

Université de Montréal

L'expérience de la maternité des Ouagalaises : d'une génération à l'autre

par
Marie-Josée Lewis

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade
de Maître ès sciences (M.sc.) en sociologie

Août 2008

© Marie-Josée Lewis, 2008.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
L'expérience de la maternité des Ouagalaises : d'une génération à l'autre

présenté par :
Marie-Josée Lewis

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marianne Kempeneers
présidente-rapporteur

Anne-Emmanuèle Calvès
directrice de recherche

Agnès Adjamagbo
membre du jury

Résumé

Ce mémoire porte sur l'expérience de la maternité des Ouagalaises et son évolution. Il s'intéresse au déroulement de la première grossesse, de l'accouchement et de l'entrée en maternité de deux générations de femmes. Privilégiant une approche holistico-inductive en méthodologie qualitative, notre recherche s'est appuyée sur 31 entretiens semi-directifs avec des Ouagalaises, sur 15 d'heures d'observation participante à la maternité ainsi que sur 10 d'entretiens semi-directifs avec des sages-femmes.

Les résultats de l'analyse montrent que le savoir de la maternité se transmet toujours de génération en génération, et qu'il demeure encore fortement encadré par les aînées. Toutefois, les transformations en cours dans le système de santé et dans la société burkinabè ne sont pas sans incidence dans la capitale. Les jeunes femmes étant plus renseignées en matière de santé reproductive, elles ont davantage reconnu les signes de la grossesse et le début des douleurs de l'accouchement. Les accompagnantes n'ayant plus accès à la salle d'accouchement et le pouvoir des sages-femmes s'agrandissant, l'expérience de l'accouchement se modifie. Bien que les vieilles femmes n'aient plus le même contrôle sur les parturientes durant l'accouchement, leur influence est toutefois toujours très importante pendant la période post-partum. Les femmes de la jeune génération n'étant généralement pas encore mariées ou installées dans leur propre maison au moment de la grossesse, la promiscuité avec leur belle-mère à l'issue de l'accouchement augmente et le pouvoir de cette dernière est plus important qu'il ne l'était à l'époque de la génération précédente.

Mots-clés : grossesse, accouchement, maternité, Ouagadougou, intergénérationnelle, expérience, sage-femme, pratiques de soins.

Abstract

This thesis explores the maternity experience of women from Ouagadougou and its evolution through time. It focuses on the unfolding of the first pregnancy, the delivery process and the entrance in maternity for two generations of women. Using an analytic induction approach in qualitative methodology, our research is based on 31 semi-directed discussions with women, 15 hours of participative observation on maternity, and, on 10 semi-directed interviews with midwives.

The results of the analysis demonstrate that the accumulated knowledge surrounding maternity, has always been transmitted from generation to generation [among women,] and that it's still largely influenced by the elderly. However, the transformations happening in the burkinabé society and most importantly in their health care system, is having an impact on this 'sharing of knowledge.' Young women are now receiving more information on their reproductive health, and are more inclined to recognize both, the signs of pregnancy, and the on-set of labour. Because the old women doesn't have access to the delivery room, and because of the midwives' growing power, the birth process of the women is changing. Even though the elderly women don't have the same influence over their parturients during the delivery process, their impact is still present during the post-partum period. Countless of these young urban women are now residing with their mother-in-law, translating into increased power of the mother-in-law in many facets of the pregnancy. This exertion of power is now more noticeable than ever before compared to any prior generation.

Key words: pregnancy, delivery process, maternity, Ouagadougou, generation, experience, midwives, care practice.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES.....	V
REMERCIEMENTS	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
L'ÉVOLUTION DE LA MATERNITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	4
1.1 CONCEPTION DE LA VIE ET DE LA NAISSANCE CHEZ LES BURKINABÈ	4
1.2 LE MARIAGE : ENCORE LE CADRE PAR EXCELLENCE DE LA PROCRÉATION?	6
1.3 LA MATERNITÉ : SOURCE DE STATUT POUR LES FEMMES.....	11
1.4 DÉROULEMENT DE LA MATERNITÉ.....	12
1.4.1 La grossesse	12
1.4.2 Les déterminants de la consultation prénatale.....	13
1.4.3 Les conditions de l'accouchement.....	14
1.4.4 L'entrée en maternité et son apprentissage.....	15
1.5 POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ SUR LA MATERNITÉ AU BURKINA FASO	17
1.6 SUJET ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE	19
1.7 OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	21
CHAPITRE 2	
DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE	22
2.1 MISE EN CONTEXTE.....	22
2.2 DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE BURKINA FASO ET OUAGADOUGOU	22
2.3 MÉTHODOLOGIE ET OUTILS DE RECHERCHE	26
2.4 DÉROULEMENT DU TERRAIN RECHERCHE.....	27
2.4.1 Premier volet : entretiens semi-directifs dans les centres de soins	27
2.4.2 Deuxième volet : observation participante et test du guide d'entretien	28
2.4.3 Troisième volet: les entretiens avec les mères.....	29
2.4.3.1 Échantillon.....	29
2.4.3.2 Recrutement.....	31
2.4.3.3 Déroulement des entretiens	32
2.4.3.4 Outils de collecte.....	33
2.4.3.5 Profils des répondantes.....	35
2.5 MÉTHODES D'ANALYSE.....	37
2.5.1 L'organisation et le traitement des données	37
2.5.2 Réduction des données	37
2.5.3 Analyse des données	38
2.6 DÉFIS RENCONTRÉS SUR LE TERRAIN	39
CHAPITRE 3	
L'EXPÉRIENCE DE LA GROSSESSE.....	41
3.1 TRANSFORMATION DU CONTEXTE DE LA GROSSESSE	41
3.1.1 Évolution du cadre de la procréation.....	42
3.1.2 Le désir d'avoir un enfant	45
3.1.3 La découverte de la grossesse.....	46
3.1.4 Lieu de résidence lors de la grossesse	48
3.2 CONTINUITÉ DES CONSEILS ET SOINS LORS DE LA GROSSESSE	50
3.2.1 La cour : conseils et croyances de l'entourage féminin.....	50

3.2.2	SMI : Visites et conseils	53
CHAPITRE 4		
L'ACCOUCHEMENT		56
4.1	BOULEVERSEMENT DANS LA PRISE EN CHARGE DU DÉBUT DU TRAVAIL	56
4.1.1	La reconnaissance des signes	57
4.1.2	Le départ pour la maternité	60
4.1.3	Le rôle des accompagnantes à la maternité	62
4.2	CHANGEMENTS ET CONTINUITÉ DANS LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT	64
4.2.1	Dynamique de l'accouchement	65
4.2.1.1	Accouchement à domicile : cas isolés	65
4.2.1.2	Accouchement d'une primipare : cas typique	67
4.2.2	Les pratiques d'intervention des sages-femmes	68
4.2.3	Le pouvoir grandissant des sages-femmes	71
4.2.3.1	La sage-femme comme guide de l'accouchement	71
4.2.3.2	Les conditions de la « gentillesse » de la sage-femme	72
4.2.4	Une organisation bien implantée: les heures qui suivent l'accouchement	75
4.2.5	Une meilleure prise en charge?	78
CHAPITRE 5		
LA MATERNITÉ		80
5.1	LE PASSAGE D'UN MONDE À L'AUTRE : LA CHASSE GARDÉE DE LA TRADITION	80
5.1.1	L'enterrement du placenta : exemplification du rog n miki	81
5.1.2	La réclusion	83
5.1.3	Vers une acceptation unanime des soins postnataux par les femmes?	85
5.1.4	Modification du baptême	88
5.2	CONVAINCRE L'ENFANT DE VIVRE DANS LE MONDE DES VIVANTS	91
5.2.1	L'aide à la maison	91
5.2.2	L'allaitement : entre tradition et modernité	93
5.2.3	Un apprentissage progressif de la maternité : la toilette de l'enfant	97
5.2.3.1	Facteurs influençant le délai de l'apprentissage	97
5.2.3.2	Éléments de continuités et changements dans les soins relatifs à la toilette de l'enfant	99
5.2.3.2.1	Doucher avec les tisanes	99
5.2.3.2.2	La « purge »	101
5.2.3.2.3	Massage du corps et soins du cordon ombilical	103
CONCLUSION		105
BIBLIOGRAPHIE		114
ANNEXE I		
GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES MÈRES		IX
ANNEXE II		
GUIDE D'ENTRETIEN AVEC UNE SAGE-FEMME		XIII

À toutes les mères burkinabè et québécoises, et particulièrement à la mienne, Hélène
Lewis.

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de recherche, Anne-Emmanuèle Calvès, professeur agrégée, qui a su diriger avec rigueur et enthousiasme ce mémoire. Me témoignant sa confiance, elle m'a laissé une grande liberté de recherche tout en me conseillant judicieusement et en me donnant un appui financier. Son humanité et son humour ont été une source d'énergie et d'inspiration.

Je voudrais remercier le Département de sociologie de l'Université de Montréal pour l'attribution d'une bourse d'admission et de fin de rédaction ainsi que le Bureau des étudiants internationaux pour une bourse de mobilité.

Je voudrais exprimer toute ma reconnaissance au personnel de l'Institut supérieur des sciences de la population (ISSP) de Ouagadougou. Plus particulièrement à son directeur, Professeur Dieudonné Ouedraogo, qui m'a chaleureusement accueillie et à mon directeur de séjour de recherche, Professeur Banza Baya, qui aura permis, grâce à ses conseils avisés, à sa disponibilité et à son hospitalité, que je mène à bien mon séjour de recherche. Je voudrais aussi souligner la générosité et l'écoute de Mesdames Nathalie Mondain et Danièle Laliberté qui ont, par la justesse de leurs réflexions, éclairé ma recherche.

Mes plus sincères remerciements vont à Salif Nombre et à ses enfants, Ben, Daouda, petit Ben et Benitou qui m'ont accueillie comme une des leurs. Leurs conseils, leurs connaissances et leur soutien ont grandement contribué au succès de ma recherche. En fait, leurs apports dépassent largement le cadre de ce mémoire; leur amour m'aura transformée.

Je remercie chaleureusement toutes les femmes de mon échantillon qui ont généreusement répondu à mes questions et qui se sont dévoilées sans pudeur, révélant ainsi la richesse de leur maternité.

Je voudrais remercier mes amies québécoises Julie, Diane, Martine, Andrée, Marie-Hélène, Xavier et Raphaëlle et mes amis burkinabè Justine, Aly, Moné et Robertine, qui m'ont exprimé leur soutien et leur amitié tout au long de ce mémoire.

Merci à Véronique pour son amitié, sa générosité et sa grandeur d'âme.

Tout mon amour et ma gratitude vont à mes parents, Hélène et Nelson Lewis. Ils ont su m'inculquer très tôt des valeurs de justice sociale, de solidarité, de persévérance et de générosité. Leur soutien indéfectible et leur amour m'auront permis d'atteindre mes objectifs et mes rêves.

Merci à ma sœur, Kim, qui malgré l'éloignement, aura su par sa franchise, ses conseils, son amour et son humour m'encourager dans ce travail.

Mes derniers remerciements vont à mon fiancé Jonathan Livernois qui a su me conseiller, m'écouter, m'aider – par ses lectures méticuleuses et ses corrections. Sa grande intelligence et son amour auront été une source d'inspiration pour ce mémoire mais, aussi, pour la vie à venir.

Marie-Josée Lewis
Montréal, août 2008

Introduction

Nous avons cru, dès le début de nos recherches, que l'Afrique avait de nombreuses choses à nous révéler et à nous apprendre, entre autres sur la solidarité sociale et l'entraide. Nous rejoignons les vues d'Anne-Cécile Robert (2004), pour qui le continent africain a tout d'une source inépuisable d'enseignements en ce domaine. En fait, comme le souligne Didier Fassin (1994 : 362), s'intéresser à l'expertise de ces pays africains en matière de santé, et plus généralement des pays en développement, est en quelque sorte aller à contresens de l'idéologie générale :

Il n'est d'ailleurs pas exclu que ces travaux menés dans les pays en développement permettent une meilleure compréhension des enjeux présents autour des métiers de la santé dans les sociétés occidentales et plus généralement, que le détour anthropologique, pour reprendre les mots de Georges Balandier, puisse éclairer les travaux de sociologie médicale.

Ainsi, en réfléchissant sur le désir d'une plus grande humanisation de la maternité au Québec, nous avons réalisé que l'expérience de la maternité burkinabè pourrait devenir une source d'inspiration pour les Québécoises. Bon nombre de ces dernières, depuis quelque temps, espèrent vivre une maternité différente de celle qui leur est actuellement proposée par le système hospitalier et par la société en générale (Vadeboncoeur, 2005). Ainsi, plusieurs veulent être suivies par une sage-femme (Beauregard, 2006), réclament une plus grande humanité des soins (Quéniart, 1988; Vadeboncoeur, 2004; Brabant, 2005), pratiquent des méthodes de soins alternatives (onguents, portage, massage pour nouveau-né et maternage intensif), désirent mettre leur enfant au centre de leurs priorités (Roy, 2000) et espèrent de l'aide de groupes de soutien en périnatalité pour contrer l'isolement

(Lussier et *al*, 1996). En observant ces changements et ces nouvelles aspirations des jeunes Québécoises, nous avons cru que l'expérience des Burkinabè, qui se base sur des valeurs d'altruisme, pourrait enrichir la réflexion québécoise sur une maternité à visage plus « humain ». C'est donc dans cette perspective que nous avons élaboré notre question de recherche.

Notre recherche vise donc à comprendre et à expliquer l'expérience de la maternité des femmes ouagalaises et son évolution. La société burkinabè vivant de grands changements, il nous a semblé pertinent, afin de réaliser ce projet, de comparer la grossesse, l'accouchement et l'entrée en maternité de deux générations de femmes. Cette comparaison permettra de mettre en relief et d'appréhender les facteurs qui influencent leurs maternités et de voir comment ces derniers se sont modifiés à travers le temps.

