusqu'à 5 mois parfois. L'âge de 5 mois répond à la double logique de se rassurer qu'il s'agit effectivement d'une grossesse et d'éviter que la gestante ne finisse pas s'en convaincre avant qu'on lui en parle par un procédé rituel. D'après les informatrices, toutes des vieilles femmes maîtresses rituelles et matrones traditionnelles, si l'information est brutale sans précaution de prière et de sacrifice, il y aura une rupture de la grossesse. Le rituel d'information se fait en deux étapes correspondant au terme approximatif de 5 mois et à la fin indicative de la grossesse. L'information ritualisée de la jeune femme sur sa prime grossesse nécessite des biens matériels et des acteurs sociaux. Les principaux acteurs¹ de ce rituel d'information sont la tante et le chef religieux du clan paternel de la femme. Pour la première partie du rituel, la femme enceinte quitte le domicile de son époux et arrive chez le maître rituel pour y passer la nuit. Elle vient avec un poulet. Au

¹ Chez les Bialbe, c'est un cousin à l'époux qui fait ce travail.

matin, les deux acteurs à savoir une tante², en général bien connue pour ce genre de cérémonie, et le chef religieux instruisent l'impétrant pour qu'elle se pose sur les *kpilba* à l'intérieur du vestibule. Tour à tour la tante et le chef passe la volaille sur la tête du récipiendaire. Chacun d'eux lui crache dessus avec de l'eau simple prise dans la bouche. Le premier tour est au chef et le second à la tante. Après cette étape, la tante lui annonce qu'elle porte une grossesse. Elle lève ainsi l'interdit de parler de la grossesse devant la gestante. Avant ce sacrifice, il était interdit de parler de sa grossesse à sa présence. Elle fera environ trois lunes³ et devra se retourner chez les mêmes acteurs pour finaliser le rituel. Pour cette seconde étape, la femme enceinte revient avec des ressources rituelles composées encore de volailles et de vêtements spécifiques, notamment les mêmes vêtements portés pendant le *kundidi*, composé pour l'essentiel de fil rouge et de chapelet de cauris. Les volailles sont une pintade et un coq. Les autres matériels sont unealebasse vierge et un réceptacle artisanal de poterie rempli de sorgho. Les vêtements sont de diverses catégories et comprennent :

- un cache sexe féminin ;
- de l'argent remplaçant les cauris d'autrefois, environ cent franc ;
- une lance attachée de peau de mouton à trois niveaux ;
- une queue de cheval travaillée de façon artisanale, séchée avec une manche en bois ;
- un chapelet de perle traditionnelle ;
- deux gros bracelets de forge traditionnelle à porter aux deux poignets ;

Ils servent à habiller le récipiendaire et à lui faire exécuter les pas de la danse traditionnelle du *kundidi*. Le rituel ne dure que quelques heures. Après ce temps, la jeune femme enceinte reprend le chemin de son domicile conjugal. Pendant tout le trajet de retour, elle ne doit pas tourner la tête et regarder du côté où elle vient. Une fois chez son époux, elle entre directement dans sa case conjugale, se couche sur son lit minutes avant de se relever pour se déshabiller. Elle prend son cache sexe qu'elle part jeter quelque part dans la brousse à l'insu de tout le monde. Elle opère une rupture entre elle et ce vêtement à partir de cet instant. Elle doit rechercher un autre si elle en a besoin. De nos jours, les femmes en lieu et place du cache sexe traditionnel mettent un slip qui est à jeter aussi au moment venu. Après ces faits, la

² Dans chaque clan, il existe une fille âgée généralement sollicitée pour accompagner le chef religieux dans les différents rites sacrificiels. Elle connaît pour cela les déroulements rituels et les ressources matérielles nécessaires pour chaque étape.

³ La lune est l'équivalent du mois en termes d'unités de mesure de temps. Mais les deux ne sont pas toujours équivalents ; le mois ne finit pas toujours au même moment que la lune. Le premier se sait et le second se voit. Trois lunes après correspondant à la fin de la grossesse cela signifie que le rituel d'information se fait autour de six mois.

pintade, le poulet et le sorgho sont répartis entre la tante et le chef religieux. La pintade et le sorgho reviennent à la tante et le poulet au chef. Ces ressources ne seront consommées par les bénéficiaires qu'à la nouvelle de la bonne issue de la grossesse, donc de l'accouchement de la femme. Elles ne doivent en aucun cas être vendues.

Le rite ne se fait pas très exactement de la même manière chez tous les clans, encore moins quand on considère les grands groupes comme Bialbe, Bèbèlibè et Natemba. Une informatrice obièro⁴ a raconté brièvement son expérience en ces termes.

« J'ai fait une seule cérémonie qui signifie l'annonce de la grossesse pour ma première grossesse. Ma tante vient la veille chez mon mari. Le matin, elle me fait porter les feuilles pour protéger mes fesses et mon sexe. On parcourt à pieds le chemin ensemble. Moi Je ne dois parler à personne. Je ne dois même pas répondre aux salutations. Elle m'amène chez mes parents. Là il y a des veux qui m'attendent pour la cérémonie. Quand j'arrive à la maison, je me mets dans la chambre de sacrifices. Le chef de la délégation vient prononcer des incantations sur moi. Il demande aux mânes de nos ancêtres de garder cette grossesse jusqu'à terme de me garder aussi Après cela on tue un coq. On verse le sang aux mânes des ancêtres et on prépare la pintade que les vieux et les tantes mangent. On me fait porter les plumes de ce coq. Le lendemain ma tante me ramène chez mon mari ». Entretien avec E.T. 20/01/10

Une autre informatrice raconte son expérience de cette façon :

« Un matin, ma belle – mère m'a demandé de l'accompagner quelque part. Elle m'a déshabillée et m'a fait porter des feuilles- Elle a pris la farine dans unealebasse et nous avons pris la voie de la maison de mon père. Je ne saluais persienne. Arrivée, il y avait un grand nombre de vieillards qui m'attendaient, ils, ont sacrifié une pintade et un coq. Ils m'ont fait porter les plumes et ils ont préparé ces 2 volailles que les enfants et les vieilles personnes ont mangées. Personne ne devait casser l'os car, disent-ils, ce sont les os de l'enfant qui sont représentés par les os du coq et de la pintade. Pour cela ce sont les vieilles qui enlèvent la chair pour donner aux enfants de peur qu'ils broient les os. Le lendemain matin, nous sommes repartis chez mon mari Je n'ai pas encore eu une autre grossesse, je ne sais pas si les interdits seront les mêmes, mais je ne subirai plus ce rite ». Entretien avec S.N, 23/01/10

Une troisième informatrice apporte aussi des différences près dans sa déclaration.

« Deux jours avant cette cérémonie, ton mari amène le coq et la pintade chez tes parents. Le matin très tôt, ta belle – mère te réveille, te fait porter les feuilles et prend la farine dans unealebasse. Elle te demande de l'accompagner quelque part et de ne répondre à aucune salutation. On se met en route et arrivée les vieillards nous attendent dans la case des sacrifices. Ils immolent les 2 volailles et ils me font porter les plumes. Les

⁴ Singulier de Bèbèlibè

vieilles préparent la pâte avec la farine que ma belle – mère tenait et la sauce avec le coq et la pintade immolés. Seules les femmes ménopausées, les enfants, les vieux peuvent manger ce repas, aucun d’entre eux ne doit être du même clan que toi. En mangeant, on ne casse pas les os, pour cela ce sont les vieilles qui prennent la chaire pour donner aux enfants. Le lendemain, ma belle- mère et moi reprenons la route de la maison ».
Entretien avec N.I, 25/01/10

Chez les Natemba, certaines femmes ont rapporté que l’annonce de la première grossesse à la gestante s’est faite quand la récipiendaire a reçu pendant la nuit sur son lit de l’eau fraîche versée sur elle par quelqu’un de la famille ; celui-ci lui a annoncé quand elle devait se plaindre que c’est parce qu’elle enceinte, et cette eau fraîche est le moyen de lui en informer. Que dire très rapidement de cette pratique sociale ? Tout au moins elle montre que la grossesse, dès son arrivée est gérée par la communauté et non l’individu. La cellule de proximité, la cellule familiale directe de la jeune femme enceinte, est sensibilisée pour garder secrète la gestation. Même si la gestante fini par le savoir en faisant attention à l’attention qui lu est portée et en observant les changements biologiques sur elle, elle joue le jeu avec tout le monde. Bien que l’enfant à naître ne soit pas du clan de la femme qui le porte, ce sont les responsables religieux de ce clan qui officie, notamment une femme et un homme. Les soins sont ici portés à la gestante, pas encore à l’enfant à naître. Il semble que cela réponde à la logique de la confier aux ancêtres, aux divinités et à Dieu pour une bonne issue de la grossesse. Le fait marquant très important qui est de se retourner jusque dans sa case conjugale sans regarder derrière soi vise à conjurer le mal, à se détourner du mal conjuré par le rite. L’objet qui est en contact du corps de la femme, de son univers utérin plus précisément, sera ôté et jeté loin, après qu’elle ait eu un contact avec son lit conjugal, d’où est partie la grossesse. Aussi, semble-t-il que le voyage retour se fait en compagnie des ancêtres et des divinités de la famille, qu’il ne faut cependant pas voir, d’où l’interdit du regard. Les accompagnateurs s’en iraient, une fois la gestante posée sur son lit conjugal. La grossesse n’est donc pas qu’un mécanisme biologique. Elle s’inscrit dans un ordre social et même métaphysique. Son caractère a-biologique se concrétise par la pluralité des interdits qui se présentent à la gestante et à son époux. En effet, toute grossesse même après la première expérience de la femme, est soumise à de nombreux interdits de comportements et d’alimentation, pour les femmes enceintes et pour leurs époux. Ils sont variables selon le rang de la grossesse. Les interdits en contexte de grossesse sont une caractéristique de plusieurs aires culturelles en Afrique et sous les autres cieux. Ils ont été rapportés par Bartoli et Fainzang. S’agissant des Bisa du Burkina Faso, cette dernière écrit « La malformation d’un