Notre travail se divisera en deux parties et comportera cinq chapitres. La première partie de ce mémoire, qui comporte deux chapitres, portera sur le cadre de notre mémoire, tandis que la seconde s'attachera durant trois chapitres à exposer nos résultats d'analyse. Nous présenterons tout d'abord, au premier chapitre, notre recension des écrits sur l'évolution de la maternité au Burkina Faso et en Afrique subsaharienne, en général. Par la suite, nous énoncerons notre sujet d'étude, son utilité et nos objectifs de recherche. Au chapitre 2, nous rendrons compte de notre méthodologie de recherche, de nos outils de collecte, du déroulement de notre terrain de recherche à Ouagadougou et d'un portrait socioéconomique des répondantes de l'enquête. Enfin, nous discuterons de notre méthode d'analyse et des défis rencontrés lors du séjour de recherche.

Dans un deuxième temps, nous exposerons les résultats de notre analyse. Cette partie s'étendra sur 3 chapitres. C'est l'expérience de la grossesse et son

évolution qui retiendront d'abord, au chapitre 3, notre attention. Nous verrons comment le contexte de la grossesse s'est modifié d'une génération à l'autre et quelle est son incidence sur le déroulement de la première grossesse. Au chapitre 4, qui portera sur l'accouchement, nous traiterons du bouleversement dans la prise en charge de la femme en début de travail, du déroulement de l'accouchement, du rôle des sages-femmes et de l'influence de ces dernières au cours de cette expérience. En nous attachant, au chapitre 5, à l'évolution du déroulement de l'entrée en maternité et aux soins qui y sont rattachées, nous verrons comment le savoir des aînées vient orienter les actions des nouvelles mères.

Chapitre 1

L'évolution de la maternité en Afrique subsaharienne

À Ouagadougou, comme dans plusieurs villes d'Afrique subsaharienne, la maternité se transforme. Diverses études se sont attachées à mettre en lumière ces changements et leurs facteurs, mais aussi les fondements qui expliquent la continuation de certaines pratiques. Le propos des auteurs de ces recherches saura nous éclairer. Nous proposons donc en première partie de ce chapitre une recension des écrits sur plusieurs aspects de la maternité à Ouagadougou et son évolution: les croyances qui entourent la maternité (la conception de la vie, les interdits et les fondements socioculturels), le cadre de la procréation, la maternité comme source de statut social, le réseau social de la femme, l'influence des aînées et des sages-femmes sur l'expérience de la maternité et, finalement, l'incidence des prises de décision de l'État burkinabè sur le déroulement de la maternité. Après avoir pris connaissance de ces recherches, il sera plus aisé de mettre en relief notre sujet d'étude, son utilité et ses objectifs.

1.1 Conception de la vie et de la naissance chez les burkinabè

La conceptualisation de la vie pour les Mossi – ethnie principale de Ouagadougou – est cyclique (Lallemand, 1977; Bonnet, 1988; Badini, 1994) : il existe un balancement constant entre le visible (le monde des vivants) et l'invisible (le monde des morts, des ancêtres et des génies) (Bonnet, 1988). Dans un essai qui porte sur les premiers pas de l'enfant en Afrique noire, Pierre Erny (1988 : 37) explique que « la naissance, c'est d'abord venir au monde, ce qui implique qu'on

vient d'ailleurs ». Le fœtus serait une ancêtre, généralement patriarcal, qui désire revenir à la vie (*kinkirga*) (Lallemand, 1977, Badini, 1994; Bonnet, 1988). Ainsi, par le lignage que l'enfant perpétue et par ce qu'il symbolise, il prend une place centrale dans la famille (Erny, 1988 : 31); toute l'attention est donc portée sur la femme enceinte (Badini, 1994) et la naissance est attendue avec impatience (Erny, 1988). La grossesse serait, selon Amadé Badini (1994 : 39), qui a travaillé sur la conception de la vie en pays Mossi, une conciliation « de l'esprit, du souffle vital et du corps de la femme ». Un esprit, le *kinkirga*, se serait introduit à l'intérieur du corps de la femme. Ainsi, comme le soulignent les études de Doris Bonnet (1983, 1988) qui portent sur la ritualisation entourant la maternité chez les Mossi, il ne faut pas s'étonner que les considérations d'ordre biologique ne soient pas très importantes car ce sont les ancêtres et Dieu qui interviennent dans l'enfantement.

Dans la culture burkinabè traditionnelle, les premiers mois de la vie de l'enfant sont déterminants car c'est à cette période qu'il décidera s'il reste dans le monde visible ou s'il retourne d'où il vient (celui des morts) (Bonnet, 1988). Ainsi, l'enfant sera soumis à une série de pratiques initiatiques (Erny, 1988) qui lui permettront d'être rattaché au monde des vivants. Ces pratiques et rituels s'organisent autour des fondements socioculturels et traditionnels des Mossi, le *rog n miki* – qui veut dire « ce que je trouve en venant au monde ». Christine Ouedraogo (1996, 2001, 2006) en explique la signification : il s'agit d'un « ensemble de valeurs et de normes régissant non seulement les relations sociales des membres du groupe, leurs devoirs et leurs droits, mais aussi leurs conduites et comportements quotidiens conformément à la coutume » (1996 : 3). En fait, dès leur naissance, les Mossi trouvent ce patrimoine ancestral qui les guide toute leur vie; son respect leur permet de s'intégrer

pleinement au groupe (Ouedraogo, 1996). L'une de ses premières intégrations passe par l'enterrement du placenta (Lallemand, 1977; Bonnet, 1988; Badini, 1994; Barry 2001). Les rites consacrés au placenta symbolisent, selon Aboubacar Barry (2001: 35), qui s'est intéressé à la représentation du corps en Afrique, « l'éternel dialectique qui existe entre la vie et la mort »; « pour venir au monde on devrait mettre à mort le jumeau de l'enfant, en l'occurrence le placenta ». Par l'enterrement, les aînées insistent, en reprenant l'idée cyclique de la vie, sur le retour de l'enfant dans l'au-delà (le double retourne dans le monde invisible) et sur la naissance ici-bas d'un ancêtre qui vient de l'au-delà (Badini, 1994: 43). D'autres cérémonies permettront aussi à l'enfant de s'intégrer au monde visible et tenteront de le convaincre de demeurer parmi les vivants: le baptême, le rasage des cheveux, la purge et, surtout, le contact qu'il nouera avec sa mère. Cette dernière est, selon Pierre Erny, (1988 : 47) :

celle qui apaise toute tension survenant chez le nourrisson [...]. Elle se tient à disposition pour satisfaire immédiatement, sans le faire souffrir de l'attente, ses besoins et envies. [...] Elle lui est offerte dans une relation qui ignore les distances.

Bien que la puériculture africaine favorise le maximum de contact avec l'enfant (allaitement prolongé, contact peau à peau et portage), ce dernier se détachera progressivement de sa mère (Erny, 1988). Ce n'est qu'après avoir coupé les liens de sang par le cordon ombilical et ceux du lait par le sevrage, qu'on le saura bel et bien décidé à rester parmi les vivants (Erny, 1988; Badini, 1994).

1.2 Le mariage : encore le cadre par excellence de la procréation?

Comme ailleurs en Afrique, le mariage au Burkina Faso, en plus de marquer l'union entre deux individus, noue les liens entre deux familles (Gruénais, 1981;

Nikieama, 1996). Traditionnellement, en Afrique subsaharienne, c'est à travers le mariage que la maternité évoluait (Roth, 1996; Bardem et Gobatto, 1995; Locoh, 1988; Bonnet, 1983). Quelques temps après la cérémonie, généralement moins d'un an, la femme devait être enceinte. En emménageant dans la concession de son mari – la société Mossi est organisée selon la règle patri-virilocale (Taverne, 2000 : 88; Badini, 1994;) –, la jeune femme ressentira d'autant plus la pression des membres de la belle-famille pour la procréation. Jusqu'à la naissance de ses premiers enfants, la jeune femme sera considérée par la belle-famille comme une « étrangère » (Roth, 1996). Afin de faciliter son intégration, la belle-mère s'assurera de lui montrer ses différentes tâches et l'introduira aux membres de la famille (Ouedraogo, 1994). Comme le respect reste la pierre angulaire de la société africaine (Dabiré, 2001), la jeune femme ne devra en aucun cas mettre en doute l'autorité de cette dernière ou d'un aîné. Si cela avait lieu, son époux prendrait assurément le parti de sa mère et n'appuierait pas son épouse (Roth, 1996). Malgré de légères modifications, ces règles de conduite sont toujours celles de la jeune génération (Vinel, 2005).

Toutefois, le modèle familial semble se modifier en Afrique subsaharienne, particulièrement en milieu urbain. Si Alain Marie (1998) évoque implicitement l'émergence d'un certain modèle conjugal élémentaire, Thérèse Locoh (1988) affirme quant à elle que la réduction de la taille du ménage en milieu urbain s'explique par des contraintes économiques et non par un désir de modernisation. En fait, ce serait davantage les familles démunies qui vivraient selon un modèle nucléaire (Antoine et Guillaume, 1986, cité par Locoh, 1995). Les crises économiques, la migration et l'urbanisation forceraient, selon Alain Marie (1998 : 282), les chefs de famille à prendre moins de responsabilités face à leur famille étendue. Cette nucléarisation,

l'accroissement du taux de scolarisation, l'augmentation du travail des femmes et la plus grande migration donneraient lieu à un relâchement de la cohésion sociale (Unicef, 1999) et modifieraient ainsi le réseau social. Si les solidarités familiales semblent toujours persistantes à l'intérieur de la famille étendue, elles tendraient de plus en plus à se renforcer autour de la famille immédiate (Khasiani, 1994, cité par Locoh, 1995) et des solidarités de proximités existentielles (Roth, 1996; Marie, 1998).

À Ouagadougou, comme dans la majorité des métropoles d'Afrique subsaharienne (Locoh, 2002; Tabutin et Schoumaker, 2004; Calvès et Schoumaker, 2004), les pratiques nuptiales se modifient. Dans un contexte où les conditions de vie sont précaires, le taux de chômage élevé et l'accès au logement difficile, le processus de mariage en milieu urbain burkinabè tend à s'étirer dans le temps et les cérémonies matrimoniales à s'espacer (Calvès, 2007). La plus grande scolarisation des jeunes filles aurait aussi pour conséquence, comme le souligne la recherche de Philippe Antoine (2002) sur la transition de la nuptialité dans diverses villes africaines, de retarder l'entrée en union. L'étude de Calvès et *al.* (2007) montre comment la formation de la première union chez les couples ouagalais est plus longue et advient plus tardivement parmi la jeune génération. Ainsi, l'âge médian à l'initiation de la première union était de 20,5 ans en 2003 chez les Ouagalaises de 25 à 29 ans, contre 18,1 en 1994 (EDS, 1994, 2003).

Quoiqu'il reste socialement le cadre par excellence où l'on peut exercer sa sexualité, on observe actuellement une dissociation croissante du mariage et de la maternité. En effet, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, l'écart entre

l'âge d'entrée en vie sexuelle et l'âge d'entrée en union augmente chez les femmes (Mensch *et al.* 2005; Mondain et Delaunay, 2003; Hertrich, 2007). Il y a vingt ans, Nanitelamio et Antoine (1988 : 132) remarquaient déjà une transformation du cadre de la procréation. Ils écrivaient : « l'urgence sociale et individuelle de la maternité se maintient, celle du mariage ne l'est plus tout autant » (1988 : 132). Le cadre de la sexualité a changé : les jeunes filles pratiquent en plus grand nombre une sexualité prémaritale. On note à Ouagadougou un écart important entre l'âge des premiers rapports sexuels pour les jeunes femmes de 20 à 24 ans (18,6 ans) et l'âge du premier mariage (20 ans) (EDS, 2003; Guiella, 2004). Ces rapports sexuels seraient rarement protégés, ce qui expose les jeunes femmes à un risque élevé de grossesse : 48,8% des femmes de 15 à 19 ans qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives n'utiliseraient pas de moyens de contraceptions lors de leurs rapports sexuels (EDS, 2003).

Tout comme le premier mariage, la naissance du premier enfant au Burkina Faso est retardée. Si les changements dans le calendrier d'entrée en vie féconde sont timides au niveau national, le recul est plus sensible dans les villes, où l'âge médian à la première naissance chez les femmes de 15 à 24 ans passe de 18,4 ans à 22 ans entre 1980 et 2000 (Calvès *et al.*, 2007). Plus que le calendrier de l'entrée en vie féconde, c'est le contexte dans lequel s'inscrivent les premières grossesses et naissances qui s'est profondément modifié. Au Burkina Faso aussi, où l'expérience féminine de la sexualité préconjugale s'est clairement développée, particulièrement dans les centres urbains (Guiella et Woog, 2006), un nombre croissant de femmes vivent leur première grossesse ou maternité hors du cadre d'un mariage formel. Les résultats

d'une étude récente ont montré qu'en 2000, près d'un tiers des jeunes citadines burkinabè de 15 à 24 ans avaient eu leur premier enfant alors qu'elles étaient célibataires ou en union consensuelle; une situation qui avait été vécue aux mêmes âges par seulement 7% des femmes aujourd'hui âgées entre 35 et 44 ans (Calvès *et al.*, 2007).

Bien qu'aujourd'hui le mariage en milieu urbain burkinabè soit souvent célébré bien après la naissance du premier enfant et que les époux aient acquis une certaine liberté dans le choix du conjoint (Laurent, 1996, cité par Ouedraogo, 2001), l'aval de la famille à l'union est toujours nécessaire pour le bon déroulement de la grossesse (Traoré, 2004; Rossier, 2005). Il serait en fait « dangereux et désavantageux », selon Saratta Traoré (2005 : 106) qui s'est intéressée au célibat des Ouagalaises, pour une jeune femme d'aller à l'encontre du choix de sa famille, puisqu'en cas de décès ou de divorce, elle se retrouverait seule. Les familles seraient de plus en plus enclines à accepter ces mises en union informelles lorsque le père de l'enfant reconnaît sa paternité (Gobatto et Bardem, 1995). L'expérience prémaritale de la maternité serait parfois utilisée par les jeunes couples africains, comme le démontrent les travaux d'Agnès Adjamagbo *et al.* (2004 : 241) sur les naissances prémaritales au Sénégal, pour faire accepter leurs partenaires à leurs familles respectives. Dans d'autres cas, les jeunes femmes instrumentaliserait une grossesse pour obliger leur conjoint à sceller leur union (Bardem et Gobatto, 1995; Calvès 1999; Traoré, 2005). Elles chercheraient encore dans le mariage et la maternité un statut social avantageux (Gobatto et Bardem, 1995; Bardem, 1997; Traoré, 2005).

1.3 La maternité : source de statut pour les femmes

La maternité assure sécurité, prestige et épanouissement à la femme burkinabè (Lallemand, 1977; Bonnet, 1988). Quoique la femme africaine cumule souvent plusieurs rôles, comme le souligne Christine Oppong (1987), c'est celui de mère qui est privilégié par la communauté. Le prestige de la maternité dans cette société étant intimement lié à la vitalité et à la perpétuation du lignage, la femme n'existera socialement que lorsqu'elle aura donné des enfants à sa belle-famille (Lallemand, 1977; Vinel, 2005). L'enfant à naître constitue aussi une force de travail et assure aux membres de la famille une vieillesse à l'abri des pénuries (Lallemand, 1977; Oppong, 1988). De plus, comme le souligne Claudia Roth (1996:65) qui a étudiée l'organisation sociale des Zars au Burkina Faso, la venue du premier enfant donne l'occasion à la nouvelle venue de « consolider sa position à l'intérieur de la belle-famille et vient y modifier son statut d'étrangère » (voir aussi Lallemand, 1977; Vinel, 2005). Enfin, cette naissance permet une consolidation des rapports entre l'homme et la femme (Oppong, 1988) et renforce leur masculinité et leur féminité (Mbambi, 2004).

Malgré le prestige qui entoure la maternité et le fort désir d'avoir des enfants chez les jeunes couples, la perception de l'enfant dans le ménage est actuellement en transformation au Burkina Faso (Bardem, 1997). À cause d'une hausse du coût de la vie, de l'accès difficile au logement en milieu urbain, de l'entrée en union tardive (Calvès et al. 2007) et des conditions de vie pénibles, une descendance nombreuse n'est plus souhaitée. Ainsi, le nombre moyen d'enfants désirés par une Ouagalaise est passé de 4,7 en 1994 à 3,1 en 2003 (EDS, 2003). Dans une étude sur la précarité

juvénile en milieu urbain, Isabelle Bardem (1997 :116) a expliqué les causes de cette diminution du nombre d'enfants par ménage : « En milieu urbain, l'enfant tant désiré est perçu comme une charge pour ses parents qui doivent lui assurer un avenir décent ».

1.4 Déroulement de la maternité

1.4.1 La grossesse

Dans une étude sur la beauté des enfants en Afrique Noire, Elizabeth Ewombé-Moundo (1991) relève trois étapes durant la grossesse. Durant la première période, du premier au troisième mois de gestation, la femme n'est pas considérée enceinte. La grossesse est tenue secrète pour protéger la femme des mauvais esprits qui pourraient avaler le fœtus. Ce n'est qu'entre le troisième et le sixième mois que les aînées de la primipare (femme qui accouche pour la première fois) pourront annoncer l'heureuse nouvelle à l'entourage immédiat (Lallemand, 1977; Erny, 1988; Ewombé-Moudo, 1991). Dès lors, les interdits alimentaires et comportementaux devront être respectés par la femme, son entourage et son conjoint. Selon Michèle Cros (1990), qui a effectué une étude sur l'anthropologie du sang en Afrique, plus particulièrement en fonction du peuple Lobi en Côte-d'Ivoire, les interdits comportementaux de la femme enceinte peuvent notamment consister en une interdiction de regarder du sang ou de s'asseoir sur le siège d'un étranger. Dans son mémoire sur les pratiques alimentaires et comportementales durant la grossesse en milieu rural burkinabè, Nathalie Avril (2003) recense les interdits alimentaires suivants : l'arachide, le beurre de karité, la mangue et la viande grillée sur le feu. Comme la femme doit éviter tout risque de fausse-couche, les interdits seront

renforcés durant la dernière période, qui s'échelonne du sixième au neuvième mois de grossesse. De nombreuses restrictions sont encore respectés au Burkina Faso; Jean Célestin Somda (1993 : 25) a toutefois montré qu'en milieu urbain, la « scolarisation et l'occidentalisation ont tendance à faire disparaître certains interdits alimentaires ».

1.4.2 Les déterminants de la consultation prénatale

Malgré le fait que la consultation prénatale soit en hausse – 85,4% des femmes à Ouagadougou ont eu une consultation prénatale (CPN1) (MS, 2006) –, il existe encore des obstacles à cette consultation. Comme le montre Salimata Ouedraogo (1993) dans une étude sur la consultation prénatale dans la ville de Ouagadougou, l'un des principaux obstacles est le fait que les soins de santé sont davantage perçus comme curatifs que préventifs. La grossesse n'étant pas considérée comme une maladie, les couples ne seraient pas enclins à se rendre à la clinique pour y recevoir des conseils et des soins. Il existe aussi une distance culturelle entre la population et le système de santé (Quesnel, 1984, cité par Ouedraogo, 1993 : 45). De façon générale, comme le montre Ernest Dabiré (2001) dans une étude sur les déterminants des services prénataux au Burkina Faso, les femmes oscillent dans leurs choix de santé entre des valeurs modernes et des valeurs traditionnelles. Plusieurs auteurs (Swedy, 1996, Dabiré, 2001; Tapsoba, 2001; Zongo, 2004) ont montré l'influence significative de divers facteurs sur la probabilité de la consultation prénatale des femmes. Ils mentionnent le niveau de scolarité de la femme et de son conjoint, les conseils du conjoint, le revenu et la taille du ménage, l'accessibilité, leurs emplois respectifs, l'âge de la femme, les conseils de l'entourage du couple et l'historique de grossesse des consoeurs de la parturiente (femme qui accouche).

1.4.3 Les conditions de l'accouchement

En 2003, les Ouagalaises ont accouché en majorité (95%) dans un établissement sanitaire (EDS, 2003). Elles semblent délaisser la maison comme lieu d'accouchement. En fait, dans une étude sur la satisfaction des soins à la maternité Paul VI à Ouagadougou, Michel Willems (1997: 9) fait remarquer que les femmes qui ont déjà accouché à « domicile ne récidive[nt] pas lors des accouchements ultérieurs ». Comme les consultations prénatales et les accouchements sont généralement effectués par des sages-femmes – 84 % des femmes ont effectué une consultation prénatale avec une sage-femme ou une infirmière et 88,5% des Ouagalaises recevront leurs soins durant l'accouchement (EDS, 2003) – l'entente avec ces dernières est primordiale.

Malgré le fait que les sages-femmes aient une formation de 4 ans et se disent mieux outillées pour aider les parturientes, nous avons remarqué la présence de différents articles de presse sur le web portant sur l'insatisfaction de femmes qui accouchent à la maternité. Ainsi, l'hebdomadaire *Le faso.net* écrivait le 3 février 2005 que certaines femmes étaient indignées par leur traitement à la maternité (lieu où les femmes accouchent) : elles auraient subi leur examen à plusieurs dans la même salle et auraient été confrontées à l'attitude autoritaire de la sage-femme. Dans une étude effectuée auprès de femmes sénégalaises ayant eu recours aux soins des sages-femmes, Ada N'diaye (1994 : 97) montre que dans la majorité des cas, les femmes critiquent le fait que « les sages-femmes ne sont pas ouvertes à leurs besoins psychosociaux et interpersonnels ». Elles disent aussi ne pas toujours comprendre ce qu'elles leur expliquent. Jean-Pierre Olivier Sardan (2001), dans un article qui porte

sur la corruption des sages-femmes en Afrique subsaharienne, renforce les affirmations des parturientes et insiste sur la mauvaise ambiance qui règnerait dans la salle d'accouchement. En fait, lorsqu'il s'agirait de primipares, les sages-femmes auraient tendance à les « mépriser et à les insulter » (Sardan, 2001 : 63). Une pression serait aussi exercée sur les femmes afin d'accélérer le travail.

Durant leur accouchement, les parturientes devront être, selon Fatoumata Ouattara (1999, cité par Zongo, 2004) qui a analysé à la culture de la honte des Senufo du Burkina Faso, être « courageuses » et « en contrôle ». Ainsi, une femme qui crie lors de son accouchement n'est pas bien vue. En fait, « si la bouche est ouverte lors de l'accouchement, la mort peut y entrer » (Badini, 1977 : 111). On dira que si elle crie lors de son premier accouchement, elle criera – elle souffrira – aussi pendant tous les autres qui suivront. Autrefois, on bandait même la bouche de la parturiente (Bonnet, 1988).

1.4.4 L'entrée en maternité et son apprentissage

Le savoir maternel n'est pas, selon une étude de Christine Ouedraogo (1994 :186) consacrée à l'influence de l'éducation sur les soins que les mères portent à leurs enfants, un savoir qui peut être transmis par l'école : « il relève d'un savoir collectif et populaire qui est transmis par l'entourage féminin. » L'information fournie par les vieilles femmes lors de l'entrée en maternité est toujours, selon Ouedraogo et *al.* (2006), la source privilégiée par les jeunes femmes. C'est au contact des aînées que la femme apprendra son nouveau rôle de mère : elle observera leurs agissements pendant les trois premiers mois puis, par mimétisme, elle posera ces gestes (Ouedraogo, 1994). La longueur de ce processus s'explique par le fait que

dans la société burkinabè, l'apprentissage de la maternité se fait par progression et non par anticipation (Ouedraogo et *al.* 2006). Cette éducation servira la nouvelle mère pour les mois à venir et pour ces futurs enfants.

Par exemple, la nouvelle mère apprendra avec l'aide de sa belle-mère à donner la toilette à son enfant. Durant cette toilette, qui est un véritable cérémonial (Ouedraogo, 1996; Taverne, 2000; Vinel, 2005), les aînées enseigneront à la nouvelle mère comment faire cicatriser la plaie du cordon ombilical, les soins relatifs au sexe de l'enfant (massage des seins et du sexe), la purge avec les tisanes (Huygens et *al.*, 2002) et le massage du corps (Ouedraogo, 1994). De plus, afin de répondre aux exigences des aînées, la mère Mossi se soumettra typiquement, après son accouchement, à une série d'interdits et de pratiques (réclusion et toilette) qui lui permettront de préparer son corps à l'expérience de la maternité et démontreront sa soumission à sa belle-famille (Taverne, 2001, Vinel, 2005). Ces pratiques la protégeront aussi contre l'attaque de « génies » qui voudraient « la rendre folle » ou la tuer (Bonnet, 1988; Badini, 1994).

Malgré le bienfait de cette transmission de connaissance, Suzanne Lallemand (1977 : 248) souligne qu'il existe une forme d'hypocrisie liée aux enseignements de la maternité. Les jeunes femmes apprendraient ce qu'elles ont maintes fois observé auprès de leurs jeunes frères et sœurs. En fait, selon l'auteur, la vieille femme pratiquerait un « contrôle de l'ignorance ». Au sujet de cette dernière, Suzanne Lallemand (1977 : 249) écrit :

Aussi leur prestige familial, leur assise dans la concession, peut dépendre, non de la fécondité qu'elles ont perdue, non de leur productivité agricole qui décline sensiblement, mais de leur autorité morale dans les domaines féminins de la maternité et de la puériculture.

Par leurs enseignements, ces vieilles femmes assureraient leur prestige et justifieraient leur place dans la hiérarchie familiale.

Malgré le fait que cet apprentissage s'effectue encore au contact des aînées, Chrisitne Ouedraogo (1994) explique que dans un milieu urbain comme Ouagadougou, les sources d'information en matière de sexualité se diversifient et les réseaux sociaux se transforment. Elle explique comment « les savoirs traditionnels commencent à être ébranlés par de nouveaux savoirs, diffusés par les différents médias. [...] Le groupe social d'appartenance n'est plus le seul pourvoyeur de savoir. » Elle souligne toutefois (Ouedraogo, 1994 : 214) que les comportements novateurs des jeunes mères en milieu urbain apparaissaient seulement lorsque les vieilles femmes n'étaient pas près d'elles.

1.5 Politique nationale de santé sur la maternité au Burkina Faso

Lors de l'accouchement, on dit que la femme Mossi « en plus d'avoir le corps ouvert, est ouverte à la mort » (Badini, 1974, cité par Bonnet, 1988 : 23). On comprend davantage cette citation lorsqu'on prend connaissance du taux de mortalité maternelle qui est de 1000 pour 100 000 naissances vivantes (PNUD, 2005). Ce risque est plus élevé aux extrémités de la vie reproductive de la femme, c'est-à-dire lorsqu'elle a moins de 20 ans et plus de 34 ans (Nikiema, 2002 : 23; Nebout, 2003). Au-delà du risque physique, il y a aussi un risque mental à vivre une grossesse précoce. Thérèse Locoh (1992) fait remarquer que la précocité de la grossesse dans la vie de la femme d'Afrique subsaharienne a pour conséquence de créer une détresse psychologique chez cette dernière. Le temps de transition entre le monde adulte et

celui de l'enfance n'aura pas été suffisant; la jeune femme n'a pas assez de maturité psychologique et intellectuelle pour avoir un enfant.

À la lumière de ces données sur la mortalité maternelle et infantile, le ministère de la Santé du Burkina Faso s'est doté, en 1998, d'un programme national de lutte contre la mortalité maternelle inspiré par le programme de l'UNICEF « Maternité sans risque ». Il s'inscrit dans le sillage de l'adoption en 1987 de l'*Initiative de Bamako*, mis en application au Burkina Faso en 1992 (Nitiéma & al., 2003), qui insistait sur l'importance de l'équité des soins de santé primaires (Riddle, 2005). Ce programme de lutte contre la mortalité maternelle avait pour objectif de réduire les obstacles socioculturels à la consultation des services de maternité, d'augmenter la consultation dans les centres de planification familiale et de mieux gérer les risques (en instaurant des campagnes d'éducation qui promeuvent la consultation prénatale, l'assistance d'un personnel qualifié durant la grossesse, l'accouchement et la consultation post-natale) (Ouedraogo et al., 2001; Dabiré, 2001). La Direction de la santé et de la famille (DSF) prévoit dans son *Plan stratégique pour une maternité à moindre risque*, publié en 2004, de « réduire la mortalité maternelle et néonatale de 40% d'ici 2010 et de porter le taux de couverture en consultation prénatale à 90%, celui des accouchements assistés à 60% et la prévalence contraceptive à 17% » (DSF, 2004 : 1). De plus, les informations concernant l'accouchement devraient être plus complètes et de qualité supérieure : 92% des jeunes femmes burkinabè demandent une meilleure préparation à l'accouchement (BF, 2003 : 12). Ouedraogo et al. (2006) notent aussi ce manque dans leur étude : les jeunes femmes désirent avoir plus d'information sur le déroulement et la douleur de l'accouchement.