enfant à la naissance est ainsi généralement imputée à la consommation par sa mère, lors de sa grossesse, de l'animal auquel sa malformation le fait ressembler. Il existe à cet effet un certain nombre d'« interdits » alimentaires pour la femme enceinte, fondés sur l'idée de la contamination possible de l'enfant par l'animal consommé. On citera à titre d'exemple l'interdit pour une femme enceinte de manger de la tortue, à propos duquel on évoque le risque qu'elle encourt d'accoucher d'un enfant au cou étiré ; elle ne doit pas non plus manger la tête d'un silure sous peine de mettre au monde un enfant à la tête grosse et plate comme celle de ce poisson ; elle doit également s'abstenir de consommer du chat, qui risquerait de transmettre son ronronnement à l'enfant, signe d'une respiration difficile. De même si elle venait à manger du varan (dont le petit est réputé mettre de nombreuses années avant de parvenir à la taille adulte), son enfant risquerait de connaître une mauvaise croissance, etc. » (FAINZANG, 1986, p. 68). Quelques jeunes femmes, en l'occurrence parmi les Peul, ont répondu pendant les entretiens qu'elles n'ont été soumises à aucun interdit lié à leur état de grossesse. Dans cette catégorie d'informatrices, il y en a eu qui affirment que c'est leur statut de chrétienne évangélique qui leur dispense des interdits. « Le pasteur prie pour que la grossesse évolue bien ». Cela allait en contradiction avec les déclarations des vieilles femmes, même les Peul, et les accoucheuses traditionnelles. Celles-ci ainsi que la plupart des gestantes ont dressé une liste d'interdits, les uns en rapport avec le corps et les autres en rapport avec l'esprit. S'agissant du lien avec le corps, la plupart des interdits de la gestante sont relatifs aux types d'aliments proscrits. Ce sont le piment, l'huile, le beurre de karité, le fruit de baobab, le sel. Toujours dans les soins préventifs du corps, il est interdit de trop travailler, de se coucher sur le ventre, de trop dormir, de porter sur la tête des poids lourds.

Un second lot comporte des interdits relatifs à la santé de l'esprit du couple mère-enfant. Ces interdits ont été rapportés par presque toutes les femmes dans les entretiens. L'obscurité et la lumière sont au premier chef des contacts interdits, à savoir que tard dans la nuit noire ou dans le clair de lune et le soleil au zénith sont des moments où la gestante doit rester retirée dans sa case ou sous un arbre. La pénétration dans la faune profonde est aussi interdite. Les autres interdits cités sont les suivants :

- S'arrêter à la porte pendant la sortie ou l'entrée dans une case ;
- Laisser les balayures à la porte après le balayage ;
- Manger la viande des animaux à 4 pattes ;
- Tenir les rapports pendant la grossesse à partir du sixième mois ;

- Se laver tard dans la nuit ;
- Manger directement dans la marmite, il faut servir l'aliment dans un bol ;
- Dire à personne que tu es enceinte ;
- Saluer ou rencontrer celui qui enterre les cadavres ;
- Manger la viande de mouton et de coq ;
- Porter un récipient de boisson locale rempli totalement ;
- Consommer un produit totémique animal ou végétal des membres du clan de l'époux.

Dans certains cas, les gestantes pensent qu'« ici ce n'est pas question d'une première ou d'une deuxième grossesse, les interdits varient selon la puissance de l'incarné que tu portes. Pour l'un de mes enfants qui n'est plus d'ailleurs, après la consultation chez l'oracle, il m'a été demandé de ne jamais manger dans une marmite noire. On m'a également fait porter une bague pour protéger cet enfant. Si non généralement, les interdits qu'il ya c'est : ne pas se laver tard dans la nuit, ne pas manger du voandzou, ne pas se promener dans la nuit ». Entretien avec S.S, 23/01/10.

Des interdits s'appliquent aussi à l'époux de la gestante. En général, il ne doit pas coudre unealebasse fendillée (fermer une ouverture). Il ne doit pas aussi transporter un corps humain ni contribuer à déposer le corps dans le tombeau. Il lui est impossible d'attacher le bout supérieur d'une case ronde coiffée de paille (fermer une ouverture) ou enlever les sédiments de boisson locale (*nâmâ*) au fond de la gargoulette (évacuer un dépôt). Il ne doit pas creuser des racines dont la décoction sert à purifier les meurtriers et les nouvelles récoltes ni exécuter la danse des cornes purificatrices. Il ne doit pas enfin porter sur la tête une jarre ou une meule (un poids).

L'analyse des interdits renvoie à ce que Fainzang appelle la pensée analogique, prenant en contre pieds la pensée prélogique de Lucien Lévy-bruhl, « dans la mesure où elle cherche à trouver des correspondances entre les éléments de l'univers qui l'entoure, pour en fonder la cohérence » (FAINZANG, 1986, p78). Des croyances de ce type dans le Sénégal ont été rapportées et montrent plus nettement le visage de la pensée analogique : « Si une femme enceinte voit un caméléon, son enfant, quand il sera né, va maigrir beaucoup, beaucoup(...). C'est parce que sa mère a mangé du phacochère pendant sa grossesse que le bébé de N.B.,

informateur Bassari, ronfle et souffle comme un phacochère ». (LESTRANGE & PASSOT-GUEVARA, 1981, p. 24). On voit bien effectivement ici que les références faites à certains phénomènes sont dus à la ressemblance d'état physique pouvant se contaminer. C'est le cas de la porte et de la pointe du toit en chaume. La porte est comportée à l'utérus ou au vagin par lequel l'enfant doit sortir. Si la gestante prend l'habitude d'y mettre du temps, l'enfant fera de même le jour de sa sortie. Si l'époux attache la pointe du toit en paille, c'est qu'il ferme l'utérus ou le vagin de la gestante et cela va empêcher la sortie de l'enfant. Si l'époux débarrasse la jarre de boisson de son dépôt, c'est qu'il évacue l'enfant du ventre de sa mère. Les autres interdits sont relatifs au temps et à l'espace, à cause des représentations sociales de ces catégories. La nuit tardive et le soleil au zénith sont considérés comme des temps de sortie des génies malfauteurs qui pourraient favoriser la fausse couche ou la malformation de l'enfant à la naissance. La faune profonde est aussi le lieu où habitent certains génies. Naturellement les personnes en contact de la mort sont souillées et la gestante soumettra son enfant en gestation à cette souillure si elle les salue, la parole est un contact qui peut favoriser la contamination d'un état.

Le rituel d'annonce de la grossesse et la gestion des interdits laissent voir l'ensemble des acteurs concernés au premier chef par la grossesse. Si elle est créée par le couple, très tôt elle fait appel à la belle-mère, la tante, les oncles, les chefs religieux, le devin, les vieilles femmes, les enfants, etc. Malgré la discrétion qui doit l'entourer, et même pour celle qui la porte, la grossesse très tôt mobilise une communauté. Sa bonne issue dépend de considérations matérielles simples ou biologiques comme l'observance de règles hygiéniques et alimentaires et de considérations comportementales liées aux croyances. C'est la bonne observance de toutes ces considérations qui nécessite les rôles à jouer par les différents acteurs mobilisés. Elles montrent que les causes d'une mauvaise issue de la grossesse peuvent se situer à plusieurs niveaux. Les génies malfauteurs qu'on rencontre à certains temps et à certains endroits peuvent causer du tort à une gestation. La mauvaise alimentation ou la mauvaise tenue du ventre peuvent aussi compromettre le cours d'une gestation. Les mauvais comportements sociaux, notamment l'inobservance par la gestante ou le géniteur de certaines règles énoncées dans les interdits peut aussi défavoriser le processus. La probabilité malgré tout de perdre la grossesse étant élevée, des sacrifices sont offerts, surtout pour la première fois, aux ancêtres et aux divinités pour protéger l'enfant à naître et la mère qui le porte. La rupture de grossesse pour une femme amène souvent le responsable de la cellule familiale à

consulté le devin pour découvrir la raison. Les causes biologiques naturelles ne sont pas évoquées au premier chef. Seul le devin peut révéler que c'est une rupture naturelle, une affaire de Dieu. Et le plus souvent, il se situe dans l'univers de la réparation d'une faute ou de la prévention d'un malheur plus grave par l'accomplissement d'un sacrifice. Très généralement, ce sont les filles qui s'opposent au mariage par échange qui ont des grossesses rompues et des problèmes d'enfantement. Pour corriger la situation, elles sont obligées parfois d'abandonner le mari librement choisi, ou si ce dernier l'accepte il se conforme à la règle du mariage en donnant en réciprocité sa sœur ou en faisant des sacrifices de réparation.

Il est honnête et sérieux de souligner que non seulement il existe une grande variabilité de situations sociales en rapport à la grossesse, du point de vue des clans, et même des lignages et familles. Cette variabilité explique que les interdits et divers comportements rapportés dans les paragraphes précédents ne sont pas mathématiques ni dans le temps ni dans l'espace de la Pendjari. Seulement malgré cette diversité et ce changement constant, c'est le plus grand nombre de familles qui vivent encore l'univers magico-religieux de la représentation de la grossesse. Cette représentation encore vivante pour non seulement les très nombreuses gestantes mais aussi pour leurs composantes familiales actives participe du fonctionnement des services de santé en charge de l'enfantement. L'organisation de l'accouchement sur le plan traditionnel montre encore cette situation.

2. L'accouchement : pratiques et logiques d'actions d'une obstétrique empirico-métaphysique

Comprendre presque exhaustivement le fonctionnement traditionnel de la parturition consiste tout au moins à répondre aux questions sur la manière, le sujet et le lieu et aussi le complément de circonstances, sachant que le complément d'objet reste la parturiente, le nouveau-né aussi. Qui participe donc à l'accouchement jusqu'alors ? Où se passe-t-il ? Quel en est le mode opératoire ? Qui en est associé ?

Le lieu de l'accouchement est significatif. Il se faisait dans les temps anciens⁵ au domicile du maître religieux du clan et plus précisément dans le vestibule de ce sage de la grande famille. De nos jours, il peut se faire dans le vestibule de la concession pour toute la durée du travail. Les accouchements exigeant d'aller chez les chefs religieux sont surtout les accouchements difficiles. Les acteurs accompagnants cette parturition sont aussi socialement bien déterminés. La parturition est un travail collectif. Elle connaît la participation de nombreuses autres femmes et la vigilance des hommes, en l'occurrence les sages de la famille et les responsables religieux du clan. Les femmes qui participent obligatoirement à la gestion de la parturition sont les coépouses, les autres femmes de la maison conjugale, les vieilles femmes comme la belle-mère, les marâtres et surtout l'accoucheuse traditionnelle du quartier. Celle-ci existe dans chaque agglomération d'habitations. Elle capitalise les expériences des accouchements et sert souvent de guide pour la troupe de personnes accompagnant la parturiente. Elle connaît en fonction des douleurs ressenties, même non exprimées, le niveau d'évolution de la parturition. Elle donne des conseils de comportements à la parturiente et oriente des pratiques devant faciliter la délivrance. C'est elle qui recommande des faits comme arroser de l'eau sur les hanches et le ventre de la parturiente, tenir la parturiente pendant la sortie de l'enfant, etc. C'est elle qui donne la position normale à observer en fonction de la complication de l'opération : assis, debout, à genou, coucher, etc. Son rôle principal qui lui donne son importance dans l'opération et pour l'enfant qui naîtra consiste à « cueillir » l'enfant, à l'accueillir. Il s'agit de tout faire pour qu'à la sortie des entrailles de la génitrice, l'enfant ne touche pas au sol mais qu'il aille directement dans ses mains. C'est un accueil singulier qu'elle offre à cet enfant. Cet accueil lui accorde le droit et même le devoir de donner un nom au nouveau-né. Ce nom est généralement lié à la famille paternelle de l'accoucheuse. On reconnaît donc facilement les clans des accoucheuses de chaque membre du groupe à partir de ce nom d'accueil de naissance. Ce nom n'est généralement pas le plus utilisé. Il faut quelques fois le demander pour en prendre connaissance. Les hommes sont peu présents dans l'opération de parturition proprement dite. Mais il joue quelques fois un rôle très important. Dès l'annonce du démarrage du travail, le chef de la famille, l'époux ou son père s'il est encore vivant opère un rituel simple pour faciliter les choses. Il s'agit de prendre une petitealebasse d'eau et de la verser en trois fois sur l'autel des ancêtres où le collègue des femmes

⁵ Dans certaines familles, c'est toujours de règle d'aller accoucher dans le vestibule du chef religieux de la grande famille. Ces familles sont cependant peu nombreuses. La plupart des femmes qui accouchent au domicile sans assistance technique médicale, le font dans le vestibule de leur concession conjugale.

se mettra plus tard. En versant cette eau, il prononce des paroles. Cette prière consiste à demander aux ancêtres de la famille d'accorder une assistance à l'opération et de veiller à sa qualité, mieux à sa facilité, à sa bonne issue. Elle rassure le chef que tout se passera très bien. Le chef sacrifiant ne sera plus consulté par les femmes que sur manifestations de complications de la parturition. Les suites de couches sont extrêmement importantes en milieu pendjari. Les pratiques culturelles occasionnées par l'accouchement sont plus intenses après la parturition. Elles durent encore trois à quatre jours selon le sexe de l'enfant. Les activités pour les enfants de sexe masculin durent trois jours et celles des autres enfants durent quatre jours. Comme dans la plupart des sociétés africaines, le placenta est géré comme un autre enfant. Il est traité avec précaution et bénéficie à la fois de soins profanes et sacrés. Dans tous les groupes, dès la naissance de l'enfant, on observe le comportement du placenta. Va-t-il vite se détacher de la mère ? Que faut-il faire si ce détachement tarde ? Cela peut nécessiter des rituels en plus. Dès que par « chance » il se détache de la mère, il est aussi cueilli et accueilli. Il ne devrait pas se poser sur le sol. Dans certains clans, on le pose sur trois morceaux de tiges de sorgho avant son inhumation. Pour cette inhumation, il lui est fait un « cercueil ». Il se compose de deux morceaux de canaris en poterie refermés. Les morceaux de canaris sont taillés pour contenir le « corps » en fonction de sa taille. Sa tombe est faite derrière la concession, au pied d'une case. Le colis est soigneusement déposé dans la tombe en veillant à ce qu'il n'entre pas en contact avec le sable. Le sable pour refermer la tombe est en contact uniquement avec les morceaux de canaris. Il est soigneusement pétri, resserré pour empêcher l'eau de la pluie de pénétrer le cercueil et mouiller le placenta. « Si l'eau mouille le placenta, l'enfant souffrira de douleurs atroces du nombril⁶ ». L'accoucheuse accueillante garde l'enfant pendant que les autres participants procèdent à l'inhumation du placenta. Elle le lave ensuite avec de l'eau et part le poser dans la case de sa mère. Pour poser l'enfant pour la première fois sur le lit de sa mère, il faut une personne de caractère simple, douce et sans difficiles relations avec son entourage social. Si cela se fait par une femme difficile, avare et compliquée dans ses relations avec autrui, l'enfant va pleurer tout le temps de sa prime enfance.

Après ces premières dispositions, commencent les soins primaires infanto-maternels. Ils sont constitués de toilettes et d'alimentation. La mère et l'enfant doivent subir une toilette à l'eau chaude officinée par l'accoucheuse. Cette eau chaude est préparée avec des écorces d'un arbre

⁶ Propos d'une accoucheuse traditionnelle

appelé en kounténi *sombou*, arbre qui donne des fruits semblables au raisin occidental. La toilette dure trois jours pour un nouveau-né garçon et quatre jours pour une fille. L'enfant est baigné dans un récipient traditionnel en poterie, deux fois par jour, le matin et le soir. La femme, en position debout sur la tombe du placenta, vêtue de feuilles d'arbres sauvages (ces feuilles qui reviennent après le *kundidi* et l'annonce de la grossesse) ou de simple pagne manufacturé (ce qui est une nouveauté) reçoit sur tout son corps une aspersion d'eau chaude. Elle tourne au fur et à mesure que l'accoucheuse l'asperge de cette eau chaude à l'aide de feuilles de néré⁷ attachées sous forme de balaie. La toilette maternelle se fait trois ou deux fois par jour. L'alimentation de ces deux personnes, la parturiente et le nouveau-né, est strictement contrôlée. Elle est faite de farine grillée, mélangée au piment, au concentré de baobab, le tout brassé à l'aide de deux morceaux de tige de sorgho. La même alimentation (sans piment) est offerte au nouveau-né. Des interdits s'appliquent aussi également au père de l'enfant. Ils sont variables selon le rang de naissance de l'enfant. S'il s'agit du premier enfant, le père ne peut pas le voir sans précaution rituelle. Il faut une tante ou tout au moins quelqu'un de la famille pour le lui montrer. Le rituel est fort simple. La tante aux yeux fermés entrent dans la case où se trouve le bébé, crache un peu de salive sur lui et le prend. Le père entre ensuite, les yeux fermés aussi. La tante lui dit *tient ton tel* (nom de l'enfant suivant le rang et le sexe). Elle ajoute, « tu dois veiller sur lui ». Pendant trois jours après l'accouchement, le père ne doit pas travailler, surtout à la terre.

Si l'enfant naît mort, il est mis dans un petit canari en poterie et renfermé dans la brousse proche du cimetière des enfants. Ce sont les femmes qui opèrent ce type d'enterrement. Mais si l'enfant naît vivant et fait quelques heures avant de mourir, ce sont les hommes qui l'enterrent dans une tombe normale. Après l'inhumation, les deux parents de l'enfant né mort subissent un rituel de purification. Il s'agit de leur raser les têtes, de leur faire des toilettes avec des tisanes de feuilles spéciales pour éviter de futurs décès d'enfants. Ces feuilles sont mises dans le récipient ayant servi à la toilette de l'enfant à sa naissance. Après cette toilette, le récipient est envoyé en brousse et renfermé sur une termitière. La femme doit porter des cordes particulières et garder les nouveaux cheveux jusqu'aux prochaines menstrues sans les

⁷ Le type de feuilles peut changer d'un clan à l'autre. Dans le groupe Bèbèlibè, les feuilles de néré sont utilisées dans des circonstances faisant appel au sacré et à la souillure. Le sacré étant parfois une des faces de la souillure. Ces feuilles sont utilisées dans des rituels de purifications des produits de récoltes. Aussi pour la purification des meurtriers. Leur utilisation dans le contexte de souillure s'inscrit dans leur puissance transformatrice de la souillure en pureté.

raser. Avant ses premières menstrues, l'époux ne doit pas avoir des rapports sexuels avec une autre femme. Si cela se passe, cette femme va avoir à son tour un mort né. Après ces menstrues, les deux parents reviennent chez le maître du rituel qui est presque comme un guérisseur de ce mal, connu dans le milieu. Ils y subiront la toilette dans le même récipient de l'enfant décédé après sa naissance. Le récipient ne sera plus utilisable. Seules les vieilles femmes peuvent l'utiliser après plusieurs mois.

La situation de l'accouchement et de sa gestion n'est pas la même que chez les Peul, qui sont comme dit plus haut, une présence significative dans l'aire culturelle pendjari.

L'accouchement chez ceux-ci apparaît plus simple que chez les autres. L'accouchement connaît l'assistance simplifiée des femmes. La belle mère ne peut assister au travail de sa bru. Il n'existe pas de lieu spécial hautement religieux. Il peut se faire dans la case de la femme, dans une brousse à côté de la maison ou juste derrière les cases. La femme est très souvent toute seule pendant son travail. Il n'y a pas d'accueillante pour l'enfant. L'enfant vient et tombe sur le sol. On le ramasse quand il tombe. Quiconque peut le ramasser, même une coépouse. On attend que le placenta tombe et on le prend. On l'enterre dans deux morceaux de poterie comme chez les autres groupes. Le sable de l'enterrement doit être bien rendu imperméable à l'eau pour sa protection. S'il entre en contact de l'eau, l'enfant tombe malade. Il est enterré derrière la case avec quelques grains de sorgho. La mère et l'enfant reçoivent leur toilette sur cette tombe. Les premières toilettes de l'enfant et de sa mère durent six jours. La levée de marmite intervient le septième jour. Pendant les six jours, la mère mange ce qu'elle veut, mais l'enfant devra encore se contenter uniquement de lait maternel. Le septième jour offre l'occasion de repas convivial. La levée de la marmite d'eau de toilette ne connaît aucun rituel. On l'enlève simplement sans protocole et on prépare pour tout le monde. On attache une ficelle de linge blanc aux hanches de l'enfant.

S'il y a un cas de mort né, les hommes partent enterrer le corps. La femme qui vient d'accoucher du mort né ne subit aucun rituel. Les noms des enfants sont donnés suivant le jour de naissance ou par les marabouts qui consultent les grands livres.