1.6 Sujet et pertinence de l'étude

Les écrits ont montré que la plus grande scolarisation des jeunes filles, les conditions de vies précaires, le haut taux de chômage, la transformation des pratiques sexuelles chez les jeunes, l'entrée en union tardive et l'augmentation des grossesses prémaritales sont des facteurs qui modifient l'expérience de la maternité. Si ces études s'intéressent généralement à une facette des transformations, nous croyons que l'étude globale de la maternité (grossesse, accouchement et entrée en maternité) peut enrichir la réflexion sur le sujet. Notre recherche portera sur l'expérience de la maternité des Ouagalaises et sur son évolution.

La maternité est un phénomène complexe qui réfère à l'expérience physique, psychologique et collective. Elle transforme, façonne et prolonge la vie. Ainsi, nous avons voulu imprégner notre recherche de cette idée en l'articulant autour du concept de l'expérience vécue. La définition que nous retiendrons de l'expérience est une hybridation de celle fournie par Denise Jodelet (2006), de celle du *Dictionnaire des sciences humaines* (2004) et de celle du *Petit Robert* (2001).

L'expérience réfère, selon *Le dictionnaire des sciences humaines* (2004), au fait « d'éprouver » et « d'essayer » mais aussi, comme le définit le *Petit Robert* (2001), à un « événement vécu par une personne susceptible de lui apporter un enseignement ». Dans une étude sur la place de l'expérience dans le processus de formation des représentations sociales, Denise Jodelet (2006 : 254) explique dans un premier temps que :

L'expérience vécue est une forme d'appréhension du monde par les significations qu'elle y investit : elle comporte des éléments émotionnels qui engagent les subjectivités particulières : elle est mise en forme dans son expression et sa conscientisation par des

codes et des catégories de nature sociale. [...] Elle réclame l'authentification des autres.

Plus loin dans son étude, elle poursuit en disant que :

L'expérience vécue met en jeu des éléments émotionnels qui tout en traversant l'ensemble des sujets impliqués dans une même situation concrète ou connaissant un même destin, laissent le champ à des significations dont les modulations sont régies par des positions occupées par les uns et les autres dans l'espace social défini.

L'expérience se construirait donc à partir des représentations sociales, du parcours individuel, des normes et des codes culturels qui investissent le monde dans lequel l'individu évolue. En ce sens, bien que la maternité soit un événement universel par son processus biologique, son expérience diffère d'une femme à l'autre. C'est au niveau psychologique, conceptuel et significatif que les modifications se produisent. Ainsi, par « expérience » nous entendrons la définition suivante : selon l'espace social, on éprouve, on apprend et on essaie de façon différente. Ce concept sera au cœur de notre analyse.

En comparant le discours de deux générations de femmes, nous pourrions construire un portrait intergénérationnel de la maternité et, ainsi, cerner les facteurs qui influencent son organisation et qui expliquent la continuation de plusieurs pratiques. Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'incidence de l'état matrimonial sur le déroulement de la maternité (l'augmentation des naissances hors mariage), au lien femme/sage-femme, à la modification et à la continuation des soins donnés à la femme et à l'enfant ainsi qu'à la dynamique des rapports entre les femmes et leurs aînées.

En s'inscrivant dans une démarche holistico-inductive en sociologie, notre recherche aborde la maternité comme un fait global. Ainsi, par l'étude de son

organisation, de son déroulement et des normes qui la façonnent, nous pourrions tenter d'appréhender sa complexité et son sens. L'utilité de notre recherche découle également du fait que nous abordons des pratiques qui sont encore peu documentées : les soins fournis par la sage-femme à l'accouchement, l'expérience de la primipare durant son travail et sa relation avec la sage-femme, les perceptions qu'on les aînées de leurs benjamines – et vice versa – ainsi que les changements récents intervenus dans ces domaines.

1.7 Objectifs de recherche

Notre principal objectif de recherche est d'analyser l'expérience de la première maternité des Ouagalaises d'aujourd'hui et de cerner son évolution d'une génération à l'autre. Notre étude comporte quatre sous-objectifs spécifiques:

- Décrire le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum des Ouagalaises et son évolution.
- Appréhender le réseau social et l'entourage dont bénéficient les femmes tout au long de leur maternité et voir en quoi il façonne l'expérience de la maternité des femmes des deux générations.
- Se familiariser avec le fonctionnement du système de soins à Ouagadougou.
- Cerner le rôle et l'influence des sages-femmes dans le déroulement de la grossesse – particulièrement lors de l'accouchement – pour les deux générations de femmes et en voir l'évolution.

Chapitre 2

Données et Méthodologie

2.1 Mise en contexte

Afin de mener à bien notre projet et de répondre à nos objectifs de recherche, une collecte de données sur le terrain à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, a été décidée. Elle s'est déroulée sur une période de treize semaines, soit du 18 septembre 2006 au 18 décembre 2006, dans le cadre d'un stage encadré par Professeur Banza Baya, directeur adjoint de l'Institut supérieur des sciences de la population (ISSP) de l'Université de Ouagadougou.

La volonté de comprendre la réalité des femmes d'une seule ville, Ouagadougou, est bien sûr liée à des contraintes de temps, mais est aussi motivée par des questionnements antérieurs. Après deux séjours de deux mois dans cette capitale en 1997 et en 2000, nous nous étions interrogée sur la maternité des Ouagalaises. Un retour sur les lieux, pour enrichir et approfondir notre compréhension de ce phénomène, nous a semblé nécessaire. Le choix de l'étude des secteurs 15, 27, 28, 29 et 30 de la commune de Bogodogo à Ouagadougou fut motivé par le fait que nous y avions de nombreux contacts pour réaliser des entretiens avec les mères, les sages-femmes et les accoucheuses. Nous avons aussi la possibilité de faire de l'observation participante au Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) du secteur 30.

2.2 Données générales sur le Burkina Faso et Ouagadougou

Le Burkina Faso, pays enclavé d'Afrique subsaharienne, a une superficie de 274 200km². Son climat tropical de type soudano-sahélien est ponctué par 2 saisons :

la saison sèche (octobre à mai) et la saison pluvieuse (juin à septembre). Au recensement de 2006, la population était évaluée à 13 902 972 habitants (BF, 2007); avec un taux de croissance annuel de 2,9%, on estime que la population doublera d'ici 30 ans (EDS, 2003). Les Burkinabè vivent davantage en milieu rural (79,85 %) qu'en milieu urbain (20,14%) (BF, 2007).

L'aridité du climat rend l'agriculture difficile, particulièrement sur le plateau Mossi où se trouve la capitale Ouagadougou. Les principaux secteurs d'activité du pays sont l'agriculture (coton, mil, arachide, maïs), l'élevage et le secteur informel. Le Burkina Faso a l'un des PNB les plus faibles au monde : il était de 182 000 FCFA en 2002. En conséquence, 46,4% de la population vivait en dessous du seuil national absolu de pauvreté, estimé à 82 672 FCFA par adulte par an. Cette pauvreté extrême rend les conditions de vie pénibles. Par exemple, la scolarisation est très faible : le taux d'alphabétisation des femmes adultes n'était que de 16,6% en 2005 (BF, 2007).

Les principaux groupes ethniques de ce pays sont les Mossi (48,6%), les Touareg et les Peul (7,8%), les Gourmantché (7%), les Bobo (6,8%), les Bissa (6,5%), les Gourounsi (6%), les Lobi (4,3%) et les Sénoufo-Marka-Dioulas (2,2%). Si le français est la langue officielle du pays, plusieurs dialectes y coexistent, comme le moré, le malinké, le dioula et le peul. Les principaux cultes sont les religions musulmane (52 %), catholique (17 %) et protestante (3 %) (BF, 2008). De plus, il faut noter que 25,9% de la population déclare pratiquer conjointement une autre religion traditionnelle (ex : animisme).

Le pays est divisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 33 communes et 8228 villages (INSD, 2007). En 2006, on chiffrait le nombre d'installations sanitaires à 12 centres hospitaliers universitaires et régionaux (CHU),

42 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), 26 centres médicaux (CM), 1211 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 173 dispensaires isolés et 18 maternités isolées (BF, 2007).

La situation sanitaire du Burkina Faso ne correspond pas aux normes de l’OMS qui sont de 1 médecin pour 10 000 habitants et de 1 sage-femme pour 5000 : en 2006, il y avait 1 médecin pour 30 000 habitants et 1 sage-femme pour 25 000 habitants – pour un total de 456 sages-femmes/maeüticiens et de 249 médecins au Burkina Faso (BF, 2007). Il faut noter que depuis 2002, le nombre de sages-femmes a chuté de 576 à 456 en 2006. Les taux élevés de mortalité maternelle (484 pour 100 000 naissances vivantes) et infantile (83 pour 1000 naissances vivantes) et la forte probabilité de décès entre 1 et 5 ans (184 pour 1000 naissances vivantes) s’expliquent notamment par « le manque de structures sanitaires adéquates et à proximité » (EDS, 2003 : 3). Toutefois, on remarque que la couverture prénatale s’est améliorée : elle est passée de 55,19% en 1996 à 85,30 % en 2006 (BF, 2007). Malgré les difficultés liées à la maternité et à la mortalité infantile, le taux de fécondité, bien qu’il ait baissé, reste élevé : il est passé de 7,6 enfants en 1970 à 6,9 en 1993 et finalement à 6,2 en 2003 (EDS, 2003). Les taux varient en fonction du niveau d’instruction – il est de 2,8 chez les femmes ayant atteint le secondaire et de 6,7 chez celles n’ayant aucune instruction –, du revenu des ménages – il est de 3,9 chez les femmes les plus nanties et de 7,1 chez les plus pauvres – et du lieu de résidence – la région du Nord (7,7 enfants) à un taux beaucoup élevé que la région du Centre-Sud (5,4 enfants) (EDS, 2003).

La ville de Ouagadougou est située au centre du pays, dans la province du Kadiogo. Sa population est estimée à 1 104 200 habitants et le groupe ethnique

majoritaire qui la compose est celui des Mossi. L'accès difficile au logement et à l'emploi rendent les conditions de vie précaires. On estime que 19,9% de la population urbaine vit en dessous du seuil de la pauvreté (EDS, 2003). Les principales activités économiques des Ouagalais sont l'agroalimentaire, le textile et le secteur informel (qui occupe 80% des urbains). Le travail des femmes y est relativement important : elles occupent un emploi rémunéré dans 55,7% des cas. Leurs principaux secteurs d'emploi sont les travaux domestiques (62,4%) ainsi que la vente et le service (18,65%). De plus, il faut noter que le taux d'alphabétisation des femmes y est le plus élevé du pays, soit 39,2% (EDS, 2003).

Comme l'âge médian de la première relation sexuelle à Ouagadougou est de 18,6 ans et que l'âge médian de la première union est de 20 ans, nous notons la présence d'une sexualité prémaritale. Le désir d'avoir des enfants est très fort, moins important cependant que dans les milieux ruraux : les Ouagalaises espèrent avoir 4 enfants (contre 7 enfants chez leurs consœurs du milieu rural) (EDS, 2003). En réalité, le taux de fécondité dans la capitale est de 3,1 enfants par femme (BF, 2007).

La couverture prénatale progresse. En 2006 à Ouagadougou, on estimait que 75% des femmes se sont rendues à la consultation prénatale du premier trimestre de la grossesse et 53% durant le deuxième trimestre (BF, 2007). Lors des accouchements assistés à Ouagadougou en 2006, il y eut 16 décès maternels. Les principales causes de ces décès sont présentées ici en ordre décroissant : hémorragie, infection, rétention placentaire, rupture utérine, éclampsie, complication d'avortement, disproportion foéto-pelvienne et présentation vicieuse (BF, 2007).

En termes de structures administratives et sanitaires, Ouagadougou compte 30 secteurs et 16 villages qui sont répartis en 5 communes (Baskuy, Bogodogo,

Boulmiougou, Signoghin et Nongrammason) (BF, 2007). La ville est divisée en 4 districts sanitaires: Kossodo, Paul VI, Pissy et le secteur 30. Les infrastructures disponibles pour ces secteurs sont 2 CHU, 4 CMA, 9 CM, 55 CSPS, 95 dispensaires isolés, 1 maternité isolée, 17 formations confessionnelles, 151 formations privées, 123 officines et 27 dépôts privées (BF, 2007).

2.3 Méthodologie et outils de recherche

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous avons privilégié une approche holistico-inductive en méthodologie qualitative. L'exploration d'une réalité (culture) étrangère à celle de la chercheuse justifierait, selon Miles et Huberman (1984), le recours à une telle méthode. Elle est aussi tout désignée dans le cadre d'une recherche sur un phénomène qui comporte des pratiques courantes non documentées (Chevrier, 2003 : 74). En effet, la littérature scientifique la plus récente ne répondait pas entièrement à nos questionnements sur la maternité. Nous avons voulu approfondir nos connaissances sur les conduites sociales de la maternité, les soins traditionnels et médicaux, sur les perceptions qu'ont les jeunes femmes des agissements de leurs aînées ainsi que sur le déroulement de l'accouchement dans les centres de santé. Afin de pallier ce manque, la méthodologie qualitative nous permettait une exploration en profondeur de la perspective des acteurs sociaux et des conduites sociales (Poupart, 1997 : 174). En ce sens, l'entretien semi-directif individuel nous semblait être l'instrument le plus approprié pour collecter nos données, puisqu'il donnait, tout en éclairant les réalités et phénomènes sociaux, un accès privilégié à l'expérience de l'acteur en nous faisant connaître la signification que ce dernier donne à ses actions et à celles des autres (Poupart, 1997 :175).