Quel que soit le groupe ici considéré, l'accouchement et sa gestion sous-tendent de nombreuses pratiques sociales, chaque communauté étant toujours en quête de conservation de son identité. Pour se reproduire, les groupes ethniques mettent en place des modes de vie

et des systèmes sociaux destinés à agir sur la nature pour forger la culture. En effet, plusieurs faits assez triviaux en apparence sont extrêmement significatifs pour les groupes en présence. La grossesse et l'accouchement semblent tous deux situés à une double interface : celle du pur et de l'impur et celle de la vie et de la mort. Il est tout aussi vrai que l'impureté relève du registre de la mort et la pureté de celui de la vie. Les faits qui relèvent de la volonté et des actes de ruptures avec l'impur et plus loin la mort sont foisonnants. Le plus important reste les sacrifices rituels eux-mêmes. Le processus de grossesse-accouchement et soins post natals a donné lieu à trois sacrifices qui sont des cadres de rupture et de renforcement, rupture avec les puissances maléfiques et renforcement des liens avec les divinités. Des actes en apparence profanes ne sont pas du tout. Ce sont le nettoyage matinal de l'espace de préparation des traitements de la nouvelle parturiente, la gestion spéciale des balayures (ordures à jeter sur le chemin de la famille parentale de la femme), la rupture avec le cache sexe de la période pré-grossesse, l'isolement de tout le dispositif matériel des soins post natals des trois ou quatre jours, la purification même de la marmite (grande ustensile), l'interdit pour la femme de regarder derrière pendant le retour du rituel d'annonce de la grossesse, etc.. Ces faits signifieraient qu'à partir de la grossesse et après chacune de ses étapes, il faut une perpétuelle purification. Il faut un renoncement successif et permanent et une participation de la communauté au suivi de l'événement. Il faut des ruptures avec la souillure et le souillant. Les moyens utilisés pour réparer la souillure, pour instaurer la pureté et pour faire ou re-faire les liens bénéfiques avec les puissances sont les offrandes (animaux, boissons, eau, etc.) et la parole puissante, la parole spéciale du maître rituel ou de la tante spécialisée. La tante ou l'accoucheuse a de la parenté, de l'âge et de l'expérience tout le pouvoir et toute la force pour que quand elle pose la marmite sur le sol « rien ne peut contre cet enfant ». Cette parole n'est pas banale. L'accoucheuse a un rôle continu dans le processus de l'accouchement, qui combine le savoir, le savoir-faire et le pouvoir. Se débarrasser de l'impureté permet une posture de communication avec les puissances. La volonté des dieux sera matérialisée. Des savoirs empiriques locaux sont encore utilisés pour accompagner cette volonté. La bonne santé de l'enfant et de sa mère est recherchée dans l'utilisation concomitante des ramures et de la jeune plante de baobab pour initialiser son alimentation. Les ramures qui sont des ordures et qui relève de l'impureté sont mises ensemble avec une jeune plante de l'arbre à grande longévité qu'est le baobab. Pour signifier ou pour rechercher que ces ramures et tout ce qu'elles représentent comme souillure ne puissent pas empêcher le petit d'homme de vieillir comme le baobab. Le baobab est utilisé dans les rituels de deuil et d'ancestralisation

(SAMBIENI, 1999) pour représenter le défunt (SEWANE, 2003). Dans ce contexte, l'arbre symbolise l'éternité. La célébration des rites de la mort met en œuvre une philosophie collective faisant de la mort une autre vie. Le défunt, pour qui le groupe se met ensemble et pour lequel il organise la purification, n'est pas mort. Il a connu un contact avec la souillure et devrait en être simplement purifié pour son ascension céleste, pour son éternité. En mettant dans les hanches de la nouvelle mère et de l'enfant un bracelet artisanal à base d'une herbe aquatique, le groupe immunise les deux personnages contre le mal qui proviendrait du règne de l'eau aussi vaste que maléfique. L'eau est à la fois vie et mort. La mer comme étendue et océan est un abîme ; l'herbe qui vit dans cet abîme, dans cette mort, dispose du pouvoir pour résister et composer avec les puissances de ce règne. Cette herbe saura utiliser les forces aquatiques en complicité pour protéger l'enfant et sa mère. C'est en effet une herbe qui vit dans la mort. Et qui ne meurt pas de cette mort, qui vit même de cette « mort ». Le repas communiel partagé à l'occasion de la naissance célèbre la fin de la psychose de la grossesse, l'arrivée de l'enfant, l'augmentation de la taille de la famille, l'implication de tous dans la vie du nouveau, etc. C'est aussi l'occasion de reconsidérer les liens sociaux.

S'agissant de la production sociale ou de l'expression culturelle peule autour de la grossesse et de l'accouchement, on remarque une plus grande influence de l'islam. La vie sacrificielle et rituelle est peu développée. Les interdits et les prescriptions pendant la grossesse sont peu nombreux. D'ailleurs le domicile peul ne compte aucun espace sacrificiel à l'instar du vestibule chez les autres où se trouvent entreposés des autels auprès desquels le chef de famille implore les divinités pour la bonne délivrance. Le protocole d'information à la gestante de sa prime grossesse n'existe pas. Aucun rituel n'est donc nécessaire pour que celle-ci soit informée de sa situation. Le père n'a aussi aucune procédure rituelle pour voir l'enfant dès sa naissance même lorsqu'il s'agit du premier. Les sept jours nécessaires pour la levée de l'accouchement correspondent au baptême chez les musulmans. Au regard de ces faits, qui sont peut-être plus simplifiés ici, les Peuls étant en contexte différents selon les aires, la grossesse est moins psychotique et assez profane.

Travaillant de différentes manières à l'édification de l'inconscient collectif chez l'enfant et de la conscience collective chez l'adulte, les deux groupes sont appelés à garder leurs identités respectives en dépit de la cohabitation. Cette construction de l'inconscient collectif et partant de l'identité chez l'enfant provient des différences fondamentales historiques des groupes en

présence. Les identités se constituent au travers des faits culturels et se sédimentent dans le temps pour devenir des roches sociales dont l'effritement est difficile malgré les cohabitations ethniques. L'accouchement n'étant pas un fait banal, il connaît une mobilisation doctrinale et sociale et conserve de ce fait des particularités anthropologiques bien que sujet aux différents vents de changements sociaux. Les « uns et les autres » sont, malgré le temps passé ensemble, restés différents sur l'acte qui donne vie et nombre à chacun. Comment chaque particularité ethnique dans cet acte d'accouchement peut-elle s'adapter, se reconvertir ou s'opposer face aux formes modernes que proposent les politiques publiques de santé maternelle ?

3. Le Nouveau-né et l'accouchée : soins et gestion post partum de l'enfantement

Dès sa naissance, le nouveau-né devient un être social. Il doit sa vie à son destin et à son entrée dans le groupe. C'est le cadre familial et lignager qui doit l'aider à retrouver son destin et à se faire accepter par la société. C'est pourquoi sa naissance est organisée, ses premiers jours aussi. La gestion de la parturition, du nouveau-né et de sa mère répond à la fois à une préparation biologique et sociale de gestion de la maladie. Après la naissance, la gestion de la mère et de l'enfant rentre dans l'univers nosologique et étiologique des groupes. La pensée analogique ayant favorisé la construction sociale de la gestion de la grossesse se met à l'œuvre dans la gestion des problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Comme le démontre Fainzang chez les Bisa, l'étiologie constante relevant des connaissances populaires de la maladie et de ses causes est mise en avant dans le traitement anticipatif ou curatif de la santé de l'enfant et de sa mère. Pour cela, selon les lignages et les ethnies, il existe des rituels destinés à préparer l'enfant contre les maux de la société. Un des rituels les plus connus anciennement consiste à le garder dans l'enclos de la concession pendant sa prime enfance (jusqu'à 2ans) et à le sortir de cet enclos par un rite. La claustration de l'enfant et de sa mère après sa naissance est une pratique assez répandue dans les sociétés africaines. Evoquant le cas des Eve du Togo, Claude Rivière s'inquiétait en ces termes : « L'un des principaux risques de cette claustration de la première semaine réside en ce que l'enfant malade peut mourir parce qu'on n'ose pas le sortir ». (RIVIERE, 1981, p. 77)

1.1. La prime enfance dans l'espace familial et social

L'ethnologue français constatait que « L'examen du folklore des peuples montre d'autre part que rien ne préoccupe autant les humains que la venue ou le départ de l'un d'entre eux. Naissance et mort sont, avec la puberté, les moments décisifs et critiques par excellence où s'accomplit un passage radical et où l'on touche du doigt les mystères inhérents à la condition humaine » (ERNY, 2006 , p.11). Deux principaux rites concernent le petit d'Homme : la levée de la marmite et la sortie de l'enfant. L'expression locale pour désigner ce rite est *kûmpolihakridi en* kounténi. Le vocable signifie littéralement levée de la marmite. Il s'agit de soulever du foyer, formé avec trois grosses latérites, la grande marmite en poterie ou en aluminium ayant servi à préparer les tisanes de lavage du nouveau-né durant les trois ou quatre jours consécutifs à sa naissance. Dès le premier jour de la naissance, l'accoucheuse traditionnelle prépare des écorces d'arbres dans une grande marmite. Le contenu de la marmite est composée principalement des écorces d'un arbre localement appelé *sombou* (qui produit des raisins sauvages dans la période de printemps) et d'autres herbes et plantes thérapeutiques. La tisane sert à laver l'accouchée, au dehors et précisément au dos de sa propre case. Une femme de la famille plonge un faisceau de feuilles sauvages du néré dans cette tisane très chaude, recueillie dans un récipient, et lui en asperge. Elle tourne et retourne sur elle-même pour recevoir la tisane chaude sur toutes les parties de son corps. Le rituel de lavage se fait les matins et les soirs durant trois ou quatre jours selon le genre de son enfant. C'est une période couverte d'interdits alimentaires pour la parturiente. Elle se nourrit uniquement de la farine de sorgho grillé, mouillée au jus de fruits de baobab et pimentée. Tout autre mets lui est interdit. Le nouveau-né se nourrit du lait maternel et du jus de baobab chauffé et mélangé au beurre de karité. Le jour de la levée de marmite, très tôt vers cinq heures du matin, l'accouchée doit se lever, prendre les écorces et autres traitements de la marmite, ramasser la cendre dans le foyer et aller déposer tout ce colis au carrefour de deux chemins du côté géographique de son village natal ou de la maison de ses parents si elle est mariée dans son propre village. Elle revient balayer la cour interne et l'extérieur de la concession. Pendant ce temps, l'accoucheuse traditionnelle est dans la nature pour ramener de nouveaux traitements : ces plantes, écorces et herbes à préparer pour laver le nouveau-né jusqu'à la marche à quatre pattes. De retour dans la famille de naissance, l'accoucheuse doit soulever la marmite par un acte sacrificiel. Elle verse la farine de sorgho dans unealebasse d'eau simple, prend une poule quelconque et verse la farine mouillée sur la marmite caressée