2.4 Déroulement du terrain recherche

2.4.1 Premier volet : entretiens semi-directifs dans les centres de soins

Afin de comprendre le fonctionnement et la prise en charge des parturientes par les professionnels des soins de santé, nous avons décidé d'effectuer, dans un premier temps, des entretiens semi-directifs avec des sages-femmes, de visiter les maternités et de faire de l'observation participante dans une maternité. Cette collecte de données a eu lieu dans les centres de soins des secteurs 15, 28 et 30 de Ouagadougou, où le recrutement de notre échantillon s'est en grande partie effectué. Ce travail avait pour objectif de mieux saisir la réalité des femmes avec lesquelles nous allions nous entretenir et, s'il y avait lieu, de modifier notre guide d'entretien.

Dans un premier temps, nous avons visité la maternité du secteur 15, la maternité Sainte-Camille, la clinique Madina et le CMA du secteur 30. Il est à noter qu'à l'exception de la clinique Madina qui est une clinique privée fréquentée par des femmes plus aisées, ces centres de soins sont fréquentés par des femmes de statuts socio-économiques divers. Durant ces visites, nous nous sommes entretenue (voir annexe 2) avec la sage-femme responsable du fonctionnement du centre de santé, du travail de la sage-femme, de l'accès aux soins, du tarif, du profil des femmes qui fréquentent le centre, des difficultés rencontrées à la maternité et du protocole d'accouchement. Après ces entretiens, nous demandions à visiter les lieux. Au total, nous nous sommes donc entretenue avec six sages-femmes, un maïeuticien d'état et quatre accoucheuses. Leur expérience et leur expertise nous ont permis de mieux comprendre leurs pratiques et les conditions d'accouchement.

2.4.2 Deuxième volet : observation participante et test du guide d'entretien

L'observation participante a eu lieu à la maternité du CMA du secteur 30. Cet outil de collecte nous apparaissait essentiel au bon déroulement de notre recherche : il donnerait accès, selon Anne Laperrière (2003 : 273), à un phénomène social (l'accouchement) dont la dynamique, les composantes et les processus nous étaients à peu près inconnus. En fait, selon elle, en plus de permettre une description en profondeur, l'observation participante permet d'appréhender l'orientation et la dynamique du phénomène social, qui est ici l'accouchement. Lors de cette observation, nous avons combiné l'observation directe, les échanges informels et les entretiens semi-directifs. Après la visite du CMA, et les entretiens avec un maïeuticien d'état et une sage-femme, nous y avons commencé les observations directes. Notre logeur, un infirmier militaire, nous avait préalablement présentée à la responsable de la salle d'accouchement, qui nous a donné son accord pour réaliser l'observation. Nous avons pu effectuer plus de quinze heures d'observation dans ce service et ainsi assister à dix accouchements (sept naissances vivantes et trois morts-nés). Ce travail nous a menée à mieux comprendre la réalité des parturientes, les techniques de travail et les agissements des sages-femmes, accoucheuses et filles de salle, les conditions sanitaires du CMA, les relations sages-femmes/parturientes et le rôle des accompagnantes de la parturiente.

Durant le premier mois de notre séjour de recherche, nous avons également rencontré et discuté avec plusieurs femmes, voisines et amies de la famille de notre logeur, ce qui nous a permis de nous familiariser avec l'organisation sociale et le vécu de la maternité. Nous avons aussi effectué deux entretiens préliminaires pour

vérifier notre guide d'entretien. Il ne nous a pas semblé nécessaire d'en faire davantage, puisque les discussions informelles avec les femmes de notre entourage nous avaient déjà permis de tester informellement notre guide. Après ces entretiens préliminaires et ces discussions, nous avons décidé d'ajouter à notre guide des questions sur les pratiques traditionnelles (enterrement du placenta, baptême, coupe des cheveux, etc.), sur l'excision, sur la circoncision et sur la signification de la maternité. De plus, afin de rendre cohérent notre guide avec la réalité observée lors de nos visites dans les centres de soins, nous avons diminué le nombre de questions traitant du déroulement de l'accouchement à la maternité.

Tout au long de notre séjour de recherche, nous avons tenu un journal de bord où nous avons inscrit nos notes de terrain, les résultats des entretiens semi-directifs avec les sages-femmes, nos notes d'observation participante et la chronologie de l'enquête sur le terrain.

2.4.3 Troisième volet: les entretiens avec les mères

2.4.3.1 Échantillon

Nous avons opté pour un échantillonnage intentionnel (Deslauriers, 1991) par contraste. Selon Alvaro Pires (1997), cet échantillonnage permet de construire une sorte de « totalité hétérogène » porteuse d'un ensemble de caractéristiques communes. Cela permet par la suite « de dégager certaines tendances et [de] généraliser à l'ensemble des individus en semblable situation » (Pires, 1997 : 159). Afin d'analyser les changements intervenus dans la perception et l'expérience de la maternité, notre objectif était de comparer le discours des femmes sur la maternité

selon une variable principale : la génération. Nous nous sommes donc entretenue avec des mères de deux groupes d'âges (20-30 et 40 et plus) différents.

Nous avons décidé d'inclure uniquement dans l'ancienne génération (40 et plus) des femmes dont la fille ou belle-fille avait déjà eu une naissance vivante, afin de les faire parler de différences intergénérationnelles dans l'expérience de la maternité. Toutefois, il faut préciser que le concept de fille et de belle-fille n'est pas seulement entendu au sens strict. Dans les sociétés africaines, ce statut peut être conféré à des nièces, à des jeunes femmes de la même ethnie ou du même village, à un enfant confié, etc. Nous entendons donc par « fille » ou « belle-fille » une femme qui est suffisamment près d'une vieille femme pour lui demander des conseils et de l'aide lors de la naissance de son premier enfant. De plus, nous entendons par « mère ouagalaise » une femme qui habitait Ouagadougou lors de l'entretien et qui a donné naissance à son premier enfant au Burkina Faso.

De plus, considérant que nous désirons distinguer le statut matrimonial des répondantes, nous entendons par le mariage une union entre deux individus et célébrée traditionnellement, civilement (à la mairie), à l'église ou à la mosquée.

Lors de la préparation de notre séjour de recherche, il ne nous avait pas semblé nécessaire de réaliser des entretiens en moré (la langue des Mossi). La réalité du terrain était tout autre. Nous avons rapidement compris la pertinence de ces entretiens. Avec l'aval de notre directeur de séjour de recherche et de notre directrice de mémoire de maîtrise, nous avons décidé d'engager une interprète afin qu'elle effectue des entretiens en moré. Ces derniers nous permettraient de connaître la réalité de femmes issues de milieux plus modestes; les femmes ne parlant que moré

sont généralement analphabètes et moins bien nanties. Après le recrutement de l'interprète, nous avons assuré sa formation en lui présentant les axes principaux de notre recherche. Comme certaines idées ou termes français n'ont pas d'équivalents en moré, nous avons modifié quelques questions de la grille d'entretien. Notre interprète, une bachelière en sociologie de l'Université de Ouagadougou, nous avait été recommandée par Professeur André Soubeiga, du Département de sociologie de l'Université de Ouagadougou. Cette dernière avait déjà effectué des entretiens semi-directifs pour d'autres enquêtes et connaissait bien la méthodologie qualitative.

2.4.3.2 Recrutement

Le recrutement des répondantes pour les entretiens en français a été grandement facilité par les nombreux contacts de la famille de notre logeur, qui nous introduisait auprès d'elles. Notre présence fut ainsi légitimée. Cela aura aussi permis de renforcer grandement le climat de confiance durant l'entretien et, par conséquent, d'obtenir davantage de confidences. De plus, une sage-femme de la maternité Sainte-Camille nous a présentée à des femmes de l'ancienne génération. Les autres répondantes ont été recrutées par l'intermédiaire de connaissances faites sur le terrain et lors de la visite dans les maternités. Nos répondantes, jeunes et âgées, étaient des résidentes des secteurs 7, 13, 15, 27, 28, 29 et 30 de Ouagadougou.

Le recrutement des répondantes pour les entretiens en moré a été effectué par l'interprète. Elles étaient des résidentes des secteurs 15, 29 et 30.

2.4.3.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens en français se sont déroulés à différents endroits et moments de la journée, selon les disponibilités des femmes. Toutefois, tous ont été menés dans un endroit calme pour que la discussion demeure privée. Avant le début de chaque entretien, nous présentions succinctement la chercheuse, la recherche, l'interview, nous nous assurons de la confidentialité des données et expliquions à la femme son droit de retrait. L'enregistrement des entretiens n'a semblé poser problème qu'à une seule femme, mais elle a rapidement accepté lorsque nous lui avons expliqué le caractère confidentiel de notre recherche. La majorité des femmes semblaient flattées que nous nous intéressions à leur parcours de vie. Nous avons été étonnée de voir que les femmes répondaient avec générosité à toutes nos questions, même les plus délicates qui traitaient de l'excision et des rapports sexuels avec leur partenaire. Nous n'avons rémunéré aucune d'entre elles, mais nous leur avons toutefois donné quelques cadeaux (médicaments pour les enfants et de la nourriture). De plus, nous les dédommions si elles avaient eu à prendre le taxi et leur offrons un repas. Au total, durant ce séjour de recherche, nous avons effectué onze entretiens semi-directifs en français avec des femmes ouagalaises âgées entre 20 et 30 ans ainsi que 12 entretiens semi-directifs avec des femmes ouagalaises plus âgées (40 ans et plus). L'interprète a conduit seule les entretiens en moré, privilégiant ainsi une plus grande intimité et le confort de la répondante. Elle a ensuite assuré la traduction et la production des *verbatim*. Notre travail conjoint de 3 semaines aura permis à l'interprète de réaliser 6 entretiens avec des femmes de la nouvelle génération et 4

entretiens avec celles de l'ancienne génération. Les entretiens en moré et en français ont duré entre 29 minutes et 1 heure 30 minutes.

L'échantillon de départ comprenait 17 femmes de la jeune génération et 16 femmes de la génération antérieure. Toutefois, nous avons dû retrancher deux entretiens : les répondantes, une mère de la jeune génération – son enfant était décédé à la naissance – et une mère âgée – ses premiers enfants étaient nés en Côte-d'Ivoire, ne correspondaient pas aux critères de l'échantillon. Notre échantillon final compte donc 16 mères de la jeune génération et 15 mères de la génération antérieure. Notons que la saturation empirique (Pires, 1997 : 154) a été atteinte à 14 entretiens pour les deux groupes d'âge.

2.4.3.4 Outils de collecte

Le guide d'entretien (voir annexe 1) fut construit de façon à mettre en relief le parcours de vie de la répondante et plus spécifiquement sa première maternité. Il se divise en trois grands axes :

- La première partie du guide (1. Enfance et origine et 2. Contexte de la grossesse) s'intéresse à la période qui précède la maternité, c'est-à-dire l'enfance de la répondante et la rencontre de son mari ou du futur père de son enfant. Cette partie nous permettait de situer son parcours de vie et de saisir certains éléments de son profil sociodémographique.
- La deuxième partie du guide d'entretien (3. Grossesse, 4. Préparation à l'arrivée de l'enfant et 5. Accouchement) étudie la période prénatale. Nous désirions ici appréhender le réseau social de la répondante, l'utilisation qu'elle

faisait des soins de santé, le déroulement son accouchement et les conseils de son entourage féminin et médical.

- La troisième partie du guide d'entretien (6. Période post-natale, 7. Période post-partum et 8. Socialisation de la maternité) examine la période qui s'échelonne de l'accouchement au sevrage de l'enfant. Cette dernière partie nous permettait d'explorer le système d'aide et de soins qui se mettent en place à la suite de l'accouchement de la primipare, les pratiques traditionnelles et modernes de soin, l'apprentissage de la maternité par la primipare et la perception que la répondante a de sa maternité.

Le guide comportait quatorze (14) questions ouvertes, chacune comprenant une série de questions spécifiques. Nous avons utilisé le même guide d'entretien pour les deux groupes de l'échantillon. Toutefois, nous avons modifié la dernière partie, « *Socialisation de la maternité* », lorsqu'il s'agissait du groupe des femmes de la vieille génération. Nous les questionnions sur leur implication dans l'expérience de la maternité de leurs cadettes et sur leurs opinions à propos de ces dernières.

2.4.3.5 Profils des répondantes

Nous dressons ici un tableau comparatif du profil sociodémographique des répondantes, soit pour la jeune et l'ancienne génération.

Profils sociodémographiques des répondantes

		Jeunes femmes	Femmes âgées
Âge moyen		25 ans	51 ans
Ethnies	Mossi	13	11
	Bissa	1	2
	Tousian	1	0
	Gourroumsi	0	1
	Bwaba	0	1
	Dioula	1	0
Scolarité	Aucune	1	3
	Études primaires incomplètes	6	5
	Études primaires complétées	1	2
	Secondaire. 1 ^{er} cycle	7	4
	Secondaire complété	1	1
Emploi	Ménagères	8	6
	Petites commerçantes	4	2
	Service	3	0
	Fonctionnaires	0	1
	Étudiantes	1	0
	Retraitées (fonctionnaires)	0	3
	Accoucheuses	0	3
Religion	Catholique	7	6
	Musulmane	7	9
	Protestante	1	0
	N/d	1	0
Nombre de répondantes		16	15

Le terrain s'étant déroulé à Ouagadougou, nous remarquons que, sans surprise, les répondantes des deux groupes de l'échantillon sont principalement issues de l'ethnie Mossi.

L'âge moyen des femmes de la jeune génération est de 25 ans (extrêmes de 20 ans et de 29 ans). Elles sont faiblement ou pas scolarisées (primaire incomplet) dans 7/16 cas, moyennement scolarisées (primaire complété et/ou secondaire de premier cycle) dans 8/16 cas et assez scolarisées (secondaire complété) dans 1/16 cas. Les jeunes mères sont généralement ménagères (8/16 cas). Dans 4/16 cas, elles occupent un emploi rémunéré; les autres – 4/16 cas – sont de petites commerçantes. La moitié de l'échantillon est catholique, l'autre musulmane; une seule femme est protestante.

L'âge moyen des femmes de l'ancienne génération est de 51 ans (extrêmes de 41 ans et de 61 ans). Elles sont faiblement ou pas scolarisées (primaire incomplet) dans 8/15 cas, moyennement scolarisées (primaire et/ou secondaire de premier cycle complétés) dans 6/15 cas et assez scolarisées (secondaire complété) dans 1/15 cas. Elles occupent ou occupaient un emploi dans 7/15 cas, sont ménagères dans 6/15 cas et sont petites commerçantes dans 2/15 cas. Un peu plus de la moitié de l'échantillon est catholique et l'autre, musulmane.

Les principales différences entre les deux groupes de l'échantillon se situent donc dans le profil d'emploi et de scolarité : les jeunes mères sont moins nombreuses que les mères de l'ancienne génération à avoir un emploi, mais sont toutefois plus scolarisées. La différence d'âge des deux groupes de l'échantillon est de 26,8 ans. En ce sens, comme l'âge moyen au premier accouchement est de 21,8 ans pour la jeune

génération et de 19 ans pour l'ancienne génération, nous pouvons bel et bien affirmer qu'une génération sépare les deux groupes.

2.5 Méthodes d'analyse

2.5.1 L'organisation et le traitement des données

Tout d'abord, il faut spécifier que les 10 entretiens avec les femmes parlant moré ont été retranscrits lors de notre séjour à Ouagadougou. Il nous apparaissait essentiel de le faire sur le terrain afin de pouvoir effectuer un suivi avec l'interprète. Nous reviendrons sur l'importance d'une telle démarche dans la section consacrée aux défis rencontrés sur le terrain. De retour au Québec, une lecture de notre journal de bord nous a d'abord semblé nécessaire avant de débiter la retranscription des entretiens. L'audition parfois difficile de certaines parties des enregistrements et la présence de quelques barrières de langage a rendu la retranscription des 23 entretiens avec les femmes parlant français plus longue, soit 5 mois. Nous avons ensuite relu attentivement chaque entretien en soulignant les passages marquants et en notant en marge les idées principales et les mots-clés.

2.5.2 Réduction des données

Compte tenu de l'envergure de notre matériel (31 entretiens avec des femmes des 2 groupes d'âge), il nous est apparu essentiel de réduire notre matériel d'analyse. Nos objectifs de recherche étant de comparer les deux générations de femmes et de comprendre le déroulement de la maternité, l'analyse transversale s'est imposée comme l'outil d'analyse le plus pertinent. Nous avons donc « mis à plat » nos données en procédant à un découpage des entretiens. À la suite d'une relecture de nos entretiens et de la grille d'entretien, nous avons dégagé 20 catégories thématiques qui

nous permettaient de classifier les données de nos entretiens. Les catégories sont les suivantes : historique de la grossesse, vécu de la grossesse, expérience de l'accouchement, aide à la maison, réclusion post-natale, allaitement, baptême, attribution du nom, enterrement du placenta, croyances reliées à l'enfant, pratique de la « purge », soins médicaux à l'enfant, toilette de l'enfant, soins à la mère, abstinence post-partum, avenir de l'enfant, perception des différences entre les expériences de maternité, excision/circoncision, relation avec la belle-fille et signification de la maternité. Nous avons ensuite retranscrit pour chaque catégorie les données transmises par chaque répondante: les mots-clés, un résumé de ce qu'elle disait et les citations pertinentes.

2.5.3 Analyse des données

Après avoir classifié nos données, nous avons relu et annoté la mise à plat. À ce moment, bien que nous désirions présenter un portrait général de l'expérience de la maternité, nous avons choisi délibérément de ne pas aborder les problématiques de l'abstinence post-partum, de l'excision, de la circoncision, des soins médicaux donnés aux nouveaux-nés et des croyances traditionnelles liées à l'enfant. Compte tenu de la quantité des informations récoltées, nous avons décidé de nous concentrer sur des thèmes qui se rapprochaient davantage de l'entrée en maternité.

Nous avons ensuite synthétisé et comparé pour chaque catégorie thématique nos informations pour les femmes de la jeune génération et pour celles de l'ancienne génération en faisant ressortir les idées générales, les différences et les similitudes et en portant une attention particulière aux données émergentes. Ainsi, nous avons pu dégager quelques pistes d'analyse et hypothèses.

2.6 Défis rencontrés sur le terrain

Notre séjour de recherche s'est très bien déroulé, mais nous avons toutefois rencontré certains problèmes et questionnements, essentiellement liés au recrutement des membres de l'échantillon fait par l'interprète, aux attentes des répondantes et à la véracité des propos des femmes de l'ancienne génération.

Les premières répondantes recrutées par l'interprète ne répondaient pas tout à fait aux critères d'échantillonnage : 1 répondante (20 à 30 ans) avait eu un seul enfant décédé à 3 mois et 3 répondantes (20 à 30 ans) auraient été suffisamment scolarisées pour réaliser les entretiens en français. En ce sens, nous nous demandons si ces dernières correspondent au profil socioéconomique que nous visions par ces entretiens. De plus, l'interprète a réalisé 4 entretiens avec les jeunes mères (20 à 30 ans) avant de nous en montrer les résultats. Les premiers entretiens manquaient de profondeur parce que cette dernière ne faisait pas suffisamment de relances. Considérant la pertinence des données de ces entretiens, nous avons toutefois décidé de les conserver. Les entretiens réalisés après ces corrections, notamment avec les femmes de la génération antérieure, ont été nettement plus concluants. Somme toute, il aurait peut-être été intéressant de réaliser davantage d'entretiens avec les femmes de la nouvelle génération afin de compenser pour les premiers entretiens, mais nous avons manqué de moyens et de temps pour le faire.

Nous avons aussi éprouvé certains malaises face aux attentes de quelques répondantes. Comme l'ont remarqué Jean Poupart (1997) et Anne Laperrière (2003), il est difficile de savoir pourquoi un répondant accepte d'accorder un entretien. Pour notre part, nous croyons que certaines répondantes s'attendaient à une forme d'aide, à

élargir leur réseau social en ayant une connaissance en sol canadien, tandis que d'autres s'attendaient à de l'aide directe pour l'immigration au Canada.

De plus, lors des entretiens et de la retranscription, nous nous sommes questionnée sur la véracité de certaines données fournies par les femmes de la génération ancienne. Comme leur première maternité remonte en général à plus de 20 ans, nous avons peur que les répondantes aient transformé leur réalité en l'enjolivant et en se montrant notamment plus fortes qu'elles ne l'avaient été. Cela a peut-être été le cas. Toutefois, l'étude de Simkim (1991) démontre bien que le temps n'altère pas les souvenirs qu'a une femme de son premier accouchement. Cette étude, qui fut réalisée au cours des années 1960 et 1970, explique que les femmes se rappellent avec beaucoup de détails et de vivacité leur accouchement, même après 20 ans. En ce sens, nous pouvons croire que les informations recueillies auprès des femmes de l'ancienne génération sont authentiques.

Chapitre 3

L'expérience de la grossesse

Devenir mère est un objectif central pour toutes les femmes burkinabè. Ainsi, l'annonce de la grossesse d'une jeune femme est source de joie pour sa famille, son mari et sa belle-famille. Toutefois, depuis quelques années, ce bonheur ne semble plus être partagé par toutes les femmes : le taux d'avortement chez les jeunes femmes à l'entrée de la vie féconde est de plus en plus élevé (Rossier & *al.*, 2005), il y aurait un plus grand nombre de mères célibataires (Traoré, 2005) et on assisterait à une augmentation des grossesses non-désirées (Bardem & Gobatto, 1995). Comment expliquer cette transformation de l'expérience de la grossesse? Nous observerons dans ce premier chapitre comment les transformations du cadre de procréation (modalités de mise en union, formes d'union et aval de la famille) viennent influencer la grossesse, le désir d'avoir un enfant et le lieu de résidence de la primipare pendant sa grossesse. Nous verrons aussi comment les conseils médicaux et de leur entourage influencent les femmes quant au déroulement de leur grossesse.

3.1 Transformation du contexte de la grossesse

On l'a vu : le contexte dans lequel la grossesse survient influence son déroulement. Nous analyserons donc dans un premier temps les éléments de contexte suivants : la forme de l'union, l'aval de la famille et de la belle-famille, l'âge de la répondante lors de la grossesse, la scolarisation de la femme et le désir d'avoir des enfants.

3.1.1 Évolution du cadre de la procréation

Au Burkina Faso, le cadre par excellence pour une grossesse est, comme nous l'avons montré dans notre recension des écrits, le mariage. Comme le soulignent certaines études (Gobatto et Bardem, 1995; Adjamagbo et *al.* 2004; Traoré, 2005; Guiella et Woog, 2006) et comme le confirment nos données, cette forme d'union est moins privilégiée par la nouvelle génération que par l'ancienne.

Les femmes de la vieille génération étaient généralement mariées avant l'accouchement: 13 d'entre elles ont eu des grossesses intramaritales (2 mariages arrangés). La grossesse a eu lieu, dans la grande majorité, pendant la cohabitation maritale (11 cas). Seulement 2 femmes sont tombées enceinte avant le mariage. Nathalia (55 ans, accoucheuse, mariée, 4 enfants) fut l'une d'elles. Sous les pressions familiales et sociales, elle s'est mariée rapidement après la grossesse. Comme elle l'explique: *« j'ai parlé avec mon papa de ma grossesse, il n'était pas content, mais comme il y a le mariage qui venait, il a dit « ah tu as eu de la chance, si c'est comme ça. Sinon, vraiment je n'allais pas être d'accord » »*.

Confirmant les études antérieures (Bonnet, 1983; Locoh, 1988; Lallemand, 1993, cité par Mbambi, 2004; Bardem et Gobatto, 1995; Roth, 1996), le discours des femmes de la génération précédente révèle que le but premier du mariage est d'avoir des enfants et qu'une femme nouvellement mariée ne doit pas tarder à en avoir. Ainsi, quelques répondantes parlent de la pression exercée par leur belle-famille afin de favoriser la procréation. Comme le résume Marriam (55 ans, accoucheuse, mariée, 3 enfants), *« au bout de 12 mois obligatoirement tu dois avoir un bébé [...] sinon la belle-famille ne sera pas content [sic] »*. Malgré ce poids social, ces femmes savent

que l'expérience de la maternité leur permettra de s'épanouir et d'augmenter leur connaissance de la vie.

L'âge de la femme à sa première grossesse est aussi un facteur qui influence la réaction familiale. Certains parents de femmes de l'ancienne génération, particulièrement celles qui n'étaient pas mariées, jugeaient que la grossesse était venue trop hâtivement dans la vie de leur fille et que cela hypothéquerait leur avenir. Parallèlement, certaines qui tardaient à s'unir, donc à procréer, étaient vues comme des marginales par leur entourage. Sarrata Traoré (2005) a déjà montré à ce sujet que certaines femmes burkinabè, même fortement scolarisées, n'ont eu d'autres choix que de se marier pour avoir un statut social avantageux. L'une des femmes les plus scolarisées de notre échantillon (Marie-Jeanne : 58 ans, secrétaire, mariée, 3 enfants) nous dit à ce sujet : *« ma maman était la plus malheureuse des mamans, alors quand ils ont vu que y a un homme qui s'intéressait à moi, alors ils ont dit pourquoi ne pas se marier ainsi de suite. Bon et c'est comme ça on s'est marié. »*

Les travaux récents d'Anne-Emmanuèle Calvès (2007) ont montré que le nombre de femmes en milieu urbain au Burkina Faso ayant une grossesse en dehors du mariage était à la hausse. Nos données sur les femmes de la nouvelle génération confirment ces résultats: seulement 6 grossesses étaient intramaritales tandis que 10 étaient prémaritales. Nous remarquons que les rencontres entre les familles semblent remplacer la célébration du mariage traditionnel ou civil comme premier marqueur de l'entrée en union. Par exemple, Aïda explique (23 ans, ménagère, non mariée, un enfant): *« En Afrique quand tu rencontres un homme tu dois le présenter à tes parents, puis s'il y a du temps on le présente à toute la famille comme ça s'il vient y a pas de doute on sait que c'est lui qui te suit »*. Bien que le mariage soit le cadre pour

la procréation souhaité par la famille, il n'est plus toujours celui adopté par les jeunes adultes. Les modalités de mise en couple et les formes d'union sont plus diverses chez la jeune génération que chez l'ancienne. Nous observons les pratiques suivantes : rencontre des familles sans union civile ou mariage traditionnel (7 cas), rencontre des familles et mariage après la naissance de l'enfant (2 cas) et vie commune sans rencontre des familles (ces couples ne sont plus ensemble moins d'un an après la naissance de l'enfant) (2 cas). Ainsi, avant même de tomber enceinte et d'être mariées, quelques répondantes habitaient déjà avec leur copain. Au moment de la grossesse, la moitié habitait avec leur copain ou mari (8 cas) tandis que les autres habitaient toujours chez leurs parents (8 cas).

Malgré cette liberté apparente, l'aval de la famille et de la belle-famille à la grossesse et à l'union, comme l'ont souligné Isabelle Bardem et Isabelle Gobatto (1995) ainsi que Saratta Traoré (2004), est toujours important pour l'acceptation du conjoint et de la conjointe. Abdoula (23 ans, ménagère, non mariée, 2 enfants) nous dit: *« comme chez nous en Afrique, si tu n'es pas mariée d'abord, tu prends une grossesse comme ça, les parents, c'est des problèmes comme ça, surtout les Mossi. Mais ils étaient énervés, mais finalement à la longue ils ont accepté comme ça »*.

Bien que la pression des aînés soit moins forte sur les femmes mariées de la nouvelle génération, elles sont tout de même conscientes de la nécessité de procréer. Azetta (26 ans, petite commerçante, mariée, 1 enfant) nous rappelle cette obligation sociale: *« c'est ma vie, si y a pas la maternité tu vas souffrir beaucoup. Mon mari va chercher une autre femme »*.