avec la volaille en main. Elle prononce des paroles pendant cette offrande. Ensuite, et seulement elle, soulève la marmite du foyer et la pose à terre. Quand la marmite est à terre, de nombreuses femmes de la famille se mettent à pieds d'œuvre pour faire un grand repas de convivialité. Le repas est connu sous l'appellation de « piment de l'accouchée ». L'expression d'invitation pour ce repas est « allons manger le piment de l'accouchée ». Tout simplement parce que les femmes mettent assez de piment dans la sauce ; c'est un repas très brûlant et larmoyant. Mais avant de le partager, il se produit un acte culturel. Car comme l'a remarqué Lise Bartoli « Selon la croyance des pays, les dieux, les ancêtres, quelquefois les esprits seront remerciés, car on pense que c'est grâce à leur action que l'accouchement s'est bien déroulé. Les offrandes et les sacrifices ont également pour fonction de préserver de bonnes relations avec ces êtres surnaturels pour qu'ils continuent de protéger l'enfant dans sa vie future » (BARTOLI, 2008, p.205). L'accoucheuse traditionnelle fabrique une petite recette fait de brindilles de balai de meule, de racines de jeune plant de baobab et d'une herbe domestique (*tenkakouni* en kounténi). Elle le met en trois parties et les distribue à trois femmes y compris l'accouchée. Elles mettent le produit dans la bouche. L'une après l'autre, elles crachent le produit sur le nouveau-né tenu par une autre femme au milieu de l'entrée de la case de sa maman. Après cet acte, l'accouchée dans sa case reçoit du dehors des boules de pâtes à la sauce pimentée d'une femme hors de la case, les deux femmes sont debout de part et d'autre de l'entrée de la case. La troisième boule, plus grosse que les deux premières, lève l'interdit alimentaire de l'accouchée. Elle peut désormais manger les repas ordinaires du ménage. Ensuite, de petits bouts de repas sont jetés sur le nouveau-né. Des femmes de la famille mangent dans le même récipient que l'accouchée, sauf l'accoucheuse traditionnelle à qui ce repas communiel et sacrificiel est interdit. On lui fait son repas spécial, la pâte de sorgho et la viande de pintade. En marges de l'industrie alimentaire des femmes, les hommes ont leur opération. Le chef de la famille, le géniteur direct ou son père, consulte le devin de la localité pour avoir des informations ontologiques sur le nouveau-né : sa nature et les précautions sacrificielles et comportementales nécessaires à sa survie. De cette consultation il peut ressortir des sacrifices à accomplir pour l'enfant dans les prochains jours. Aussi, le vieux est instruit sur l'ancêtre qui est réincarné par ce nouveau-né et doit prendre des précautions pour protéger cette information dangereuse. Si dans sa manipulation l'enfant en vient à entendre le nom de son ancêtre, il va avoir des problèmes allant jusqu'à la mort.

L'expression locale pour désigner la sortie de l'enfant est *biyanidi*, littéralement sortie de l'enfant. Il s'est substitué dans le temps au vocable *Bicîndi* qui signifie descente de l'enfant. Ce dernier vocable était employé lorsque les habitations étaient en étages, notamment les tatas communément connus sous l'appellation tata somba. Après sa naissance, l'enfant ne doit aucunement être amené au-delà de l'enclos reliant les cases de la concession. Du temps des tatas somba⁸, l'enfant ne doit pas descendre au rez-de-chaussée. La durée de cet interdit varie, selon les enfants, de trois mois à deux ans. C'est par une révélation divinatoire que l'enfant demande à descendre ou à sortir de la concession. Cet interdit est de moins en moins respecté dans les familles contemporaines. Au cours de cette période d'isolement de l'enfant, sa mère est interdite de déplacement de longue distance et de plus d'une journée. Pendant ces déplacements instantanés, l'enfant est gardé par une jeune fille et allaitée au besoin par n'importe quelle autre allaitante de son voisinage. Ces déplacements concernent essentiellement les champs, le marché ou la visite des parents en cas d'urgence. Elle ne peut pas aller dans les fermes éloignées des habitations. Elle s'occupe de la culture de case. La garde de l'enfant est elle aussi retenue essentiellement dans la concession sauf quand l'enfant dort. Durant cette période, l'enfant bénéficie d'un respect seigneurial, souvent isolé et différencié. Pour pénétrer une case où il dort seul (par exemple au cours de la journée), il faut s'annoncer et attendre un moment. Cette précaution est fondée sur la croyance selon laquelle l'enfant qui dort seul, se transforme en vieillard, se relève, se met assis ou debout. L'annonce requise lui permet de reconquérir son corps d'enfant et de continuer à dormir. Pour opérer la sortie de l'enfant, le père de la famille consulte le devin, surtout au constat que l'enfant se plaint (pleurs régulières, maladies, ...). Ses parents préparent, une bonne quantité de boisson locale. Le jour de la sortie de l'enfant, le chef religieux du clan, officier du rite arrive vers dix heures. La garde de l'enfant (jeune homme ou petite fille d'environ dix ans) ou la mère le sort et le met dans les bras de l'officier. Celui-ci le dépose, torse nu, à l'entrée du vestibule de la concession à même le sol. La mère le reprend et le lui remet. Il l'emmène sur un sentier qui sort de la concession et le dépose encore à même le sol. De nouveau la mère le reprend. Il sera ainsi déposé sur trois ou quatre¹ sentiers selon qu'il s'agit d'un garçon ou d'une fille. A

⁸ Les tatas somba sont encore d'actualité seulement dans les communes de Boukombé, de Natitingou et de Toucountouna. Ils sont très rares dans le pays de la Pendjari, encore moins chez les Bialbe, Bèbèlibè et Natemba. Les anciens disent que c'était aussi l'architecture des deux derniers, vivant géographiquement plus proches des Somba. Les Bialbe doivent l'avoir pas ou peu pratiqué.

chaque niveau, la mère avant de prendre son enfant lui asperge d'eau. Cette scène est la première plus importante séquence rituelle. Elle est suivie d'un sacrifice. L'autorité religieuse procède à l'élévation d'une motte de terre d'une longueur variable de 40 cm à 1 m suivant les clans et les enfants. Cette élévation se fait au côté gauche en sortant du vestibule. Il immole trois animaux (un poulet, une pintade et un bouc) sur cette élévation de forme conique. Le sang des animaux y est versé, les plumes des oiseaux déposées. On y verse aussi, de prime à bord, une solution d'eau, de boisson locale et de farine de sorgho. On pourrait faire porter à l'enfant un bracelet annelé (un, deux ou trois nœuds suivant les révélations divinatoires). L'opération se fait en présence d'une foule importante composée des chefs de famille du clan, des jeunes et de toute autre personne du village. Les viandes des animaux sacrifiés servent à la préparation du repas cérémoniel et communiel. En attendant que les femmes apprêtent le repas, les hommes et les vieilles femmes boivent la bière locale et échangent autour de sujets divers comme la saison des pluies, les problèmes de famille, les animaux domestiques, etc. Toutes les femmes de la famille large doivent s'affairer à apprêter les aliments. Ainsi dès que les aliments sont cuits, l'autorité religieuse jette quelques boules de pâte et de viande sur les *kpilba* avant qu'il soit permis aux vivants de manger. Une tante maternelle de l'enfant doit être honorée par un repas plus copieux fait de viandes spéciales et de boisson. Après le repas, la foule continue de boire la boisson locale jusqu'à la tombée de la nuit. Chaque participant est libre de se retirer dès qu'il est repu. Le lieu sera vidé de la foule quand le chef de famille va annoncer que la boisson est totalement terminée. L'accomplissement de ce rite lève l'interdit de sortir l'enfant. C'est alors que la mère peut effectuer des déplacements à distance, avec son enfant. Celui-ci est désormais introduit dans les manifestations sociales. Il acquiert une certaine socialité et passe pour être un homme, un corps profané. Il n'inspire plus de crainte et la révérence qui lui était faite perd en intensité. La réclusion post-natale et sa rupture après une longue période cherchent à « ...limiter la perturbation qu'entraîne l'arrivée de l'individu dans le monde et dans le groupe social, de maîtriser cet événement par des rites qui réalisent l'agrégation progressive du nouveau venu. La naissance physique n'est à vrai dire qu'un changement de résidence, le transfert à la lumière du jour. Elle devra être suivie d'une naissance sociale grâce à laquelle le nouveau-né revêt la condition d'homme d'ici-bas » (ERNY, 2006, p. 127).

Chapitre III. Obstétrique traditionnelle et obstétrique moderne : la transversalité d'une mortalité maternelle

« L'élaboration du remède et des modalités de la cure résulte donc d'une mise en ordre intellectuelle donnée, fondée sur le principe selon lequel l'efficacité n'est jugée possible que si elle est intelligible »(FAINZANG, 1986, p.109)

1. Signification et ampleur de la mortalité maternelle au Bénin et à Tanguéta

1.1.Des ratios de mortalité maternelle critiques en Afrique, au Bénin et à Tanguéta

La sociologie et l'anthropologie sont des sciences de connaissance du fonctionnement des groupes sociaux. Mais la curiosité scientifique liée à ces sciences part le plus souvent de situation défavorable dans la vie des hommes, pour en rechercher les causes éventuelles, ou du moins, les facteurs favorables associés dans le mode de vie. Les décès massifs et répétitifs des femmes et les mauvais états qu'elles vivent dans l'enfantement ont fini par être explicables dans leur mode de vie au sens large. Il est intéressant de se référer au philosophe Georges Canguilhem, cité par Adam et Herzlich, pour se convaincre de cette lecture des choses. Pour lui, en effet, « c'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal pour ce corps même » et « Le vivant ne vit pas parmi des lois mais parmi des êtres et des événements qui diversifient ces lois ». (ADAM & HERZLICH, 2007, p.7). Les grossesses à problème et les décès liés à l'accouchement sont encore assez nombreux au Bénin comme dans plusieurs pays en développement du monde. L'OMS affirme qu'en 2005, « (...), la mortalité maternelle est également en hausse depuis 1990 et atteint 910 décès pour 100 000 parturientes. (...) Pour l'heure, sur les vingt pays de la planète présentant les taux de mortalité les plus élevés, dix-neuf sont en Afrique ». (WHO, 2007). La situation est illustrée par des statistiques alarmantes. Les 3 tableaux suivants montrent les ratios de mortalité maternelle dans le monde, les données au niveau de l'Afrique au Sud du Sahara font la démarcation.