3.1.2 Le désir d'avoir un enfant

Il existe chez les deux générations un lien fort entre le statut marital de la femme et le désir de la naissance. Cela est particulièrement probant chez les femmes de l'ancienne génération. Ces dernières (12 cas sur 13) désiraient presque toujours l'enfant qui devait naître. Toutefois, les choses semblent changer chez les jeunes femmes : la grossesse était désirée pour 9 femmes et non désirée pour 7 femmes – 4 d'entre elles étaient célibataires et 3 étaient en union sans être mariées. Nous remarquons que les femmes de la jeune génération non mariées désirent moins la venue d'un enfant; elles redoutaient l'annonce à leur famille. Ainsi, pour les deux générations, nous observons que les trois seules répondantes (2 jeunes et une âgée) qui ont songé à l'avortement n'avait pas reçu le consentement de leur famille pour leur union. À l'inverse, lorsque la maternité est conjugulée au mariage et que les femmes avaient antérieurement fait des fausses couches, le désir d'enfant chez les répondantes (2 jeunes et 2 âgées) était encore plus probant.

Certaines femmes de la nouvelle génération se sont senties désemparées face à la solitude de leur première grossesse. Celles qui ne bénéficiaient pas d'une présence féminine – surtout celle de leur mère – étaient anxieuses. Parce que ses parents étaient décédés et que sa belle-famille était au village, Abibou (28 ans, couturière, non mariée, 1 enfant) nous a parlé de cette solitude. Se sentant démoralisée et triste, elle s'est confiée aux sages-femmes qu'elles fréquentaient lors des visites prénatales. Elle nous dit : « *Ils [les sages-femmes] me disaient de pas me décourager, que ça peut arriver à tout le monde. Je lui ai dit que j'étais seule.* »

Les conjoints des répondantes, autant de l'ancienne que de la nouvelle génération, réagissent favorablement à l'annonce de la grossesse, particulièrement ceux dont les conjointes avaient vécu des grossesses interrompues. Quatre femmes de la jeune génération, toutes célibataires (2 cas) ou en union et non mariées (2 cas) lorsqu'elles sont tombées enceintes, reconnaissent toutefois un certain malaise et une ambivalence chez leur copain par rapport à leur grossesse. Une fois ce choc passé, les jeunes hommes ont accepté la grossesse et semblent avoir pris leurs responsabilités.

3.1.3 La découverte de la grossesse

La majorité des femmes de la nouvelle génération ont su rapidement qu'elles étaient enceintes : plusieurs savaient que l'arrêt des règles annonçait une grossesse (13 répondantes). Deux d'entre elles ont dit l'avoir su dès leur coït, car elles connaissaient leur période dangereuse. Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant) nous explique: « *moi quand je suis en période dangereuse y a mes seins qui grossissent.* » Finalement, une autre dit l'avoir su parce qu'elle était « malade ». La majorité des jeunes femmes en ont parlé par la suite à leur entourage féminin et sont allées à la SMI (service de santé maternelle et infantile) – c'est à cet endroit que les femmes effectuent leurs consultations prénatales.

Pour les femmes de l'ancienne génération, la prise de conscience de la grossesse a été plus difficile. Peu d'entre elles ont su qu'elles étaient enceintes à cause de l'arrêt de leurs règles. Celles qui ont reconnu ce signe (4 répondantes) comme indicateur de grossesse sont les plus scolarisées. Ces dernières ont en effet suivi des cours de puériculture à l'école. Malika (44 ans, ménagère, mariée, 3 enfants) nous dit: « *J'ai su ça parce qu'à l'école on faisait la puériculture. On montre*

quand ton cycle arrive et que tu ne vois pas ton cycle tu dois essayer de savoir ». Les autres femmes (11 cas) n'ont pas su par elles-mêmes, qu'elles étaient enceintes : 4 femmes l'ont appris en questionnant leur entourage sur la signification de l'arrêt des règles, 3 femmes n'ont pas eu leurs règles et sont allées consulter à la SMI et 4 autres ont appris qu'elles étaient enceintes par leur entourage qui soupçonnait leur état à cause de leurs agissements (vomissements, seins enflés et aspects du corps). L'ignorance est manifestement le lot de plusieurs de ces répondantes. Comme le reconnaît Nahema (59 ans, formatrice en agriculture, non mariée, 4 enfants) : *« j'étais ignorante jusqu'en ce temps, je ne savais même pas que c'était une grossesse quand j'ai vu que mon ventre grossissait comme ça, j'étais un peu surprise quoi et c'est là maintenant qu'on a dit que non c'était une grossesse »*.

On observe que c'est par l'entremise de d'autres femmes (belles-mères, mères, sœurs, sages-femmes) que les femmes de l'ancienne génération prennent connaissance de leur grossesse. Ce n'est pas par elles-mêmes qu'elles la reconnaissent, comme le font dorénavant les jeunes femmes. La connaissance qu'ont ces dernières des mécanismes de reproduction peut s'expliquer par une meilleure éducation sexuelle en milieu scolaire. En instaurant en 1993 le plan d'Éducation en Matière de Santé (EMS), l'État burkinabè a demandé aux écoles d'intégrer dans la formation un volet d'éducation sexuelle aux cycles primaire et secondaire.

Bien qu'une partie des femmes de la génération antérieure ait appris par leur entourage leur grossesse, la sexualité restait encore un sujet tabou entre ces dernières et leurs parents. Ainsi, ce n'est qu'au moment de la grossesse que l'on ose parler de sexualité. Malika (44 ans, ménagère, mariée, 3 enfants) nous dit à ce sujet : *« bon, en Afrique souvent les mamans n'aiment pas parler de ces... Non non. Donc tu vas*

découvrir toute seule (rire) les parents ne veulent pas parler de sexualité jamais. C'est comme... c'est la honte ». Une étude récente de Vinel (2005) sur les relations féminines chez les Mossi, qui concorde avec les observations de Bonnet (1988), montre que la honte et les tabous sont encore au cœur de la relation mère-fille. Cela expliquerait cette absence d'éducation sexuelle. Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant) nous parle aussi de cet interdit en insistant sur la notion de respect : « *Chez nous en Afrique on respecte beaucoup nos parents. Il y a des trucs, des sujets que tu peux pas aborder avec eux* ».

3.1.4 Lieu de résidence lors de la grossesse

Le mariage marque l'appartenance de la femme à sa belle-famille. À ce moment, il est de coutume d'y déménager. Malgré une plus grande liberté quant aux modalités de mise en union, nous remarquons que la moitié des femmes de la jeune génération respecteront cette pratique – 2 d'entre elles ont même déménagé chez leur belle-famille au village. Les autres répondantes, qui ne sont pas mariées, vivaient avec leurs parents (3 cas). Si les jeunes femmes mariées (4 cas/5) n'habitent pas avec leur belle-famille ou leur famille, elles vivent quand même tout près.

La dégradation des conditions économiques (accès au logement plus difficile, coût de la vie plus élevé, etc.) et le fait qu'un plus grand nombre de femmes de la nouvelle génération ne soient pas mariées lorsqu'elles tombent enceintes semblent être des facteurs qui ont une incidence sur le lieu d'habitation de la femme pendant leur grossesse. Le déménagement dans la belle-famille deviendrait donc peut-être pour certaines un moyen d'affirmer leur appartenance et de s'assurer une stabilité : elles désiraient par ce geste inciter leur copain à les prendre comme épouse (Bardem

et Gobatto, 1995; Traoré, 2005). En effet, le fait que le copain ait reconnu la grossesse ne semble pas être suffisant pour ces femmes, qui veulent plus. La majorité des jeunes femmes de notre échantillon, qui n'étaient pas mariées lors de leur première maternité, avaient comme objectif de le faire le plus rapidement possible. Certaines femmes nous disent: « on n'a pas encore fait, mais on va faire bientôt » ou encore « s'il plaît à Dieu ça va pas durer en tout cas avant qu'on se marie ». C'est que les femmes de la nouvelle génération veulent éviter que les événements tournent à la catastrophe. Par exemple, son copain ne voulant plus d'elle après la grossesse et n'étant pas mariée, Adjaratou (22 ans, gérante d'un télécabine, non mariée, 1 enfant) nous dit : « *ma mère était découragée mais elle savait que c'est pas de ma faute, comme c'est lui qui me veut pas, elle a dit de venir m'asseoir [de revenir vivre avec elle]* ». Une autre jeune répondante non mariée, Abibou (28 ans, couturière, non mariée, 1 enfant), nous explique que son copain l'a laissée après avoir appris que leur enfant était handicapé.

Malgré le poids de la tradition pour les femmes de l'ancienne génération, nous remarquons qu'elles n'ont pas respecté la règle de résidence patri-virilocal – 12 d'entre elles habitaient seules avec leur mari. Même si la belle-famille n'habitait généralement pas dans la même ville, nous notons qu'elles n'ont pas manifesté le désir d'y emménager. C'est que leur appartenance à la belle-famille avait déjà été en partie scellée par le mariage et par le déménagement avec leur mari.

Nous remarquons ainsi, par le lieu d'habitation, que les répondantes de la jeune génération furent davantage encadrées physiquement par des vieilles femmes que ne l'avaient été celles de la génération précédente. Nous verrons dans les

prochains chapitres comment cette cohabitation a eu un impact sur le déroulement de l'expérience de la maternité.

3.2 Continuité des conseils et soins lors de la grossesse

L'apprentissage de la maternité commence par l'expérience de la grossesse. C'est à ce moment que les femmes commencent à prendre conscience de leur responsabilité de mère. L'initiation aux soins et aux croyances entourant la venue de l'enfant se fait par l'entourage féminin et par les sages-femmes de la SMI. Bien que leurs conseils soient d'origines différentes, les uns émanant d'un savoir ancestral et les autres d'un savoir moderne, ils ne semblent pas être en conflit mais complémentaires. L'expérience de la grossesse oscillerait donc entre ces deux sphères interreliées, la cour (espace privé) où la femme prend connaissance de savoirs populaires et traditionnels, et la SMI (espace public), où sont transmis les conseils médicaux et où est effectué le suivi de la grossesse. Nous verrons dans cette partie comment les conseils de l'entourage de la femme et les recommandations des sages-femmes jouent un rôle primordial dans l'expérience et le déroulement de la grossesse.

3.2.1 La cour : conseils et croyances de l'entourage féminin

L'aide et les conseils fournis aux femmes viennent presque exclusivement de d'autres femmes et, dans quelques rares cas, d'hommes du même âge que les répondantes. N'habitant pas à proximité de leur belle-famille, les femmes de l'ancienne génération ont reçu majoritairement des conseils de vieilles femmes qui partageaient leur cours, de membres de leur famille et d'amies. Ainsi, comme nous l'explique Malika (44 ans, ménagère, mariée, 3 enfants), c'est par souci de solidarité,

de soutien mais aussi parce qu'elles sont redevables que les aînées du voisinage donnent des conseils à leurs benjamines. Elle nous dit : « *J'ai fait comme si c'était mon enfant. Voilà, en Afrique c'est comme ça, parce qu'un jour, elle aussi, elle peut t'accompagner* ». Nous remarquons que les femmes de la nouvelle génération, bien que la majorité des conseils viennent de leur mère, de leur belle-mère et de femmes expérimentées, reçoivent davantage de conseils de leurs amies que n'en avaient eues les femmes de l'ancienne génération. Cela est particulièrement probant chez les jeunes femmes non scolarisées.

Les croyances et conseils qui sont fournis par l'entourage féminin se divisent en trois groupes : restrictions alimentaires, restrictions comportementales et conseils de vie. La pression sociale étant très forte et les croyances traditionnelles solidement ancrées, ces conseils sont généralement suivis par les femmes. Les futures mères, de la nouvelle génération et de l'ancienne, reconnaissent généralement la sagesse et le savoir de leurs aînées. Massoma (42 ans, ménagère, mariée, 4 enfants), nous dit à ce sujet : « *c'est une vieille, mon vieux, mais elle connaissait beaucoup !* »

Nous remarquons que certaines restrictions alimentaires sont liées à la peur de la perte de l'enfant. Doris Bonnet (1988 : 32) rappelle l'aspect « jamais acquis » de la grossesse : « tant que celle-ci n'est pas arrivée à terme, le danger plane sur la femme. » Ce risque est généralement associé aux génies qui voudraient faire du mal à l'enfant. En ce sens, les femmes doivent éviter les aliments sucrés (miel) qui leur sont associés. Bien que les femmes craignent la venue de ces esprits maléfiques, le respect des restrictions alimentaires, comme le souligne Nathalie Avril (2003) dans une étude sur l'alimentation en milieu rural burkinabè, n'est pas uniquement lié à cette croyance : elles ont également peur que leur enfant soit trop gros. Ainsi, la majorité d'entre

elles ne mangeront pas de mangue, d'orange, de sel, d'œuf et ne boiront pas de lait. Le respect de ces interdits est donc lié, chez les répondantes de la jeune génération, à la crainte de devoir subir une césarienne. Elles appréhendent autant l'intervention que ses coûts. Sans toutefois mentionner la peur de la césarienne, les femmes de la génération antérieure se préoccupaient aussi de la grosseur de leur premier enfant. Selon les explications d'Élizabeth Ewonbé-Moundo (1991 : 59), les appréhensions des futures mères seraient liées au souci constant des mères d'avoir « un bel enfant ». Malgré ces craintes et ces croyances, nous remarquons que la moitié des jeunes femmes et que le quart des femmes de la génération précédente n'ont pas respecté les interdits concernant le sel et lait.

Les restrictions comportementales semblent avoir été plus présentes dans les mœurs de l'ancienne génération que dans celles de la nouvelle. Les femmes de la vieille génération semblaient, durant leur grossesse, appréhender un accouchement difficile. Nous observons que plusieurs de ces dernières croyaient que le travail, la purgation avec de petites feuilles blanches et l'absence de paresse amélioreraient les chances d'avoir un accouchement aisé. Le repos durant la grossesse rendrait l'enfant paresseux; il « *dormira à l'intérieur* » nous dit Maimouma (57 ans, accoucheuse, mariée, 3 enfants), une mère de l'ancienne génération. Les répondantes de l'ancienne génération ont d'ailleurs souvent dénoncé, durant les entretiens, la paresse de leur fille durant leur grossesse. Massoma (42 ans, ménagère, mariée, 4 enfants) nous dit à ce sujet : « *Quand elle [sa fille] était en grossesse, elle voulait rien faire, se coucher comme ça, les femmes là ont parlé, parlé jusqu'à ce que moi j'ai entendu. Même se lever, aider, travailler à préparer, elle faisait pas ça* ». Quant aux femmes de la jeune génération, les seules restrictions comportementales auxquelles elles font face sont de

ne pas fendre du bois (cela pourrait blesser l'enfant) et de ne pas se coucher sur le dos. Dans un cas pareil, l'enfant pourrait être étranglé par le cordon ombilical qui s'enroulerait autour de son cou. À l'inverse, les femmes de la génération précédente ont eu comme recommandation de ne pas se coucher sur le ventre.