Tableau 1 : Estimation de la mortalité maternelle OMS/UNFA/UNICEF 1995

Région	Nombre de décès (% du total mondial)	Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)
Afrique	273 000 (>50 %)	1 000
Asie	217 000 (42 %)	280
Amérique latine Et les caraïbes	22 000 (4 %)	190
Europe (nombre combiné)	2 800(1 %)	28
Amérique du nord		11
Océanie	—	260
Monde	514 000	400 (moyenne)

Source : (UNFPA, 2003, p.5)

Tableau 2: Estimations de la mortalité maternelle par région, 2000-2001

Région (suivant la classification de l'UNICEF)	Ratio de mortalité Maternelle, 2000	Nombre de décès maternels (OMS)	Risque durant la vie de décès maternel, 1 sur :
Europe centrale et l'Est, CEI, États Baltiques, Europe et Asie centrale	64	3400	770
Asie orientale et Pacifique	110	37000	360
Afrique de l'Est et australe	980	123000	15
Amérique Latine et Caraïbes	190	22000	160
Moyen-Orient et Afrique du Nord	220	21000	100
Asie du Sud	560	205000	43
Afrique sub-saharienne	940	240000	16
Afrique de l'Ouest et centrale	900	118000	16
Pays à fort revenu	13	1300	4000
Pays à revenu faible ou moyen	440	527000	61
Pays à faible revenu	890	236000	17
Monde	400	529000	74

Source: (Wendy J. Graham, 2006, p. 506)

Ce tableau montre que pour l'année 2000 en Afrique sub-saharienne, 240 000 femmes sont décédées dans l'enfantement contre seulement 3400 en Europe. Le taux est en Afrique subsaharienne de 940 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes contre 64 décès en

Europe. Ce qui équivaut à dire qu'une femme sur 16 en état de grossesse en Afrique subsaharienne risque de mourir contre une femme sur 770 en Europe ; la situation est pareille précisément pour l'Afrique de l'Ouest où se situe le Bénin. Après cinq ans, la situation n'a pas fondamentalement changé. Le tableau 2 en fait l'illustration.

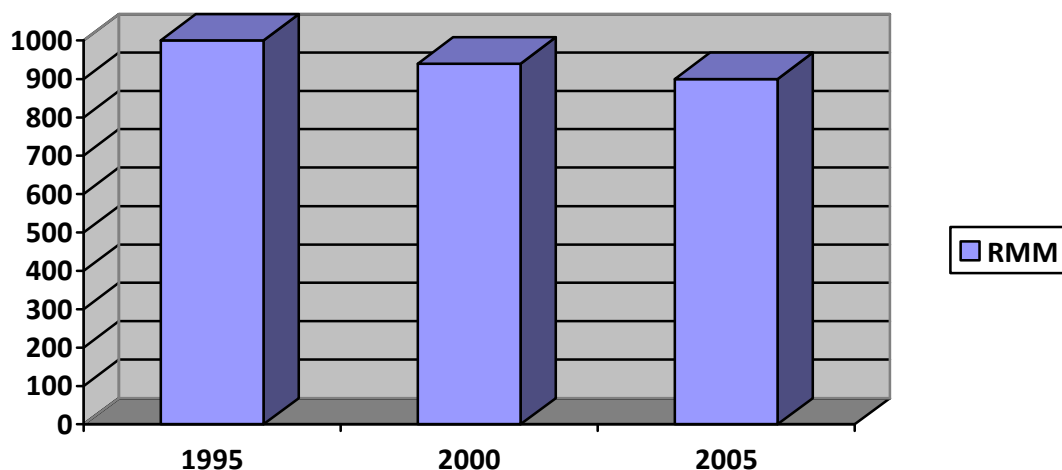
Tableau 3 : Estimations du RMM, du nombre de décès maternels, du risque sur la durée de vie, par régions OMD de l'Organisation des Nations Unies, 2005

Région	RMM (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)	Nombre de décès maternels	Risque de décès maternel sur la durée de vie : 1 sur :
TOTAL MONDIAL	400	536 000	92
Régions développées	9	960	7 300
Pays de la Communauté des Etats indépendants (CEI)	51	1 800	1 200
Régions en développement	450	533 000	75
Afrique	820	276 000	26
Afrique du Nord****	160	5 700	210
Afrique subsaharienne	900	270 000	22
Amérique latine et Caraïbes	130	15 000	290
Asie	330	241 000	120
Asie du Sud	490	188 000	61
Asie du Sud-Est	300	35 000	130
Asie occidentale	160	8 300	170
Asie orientale	50	9 200	1 200
Océanie	430	890	62

Source : (WHO, 2008)

A première vue, la situation s'est légèrement améliorée parce que le ratio passe de 940 décès maternels 2000 à 900 décès maternels en 2005 ; le risque passe d'une femme sur 16 à une femme sur 22. Mais en comparant l'évolution avec l'Europe, il apparaît clairement que le meilleur est possible. Le ratio passe en Europe, en cinq ans, de 64 décès maternels à 9 décès et le risque de mortalité passe d'une femme sur 770 à une femme sur 7300. Le graphique suivant montre que la situation est stagnante durant les cinq ans en Afrique.

Graphique 1: Evolution du ratio de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne de 1995 à 2005.



Source : Réalisé par nous-mêmes à partir des données des tableaux 1 et 2.

Malgré le risque très élevé, c'est seulement cette partie du monde qui compte le plus grand nombre de femmes en procréation. En effet, « L'Afrique subsaharienne qui ne concentre que 10,3% de la population mondiale a constitué 20,7% des grossesses et 50% des décès maternels en 2000 ». (BARENNE & PRUAL). Selon l'UNFPA, « la morbidité maternelle, c'est-à-dire les complications qui surviennent chez les femmes qui survivent à un accouchement, est également un sujet de grave préoccupation. Pour chaque femme qui meurt des suites d'une grossesse, 30 autres femmes survivent, mais avec une morbidité chronique. On estime à 20 millions le nombre de femmes qui souffrent de complications de la grossesse qui n'entraînent pas la mort, notamment l'anémie, la stérilité, les douleurs pelviennes, l'incontinence et la fistule obstétricale » (UNFPA, 2003, p.8). Cette information permet de faire une estimation du nombre de femmes vivant en Afrique avec une morbidité chronique suivant les chiffres des années 1995, 2000 et 2005. Elles sont de 8190000 en 1995 ; 7200 000 en 2000 et de 8100000 femmes en 2005. Le tableau est très sombre en Afrique subsaharienne en ce qui concerne la santé et particulièrement celle des mères. Tout naturellement, le Bénin présente une situation semblable. L'Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB III) réalisée pour la 3ième fois en 2006 révèle que les ratios de mortalité maternelle de 1992 à 2006 sont restés constants comme le montrent le tableau et le graphique suivants :

Tableau 4 : Situation des ratios de mortalité maternelle de 1992 à 2006

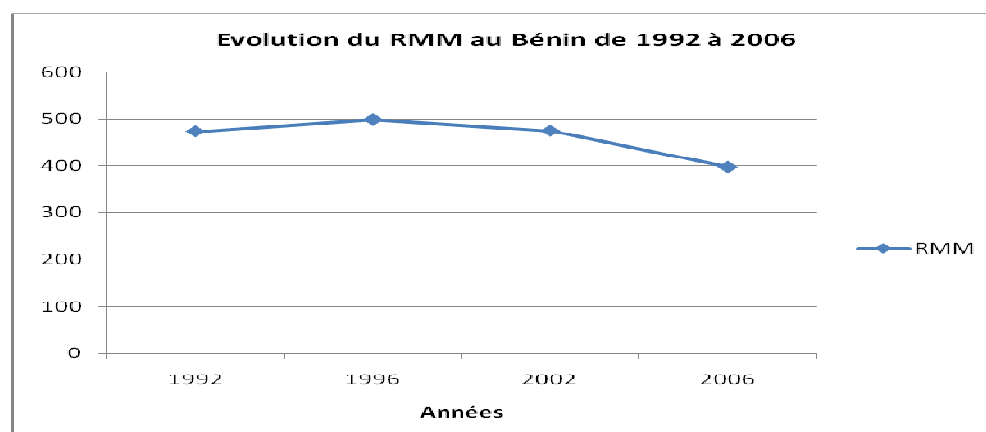
ANNEES	1992	1996	2002	2006
--------	------	------	------	------

RMM	473,2	498	474,4	397
------------	--------------	------------	--------------	------------

Source : (INSAE, 2007)

Comme on le voit sur le graphique ci-dessous, malgré les investissements consécutifs à la démocratisation du pays à partir de 1991, la situation en 15 ans est restée la même.

Graphique 2 : Evolution du RMM au Bénin de 1992 à 2006



Les différentes quantitatives réalisées depuis 1992 sur la santé maternelle ne permettent pas d'avoir la situation assez particulière de la zone sanitaire de Tanguiéta. Elles présentent au meilleur des cas, la situation du département de l'Atakora où se trouve cette zone. Mais depuis la mise en œuvre de la politique de la décentralisation, et précisément à partir de 1998, les autorités sanitaires ont essayé de mobiliser quelques statistiques. Ainsi, l'équipe d'encadrement de cette zone sanitaire a annoncé dans un rapport évaluatif pour la mise en place de l'Initiative Femme pour Femme que le ratio de mortalité maternelle est de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes par an. (ZONE SANITAIRE DE TANGUIETA-MATERICOBLY, 2007). Des spécialistes de sciences biomédicales et de santé publique ont essayé des explications sur la base d'études dans les maternités même au Bénin. Pour eux, « In Benin, a Francophone country in West Africa, maternity mortality has been estimated at between 473 and 990 deaths per 100,000 live births. Yet 92 per cent of women gave birth in either a public or private health centre, and almost all of them received antenatal care » (Françoise GROSSMAN-KENDALL, 2001, p. 90). Les femmes interrogées au cours de cette étude de 1995 avaient été suivies pendant leur grossesse et avaient accouché dans un hôpital. Elles ont décrit la grossesse en termes de « grande vulnérabilité », « d'insécurité » et même « de peur de mourir ». Elles sont peu nombreuses qui ont dit avoir trouvé une sage-femme

bienveillance. Pour la plupart d'entre elles, le contexte d'accompagnement par le personnel était rude, humiliant et ne permettait pas de poser des questions. Elles ont dit des procédures médicales et surtout de la césarienne, qu'elles étaient angoissantes et contraire à son esprit de leur sauver la vie. « Le système de santé maternel actuel au Bénin n'arrive pas à faire face effectivement aux complications obstétriques » (SAIZONOU, 2006, p. 672). Il pose encore des problèmes d'accessibilité, de coût élevé et de prise en compte des besoins des femmes.

1.2. Des indicateurs de santé reproductive pourtant acceptables au Bénin et à Tanguiéta

Au regard de la situation dans les autres pays en développement, les indicateurs de consommation des services de santé reproductive (sauf la contraception) sont assez acceptables. L'EDSB III révèle qu'une moyenne nationale de 88% des femmes a consulté un personnel pour leur grossesse. Même les départements du Nord, où la situation est critique, ont des taux de consultation compris entre 60% et 75% des femmes. Le personnel de consultation est composé cependant de plusieurs catégories aux compétences variables et parfois critique : la sage-femme, l'infirmière, le médecin, l'aide-soignante et même l'accoucheuse traditionnelle. Le médecin généraliste et spécialiste ne consulte que 4% des femmes. Aussi, pour les femmes, la sollicitation des soins prénatals baissait-elle avec l'accroissement de l'expérience d'accouchement. Elles se font consultées pour la première grossesse plus que pour les suivantes. Si les indicateurs en ce qui concerne les soins prénatals sont assez encourageants, ils baissent pour l'accouchement assisté et encore plus pour la contraception. Le tableau suivant présente la situation.

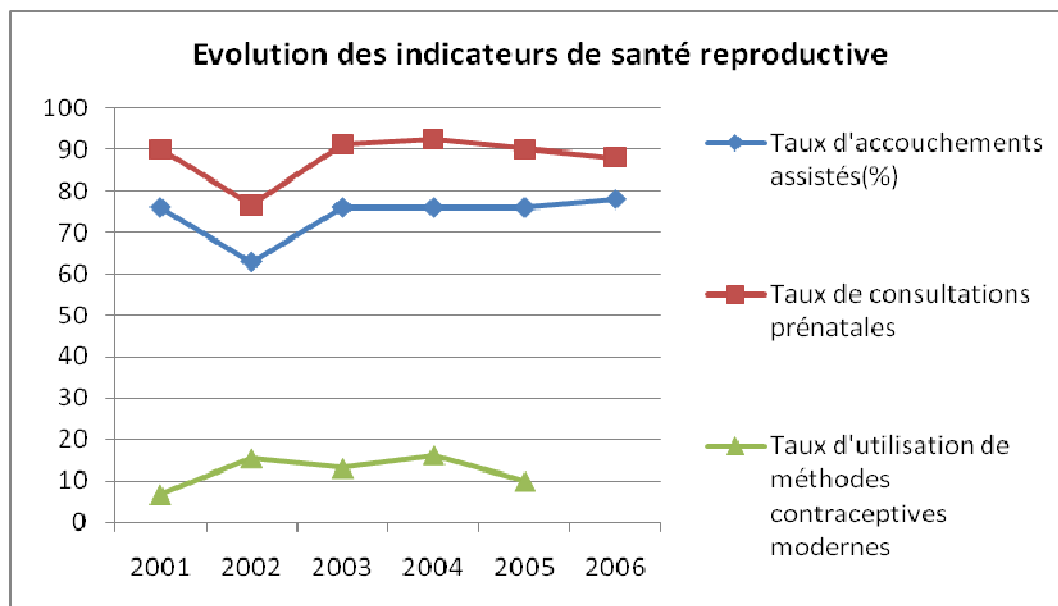
Tableau 5 : Indicateurs de la Promotion de la santé de la reproduction

<i>Indicateurs</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Taux d'accouchements assistés(%)	76	62,8	76	76	76	78
Taux de consultations prénatales (%)	90	76,5	91,2	92,3	90	88
Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes (%)	6,9	15,6	13,2	16,4	10,	

Source : (INSAE, 2007)

On voit très clairement sur le graphique suivant que ces indicateurs n'ont pas évolué pendant cinq ans. Entre 2001 et 2003, il ya bien au contraire une grande dégradation de la situation.

C'est seulement en 2004, que la courbe a connu une légère élévation pour ensuite commencer sa descente à partir de 2005.



La situation dans la zone sanitaire de Tanguiéta est aussi acceptable pour les consultations prénatals, allant jusqu'en 78% en 2006. Mais toutes les femmes qui se font consultées ne reviennent pas forcément pour l'accouchement dans les formations sanitaires. Elles sont moins de 50% qui sont médicalement assistés pour leur accouchement. La plupart d'entre elles reviennent pour les soins après l'accouchement. Les enquêtes montrent que parmi celles qui viennent pour ce genre de soins, certaines n'ont pas accouché dans un centre de santé. En 2001, le taux de soins prénatals était de 73% pour l'ensemble de la zone sanitaire avant d'évoluer vers 78% en 2006. Pour cette même année, l'accouchement assisté est de 49% en général et de 47% environ par un personnel qualifié (ZONE SANITAIRE DE TANGUIETA-MATERI-COBLY, 2007). Les tendances ont été maintenues telles en 2009, avec toujours le taux de 78% de consultations prénatals. Malgré une lente évolution signalée par rapport à 2008 où il a été de 76%, ce taux est estimé insuffisant par rapport à l'objectif national des politiques nationales qui est de 91%. Le tableau récapitule par formation sanitaire de l'ensemble de la zone les performances de couverture en consultation prénatal.

Tableau 6 : Consultation prénatale par aire sanitaire en 2009

Aires sanitaires/ Communes	Grossesses Attendues	Consultantes Nouvelles	Consultantes Anciennes	Total Consultation	Taux de Couv. en %
-------------------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------	-----------------------

Nanagadé	761	869	1107	1 976	114	
Datori	571	665	693	1 358	116	
Kountori	852	520	580	1 100	61	
Tapoga	573	356	484	840	62	
Cobly	918	1185	1663	2 848	129	
Commune Cobly	3676	3 595	4 527	8 122	98	
Nodi	620	484	540	1 024	78	
Porga	468	314	297	611	67	
Dassari	990	707	591	1 298	71	
Gouandé	1030	738	935	1 673	72	
Tantéga	1310	874	1022	1 896	67	
Matéri	1565	850	1115	1 965	54	
Tchanhoun	613	523	643	1 166	85	
Commune de Matéri	6595	4 490	5 143	9 633	68	
Koronkoré	256	125	75	200	49	
Cotiacou	319	290	195	485	91	
N'Dahonta	688	525	542	1 067	76	
Tanongou	454	166	167	333	37	
Tanguiéta	1382	983	1409	2 392	71	
Mamoussa	261	219	210	429	84	
Tchatingou	186	79	60	139	42	
Taïacou	766	431	249	680	56	
Commune de Tanguiéta	4311	2 818	2 907	5 725	65	
HZ	-	505	1 163	1 668	-	
Zone	2009	14582	11 408	13 740	25 148	78
	2008	14178	10 717	13 225	23 942	76

Source : (Zone sanitaire de Tanguiéta-Cobly-Matéri, 2010)

Le village de Tchatingou où le taux est le plus faible est l'un des plus éloignés du centre de la commune de Tanguiéta. La maternité isolée est jeune, le personnel assez réduit et certainement peu présent. Par contre, le village de Nanagadé, situé à 15 kilomètres de Cobly-centre et à 50 kilomètres de Tanguiéta abrite une maternité isolée tenue par une ONG, Kuwéri. Le personnel est très accueillant, avec un infirmier pour le dispensaire et une infirmière pour la maternité, tous les deux s'exprimant parfaitement en dialecte local, y résidant et pratiquant une politique de prix à l'acte et au médicament assez adaptée au niveau de ressources des usagers. De nombreuses femmes des aires sanitaires environnantes comme Cobly-centre, Kountori, Tapoga, Datori, etc. se rendent à Nanagadé pour les soins en général

et particulièrement les consultations natals. Comme pour les années précédentes, les accouchements assistés sont toujours en deçà des consultations. Le taux est de 59 % pour la zone sanitaire comme le montre le tableau suivant.

Tableau 7 : Accouchements assistés par aire sanitaire en 2009

Aires sanitaires/ Communes	Grossesses attendues	Accouchements			Tx de couv. obstétricale	% de dystocies
		Eutociques	Dystociques	Total		
Nanagadé	761	639	8	647	85	1,2
Datori	571	421	0	421	74	0,0
Kountori	852	451	0	451	53	0,0
Tapoga	573	243	0	243	42	0,0
Cobly	918	656	2	658	72	0,3
Commune Cobly	3676	2380	10	2420	66	0,4
Nodi	620	420	2	422	68	0,5
Porga	468	186	2	188	40	1,1
Dassari	990	502	1	503	51	0,2
Gouandé	1030	518	6	524	51	1,1
Tantéga	1310	551	0	551	42	0,0
Matéri	1565	492	14	506	32	2,8
Tchanhoun	613	477	0	477	78	0,0
Commune de Matéri	6595	3116	25	3171	48	0,8
Koronkoré	256	23	0	23	9	0,0
Cotiacou	319	117	0	117	37	0,0
N'Dahonta	688	461	0	461	67	0,0
Tanongou	454	79	0	79	17	0,0
Tanguiéta	1382	359	20	379	27	5,3
Mamoussa	261	197	1	198	76	0,5
Tchatingou	186	56	5	61	33	8,2
Taïacou	766	274	0	274	36	0,0
Commune de Tanguiéta	4311	2464	489	1592	37	30,7
Hôpital de Zone	-	898	463	1361	-	34,0
Zone 2009	14582	8858	987	8544	59	11,6
2008	14 178	7 713	519	8 232	58	6,3

Source : (Zone sanitaire de Tanguiéta-Cobly-Matéri, 2010)

Ce taux montre des situations problématiques comme Koronkoré, une maternité isolée avec 9% mais aussi Tanguiéta-centre, une maternité centrale avec seulement 27% de taux de couverture obstétricale. Ces disparités doivent dire long sur la stagnation des ratios de mortalité malgré l'évolution de l'offre et de la demande. On remarque par la suite qu'aucune des 9 femmes sur 100 ayant été assistées n'est revenue en 2009 pour la consultation

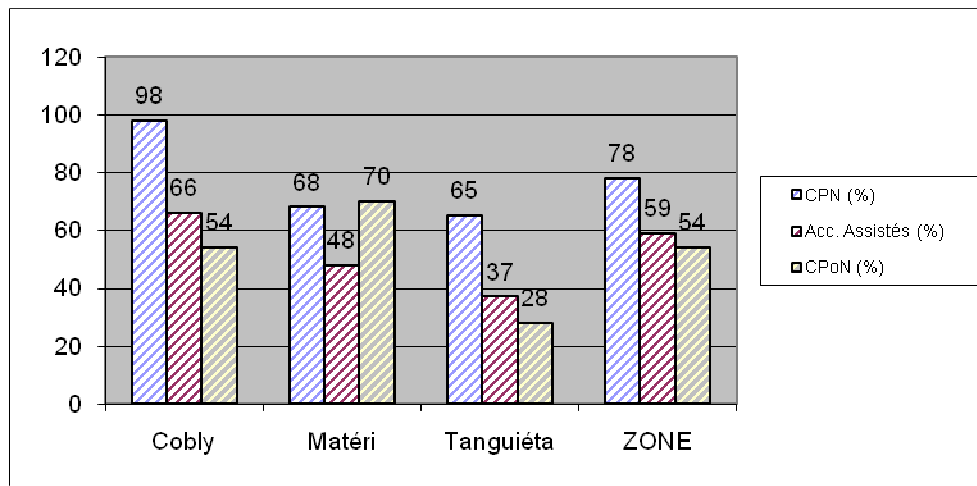
postnatale. Le taux de cette consultation est aussi plus bas que celui de la couverture obstétricale, soit 54% en 2009.

Tableau 8: Consultation postnatale par aire sanitaire en 2009

Aires Communes	sanitaires/ attendues	Naissances	Consultantes		Total	Taux de
			Nouvelles	Anciennes	Consultation	Couverture
Nanagadé		663	438	186	624	66
Datori		498	388	421	809	78
Kountori		742	100	42	142	13
Tapoga		499	369	250	619	74
Cobly		800	438	72	510	55
Commune Cobly		3 201	1 733	971	2 704	54
Nodi		540	653	597	1250	121
Porga		408	175	15	190	43
Dassari		862	486	7	493	56
Gouandé		897	680	690	1370	76
Tantéga		1 141	797	245	1042	70
Matéri		1 363	697	0	697	51
Tchanhoun		534	550	770	1320	103
Commune de Matéri		5 744	4 038	2 324	6 362	70
Koronkoré		223	0	0	0	0
Cotiacou		277	84	17	101	30
N'Dahonta		599	500	0	500	83
Tanongou		395	67	188	255	17
Tanguiéta		1203	14	0	14	1
Taïacou		667	254	0	254	38
Mamoussa		228	0	0	0	0
Tchatingou		162	150	32	182	93
Commune de Tanguiéta		3 755	1 069	237	1 306	28
Zone	2009	12 700	6 840	3 532	10 372	54
	2008	12 348	6 104	3 645	9 749	43

Source : (Zone sanitaire de Tanguiéta-Cobly-Matéri, 2010)

Le tableau ci-dessus montre des situations curieuses comme Tanguiéta centre avec 1 femme sur 100 qui revient pour le suivi de sa santé et de celle de son enfant au lendemain de l'accouchement. Pour l'ensemble de la zone, la situation a cependant évolué avec 11 points ajoutés. Sur tous ces indicateurs de consultations et d'accouchements médicalisés, la commune de Cobly a les meilleures statistiques, à cause du centre de santé de Nanagadé. Malgré la présence de l'hôpital de zone, la commune de Tanguiéta concentre les plus faibles résultats. Cela s'explique par la faible couverture dans l'arrondissement de Cotiakou et pour la maternité du centre communal de santé. Le graphique ci-après présente la situation par commune et pour l'ensemble de la zone sanitaire.



Graphique 3: Indicateurs de prise en charge obstétricale par commune en 2009

Ces différents indicateurs pris isolément et ensemble montrent une déperdition des usagers du système entre l'entrée par la consultation prénatale et la sortie par la consultation postnatale. Ils traduisent aussi en partie le fait que les causes de cette déperdition sont à rechercher dans l'offre de soins et non dans la demande, puisque suivant les formations sanitaires la demande qui est sociologiquement la même n'a pas les mêmes comportements.

Malgré tous les niveaux de fréquentation et d'utilisation des services, le problème de la mortalité reste d'ampleur. Cette situation peut justifier l'opacité des statistiques et l'impuissance de l'épidémiologie à rendre compte avec satisfaction des problèmes de santé. C'est pourquoi, il faut rechercher une meilleure compréhension de ce problème de santé, notamment dans le social, à travers une approche qui « délaisse l'épidémiologie descriptive un peu grossière, pour tenter de comprendre avec plus de précision les chemins par lesquels le social interagit avec le biologique pour créer la maladie ». (RENAUD, 1994, p. 15). Même si la grossesse et l'accouchement ne sont pas absolument des maladies, leur représentations et leur gestion reposent sur l'univers de la santé et de la maladie. La récurrence de l'accouchement à domicile à l'issue de grossesses suivies ou non dans un centre de santé est un fait significatif.

2. La récurrence de l'accouchement non médicalisé

Contrairement à la surmédicalisation de l'accouchement dans les pays industrialisés, notamment en France (JACQUES, 2007), certains pays en Afrique, et surtout les espaces ruraux, continuent de fonctionner sur les règles de l'obstétrique traditionnelle. De nombreux

facteurs sociologiques expliquent cette situation. Il est en tout cas trop tôt de penser que presque toutes les femmes se rendent dans une formation sanitaire pour leur accouchement. Les statistiques enregistrées par les structures de recherches ou les systèmes de surveillance sont parfois très loin de la réalité même. Le tableau suivant montre que dans certains milieux, 84% des femmes continuent d'accoucher à domicile. Pour l'ensemble de la zone sanitaire, ce taux est estimé à 10%. Les données ont été fournies par des sentinelles recrutées dans les villages. Il est important de noter qu'un ensemble de d'enjeux sociaux ne favorisent pas toujours la communication des cas par les sentinelles. Le plus important étant que l'accouchement à domicile est de plus en plus culpabilisé, ce qui fait de la sentinelle un dénonciateur. La dénonciation dans un contexte de proximité sociale est soumise à d'importantes règles de l'organisation sociale.

Tableau 9 : Accouchements à domicile enregistrés en 2009

<i>Aires sanitaires</i>	CS	UVS	Maison	Autres)	HZ	Total	%
Cobly	658	4	47	8	-	717	7
Cotiacou	117	0	103	0	-	220	47
Dassari	503	0	23	1	-	527	4
Datori	421	0	31	0	-	452	7
Gouandé	524	22	35	2	-	553	6
Koronkoré	23	0	145	5	-	173	84
Kountori	451	9	26	3	-	459	6
Mamoussa	198	0	25	0	-	223	11
Matéri	506	89	76	2	-	673	11
Nanagadé	647	0	20	0	-	667	3
N'Dahonta	461	0	20	0	-	481	4
Nodi	422	0	24	1	-	447	5
Porga	188	0	46	1	-	235	20
Taïacou	274	0	74	2	-	350	21
Tanguiéta	379	0	47	0	-	426	11
Tanongou	140	0	134	0	-	274	49
Tantéga	551	20	43	0	-	614	7
Tapoga	243	3	31	0	-	277	11
Tchanhoun	477	3	24	0	-	504	5
HZ	-	-	-	-	1 361	1 361	-
TOTAL	7 183	150	974	25	1 361	9 633	10

Source : (Zone sanitaire de Tanguiéta-Cobly-Matéri, 2010)

La plupart des femmes que nous avons rencontrées au cours des entretiens pour savoir pourquoi elles ont accouché à la maison ont évoqué des facteurs explicatifs parfois assez

banals. Elles sont nombreuses à évoquer les problèmes d'argent, notamment les frais pour se rendre au centre de santé et payer la facture. L'absence de problèmes de santé revient aussi dans les causes du non recours. N'ayant de problèmes de santé liés à la grossesse et ayant une bonne expérience pacifique d'accouchement à domicile, certaines femmes ne trouvent pas de raisons de se rendre au centre de santé. La disponibilité et le savoir technique d'une accoucheuse traditionnelle ou d'un tradithérapeute spécialisé dans la fertilisation et le suivi de la parturition a aussi expliqué le choix pour un accouchement non médicalisé. Une autre raison fondamentale, assez proche de l'absence de problème est la surprise. Les femmes se disent surprises par l'enfant. Elles accouchent du retour des champs, du marché ou dans la maison assez brusquement et se font aidées par l'environnement immédiat.

J'ai fait tous mes accouchements à la maison. Dès que le travail commence j'avais ma belle-mère qui savait faire l'accouchement. Elle se réveille et on va dans une chambre de la maison cette chambre était réservée aux sacrifices et à l'accouchement. Je me mets à genoux et elle évoque les dieux si l'accouchement devient difficile- L'époux reste dans une autre maison à côté. Mon beau père prononce des prières au dehors. L'accoucheuse suit de près tout ce que je fais Ma coépouse chauffe l'eau et nettoie la maison. Après l'accouchement ma belle – mère me lave et lave aussi mon enfant. Entretien avec K.A février 2009

Toujours dans la même commune de Cobly, une autre femme, âgée de 25 ans, portant une deuxième grossesse et ne se faisant pas consulter, a partagé son expérience d'accouchement antérieur en ces termes.

Je n'ai pas encore visité un agent de santé pour une grossesse. D'abord j'ai eu ma première grossesse par l'aide d'un vieux guérisseur traditionnel qui est à Namoutchaga. C'est lui qui suivait ma grossesse et j'avais peur de la perdre en allant à l'hôpital. Je n'ai pas encore accouché dans un centre de santé. J'ai accouche mon seul enfant à la maison. Dès mon dernier mois de grossesse, j'ai rejoins mon guérisseur à Namoutchaga. Il a suivi tous mes mouvements ; le jour où le travail a commencé, il m'a amenée dans une chambre où il avait tous ses dieux. Il a prononcé des incantations, il m'a mise à genoux et l'enfant ne cessait de bouger dans mon ventre. Il m'a fait boire une eau et en a versé le reste sur une statuette et quelques minutes après j'ai accouché. Les autres n'ont rien fait ; il a préparé de la tisane pour notre douche après la sortie du bébé, il l'a nettoyé avec une eau et un morceau de pagne. Je n'ai eu aucune souffrance à part celle de l'accouchement même. Celles qui ont des moyens peuvent aller à l'hôpital pour accoucher auprès des personnes spécialisées pour cela. Entretien avec M.C. février 2009