Lors de la grossesse, les femmes prennent conscience que leur statut social et que leur vie vont changer. La nouvelle génération de femmes a reçu davantage de conseils à ce sujet : on leur a dit « *qu'elles ne seront plus seules et qu'elles devront prendre dorénavant soin de l'enfant* ». Malgré le peu de conseils reçus à cet égard, les répondantes de la génération précédente étaient bien conscientes que leur maternité serait différente de celle de leurs propres mères. Certaines s'expliquent ce changement par l'éducation qu'elles ont reçue et par le fait qu'elles ont vécu leur grossesse en milieu urbain. Une répondante nous a même dit avoir eu une « *grossesse moderne à l'européenne* » (Marie-Jeanne: 58 ans, secrétaire, mariée, 3 enfants), à l'abri des pratiques traditionnelles des vieilles femmes. Toutefois, certaines se sont davantage conformées au désir de la belle-famille. Nafissatou (61 ans, trieuse à la banque, mariée, 4 enfants) est allée au village de son mari pour participer au rituel qui permettrait à la belle-famille de reconnaître que l'enfant est bien un des leurs.

3.2.2 SMI : Visites et conseils

Les visites à la SMI commencent généralement à trois mois pour les deux groupes de l'échantillon. Toutefois, nous remarquons que la fréquentation est plus élevée chez les jeunes répondantes (4 visites) que chez les celles de l'ancienne génération (2 à 3 visites). Cela peut s'expliquer par deux facteurs. Premièrement, le nombre de SMI et de maternité a augmenté, ce qui permet aux femmes d'y avoir plus

facilement accès. De plus, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'État fait maintenant la promotion des visites prénatales par le biais du système d'éducation et par de la sensibilisation populaire. Malgré une meilleure connaissance de la grossesse, certaines femmes, jeunes et âgées, ont toutefois « honte » de s'y rendre seules. Tout de même, les deux tiers des femmes des deux générations s'y sont rendues seules pour la première visite.

Bien que d'autres raisons aient été mentionnées, nous considérons que l'un des principaux critères qui motivent le choix d'une SMI pour les femmes de l'ancienne génération est sa proximité du lieu de résidence. À cette époque, les centres de soins étaient moins nombreux et les femmes n'avaient souvent pas d'autres choix que se rendre à celui qui était à proximité de leur résidence. Nous observons que les autres raisons invoquées par les répondantes âgées – la connaissance du personnel de santé, le choix du copain ou de l'aînée, l'observation des habitudes des voisines et les conseils des femmes – sont en fait des conséquences et des causes de la proximité de la SMI. Par exemple : les sages-femmes sont parfois les voisines de la femme, les voisines partent au centre de santé du secteur, etc. Outre la proximité de la SMI, nous observons que pour la jeune génération, la réputation et l'aspect humains de la SMI (Willems, 1997 : 11; Swedy 1997 : 60) deviennent des facteurs très importants quant au choix du lieu de consultation. Avec la multiplication des centres de soins, elles peuvent prendre en considération divers facteurs avant d'effectuer leurs choix.

Les examens prénataux se ressemblent d'une génération à l'autre : les agents de santé ont effectué des prises de sang, ont mesuré le ventre de la femme, ont effectué des touchés sur le ventre et des doigtés vaginaux, ont analysé l'urine et ont

pris la température. Les répondantes de la vieille génération auraient, de plus, reçu un vaccin contre le tétanos. Les femmes des deux générations ont suivi les conseils donnés par les sages-femmes de la SMI. Les principaux conseils étaient de « ne pas s'inquiéter », de bien s'alimenter (ne pas manger de sel), d'être propre et de ne pas effectuer de travaux lourds. Notons que ce dernier conseil a été davantage respecté par les répondantes de la nouvelle génération que par celles de l'ancienne: les jeunes avaient généralement de l'aide à la maison – elles habitaient avec ou à proximité de la belle-famille et avaient parfois une « garde-bébé ». Bien que la majorité des conseils des sages-femmes soient similaires, nous notons que les femmes de la génération précédente ont été davantage sensibilisées au fait qu'elles ne devaient pas tarder avant de se rendre à la maternité en cas de douleur. La moitié des jeunes répondantes ont quant à elles dit recevoir le conseil de prendre des comprimés anti-paludisme ou pour le fer. Au terme de cet examen prénatal, les femmes n'ont pas posé de questions. Elles étaient généralement intimidées par l'autorité qu'imposaient les sages-femmes.

Chapitre 4

L'accouchement

Les résultats que nous présenterons dans ce chapitre ont été révélés par trois méthodes de récolte de données : les entretiens avec les répondantes de deux générations de femmes, les entretiens avec les sages-femmes et l'observation directe effectuée avec les femmes de la nouvelle génération. Comme les propos des femmes sur le déroulement de leur accouchement n'étaient pas toujours complets, l'observation et les entretiens avec les sages-femmes se sont avérés être une source de données complémentaires précieuse. Cela nous a permis de mieux appréhender la dynamique de la salle d'accouchement, les relations primipare/sages-femmes, les méthodes d'accouchement et l'organisation de la maternité. À la lumière de ces résultats, nous comprenons davantage l'expérience de l'accouchement et la façon dont celle-ci a évolué au fil des générations. Dans ce chapitre, nous nous intéresserons d'abord au réseau social de la primipare et à son organisation lors du début des douleurs de l'accouchement. Dans un deuxième temps, en décrivant un cas typique d'accouchement d'une jeune femme, nous illustrerons l'expérience de l'accouchement pour la nouvelle génération afin de la comparer, par la suite, avec celle de la génération précédente. Finalement, nous analyserons les agissements des sages-femmes et verrons en quoi ceux-ci viennent modeler l'accouchement.

4.1 Bouleversement dans la prise en charge du début du travail

Dans cette partie, nous nous attacherons aux réactions et aux agissements de la femme au début des douleurs de l'accouchement. Cela nous permettra d'observer

l'incidence de la scolarisation sur les femmes à travers une génération, de comprendre l'organisation du réseau social et de voir l'influence de ce dernier sur l'accouchement. Finalement, nous verrons comment le soutien apporté à la primipare se modifie à cause des nouvelles recommandations des maternités.

4.1.1 La reconnaissance des signes

Reconnaissant l'importance de promouvoir et d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et de rendre accessibles les soins de santé primaires, le gouvernement burkinabè adhère, en 1987, à l'*Initiative de Bamako*. Dans cette foulée, les grandes organisations internationales créent le programme pour une *Maternité sans risque* (MSR). On y reconnaît le lien qui unit la capacité de reconnaître « les signaux d'alarme pendant la grossesse et l'accouchement » (UNICEF, 2002) avec l'éducation. Malgré son adhésion au MSR, ce n'est qu'en 1998 que le Burkina Faso se dote d'un plan stratégique similaire. Depuis l'initiative MSR, les mesures appliquées par l'État burkinabè afin d'améliorer l'éducation des jeunes femmes en matière de santé reproductive (promotion de la santé à l'école, campagne de publicité et sensibilisation par les agents de santé) semblent porter fruit. Une étude de Ouedraogo et *al.* (2006), portant sur les expériences d'adolescentes en santé reproductive et sexuelle, montre en effet que la principale source d'information concernant la grossesse au Burkina Faso est l'école. Les résultats de notre enquête montrent l'impact positif de ces enseignements sur la grossesse : l'identification des premiers signes du travail se fait plus aisément parmi les femmes de la nouvelle génération que parmi celles de l'ancienne. Les maux de ventre intenses comme moment déclencheur du début du travail de l'accouchement ont été reconnus par les deux tiers des répondantes de la

jeune génération et, comparativement à 4 vieilles répondantes. Notons que ces femmes étaient scolarisées : les jeunes avaient obtenu au moins un CEP et les plus âgées avaient toutes suivi un cours de puériculture (formation scolaire sur les soins à donner aux enfants, sur la sexualité et sur la vie familiale).

Les répondantes de la nouvelle génération qui ont reconnu plus difficilement les premiers signes du déclenchement de l'accouchement étaient généralement moins scolarisées (5 cas /6). Comme ce fut le cas pour la génération précédente, ces femmes n'avaient pas facilement accès à de l'information « formelle » ou à la sensibilisation populaire; elles ont confondu les premiers signes du travail avec les malaises physiques qu'elles avaient habituellement : maux de ventre, envie d'uriner et début de crise de paludisme.

Malgré la reconnaissance des signes du début du travail, certaines femmes de la jeune génération qui habitaient avec leur belle-famille sont restées silencieuses lorsque ces signes se sont manifestés. Puisque la plupart d'entre elles vivaient des grossesses prémaritales, il est possible que le statut civil de leur couple ait joué. N'étant pas mariées, ces femmes connaissaient leur belle-famille depuis peu de temps, c'est-à-dire depuis le début de leur grossesse. Leur silence pourrait ainsi s'expliquer par de la timidité et de l'inconfort vis-à-vis de leur belle-famille. Ces femmes nous ont confié qu'après quelques heures d'attente, lorsqu'elles réalisaient que les douleurs persistaient, elles se résignaient à aller voir leur belle-mère. Adjaratou (22 ans, gérante d'un télécentre, non mariée, 1 enfant), nous dit à ce sujet : « *Non je n'ai pas parlé pourtant ça faisait beaucoup mal mais (...) je ne savais pas.* » Le malaise d'Adjaratou s'explique certes par de la timidité mais peut-être, aussi, par la honte de sa condition. Socialement stigmatisées (Rossier, 2005), les jeunes femmes

vivant des grossesses prémaritales ont pu intérioriser un sentiment de honte et auraient ainsi de la difficulté à signifier à leur belle-famille ou à leur conjoint le début du travail. En effet, on ne retrouve pas ce silence autour du début des douleurs chez les autres jeunes répondantes qui étaient mariées et qui habitaient seulement avec leur mari: elles ont presque toutes (5 cas/6) signifié immédiatement à ce dernier le début des douleurs. L'acceptation de la relation par la belle-famille mettrait peut-être les jeunes femmes en confiance et celles-ci seraient plus enclines à révéler le début des douleurs. Ayant eu des grossesses maritales et ayant presque toutes vécu seules avec leur mari, les femmes de la vieille génération ne semblent pas avoir connu ce sentiment de honte et de timidité face à leur entourage (belle-mère, belle-sœur et voisine) lors de l'annonce du début du travail.

Lors des premiers signes de douleur, la moitié des répondantes de la nouvelle génération déclarent s'être référées à leur belle-mère, avec qui elles habitaient. Les autres répondantes, qui n'habitaient pas avec leur belle-famille, ont fait appel à leur conjoint (4 cas) ou à une aînée de leur famille (4 cas). Les femmes de l'ancienne génération déclarent avoir bénéficié de ressources plus diversifiées : conjoint (5 cas), belle-sœur (3 cas), belle-mère (3 cas), vieille voisine (2 cas), tante (1 cas) et petit frère de son conjoint (1 cas). Ces différences intergénérationnelles s'expliquent peut-être par le fait que les répondantes âgées vivaient généralement seules avec leur mari et qu'elles n'habitaient pas à proximité de leur belle-famille ou de leur famille. Elles n'avaient parfois pas d'autres choix que de recourir à une femme expérimentée en qui elles avaient confiance. Nadine (45 ans, ménagère, mariée, 3 enfants), souligne d'ailleurs que « *l'accouchement surprend toujours et s'il y a l'entente avec la voisine, elle peut t'accompagner* ». Pour les deux générations, nous remarquons que lorsque

le conjoint est la première personne contactée, il va immédiatement chercher une vieille femme et ce, afin qu'elle conseille sa conjointe.

4.1.2 Le départ pour la maternité

Le délai qui sépare le début des douleurs et l'arrivée à la maternité est fortement influencé par la personne-ressource que la femme consulte à ce moment et par son éducation (Ouedraogo, 1993; Dabiré, 2001). Comme la majorité des femmes de l'ancienne génération étaient ignorantes du déroulement de l'accouchement et que le mari était la principale personne-ressource (bien qu'il ait été chercher une femme d'expérience à ce moment), les deux tiers d'entre elles sont immédiatement parties à la maternité, dès le début des douleurs. Après coup, plusieurs de ces répondantes plus âgées nous ont confié y avoir été trop rapidement. L'expérience de Mai (49 ans, secrétaire, mariée, 4 enfants) en est un bon exemple. N'ayant reçu que peu d'information sur le déroulement de l'accouchement et vivant seule avec son conjoint, elle était partie très tôt à la maternité. Les sages-femmes lui ont suggéré de retourner à la maison et de revenir lorsque son travail serait plus avancé. Elle nous explique : *« comme je ne connais pas je préférais rester là-bas à la maternité »*. L'absence d'une personne-ressource d'expérience et le manque d'informations pertinentes sur l'accouchement incitent la femme à demeurer à la maternité, où elle se sent davantage en sécurité. Comme pour les femmes de la génération précédente, les répondantes de la nouvelle génération qui sont parties rapidement à la maternité (6 cas) – toutes mariées – sont celles qui vivaient seules avec leur mari et qui n'avaient pas, près d'elles, de femme expérimentées en qui elles avaient pu avoir totalement confiance.

Le délai s'explique sans doute par le manque de formation scolaire et par la personne-ressource, mais aussi par la pauvreté de l'information transmise par les aînées sur le déroulement de l'accouchement. Ces dernières favorisent l'ignorance de leurs benjamines sur cette expérience, poursuivant ainsi une culture de la honte (Bonnet, 1988). La vieille voisine de Massoma (42 ans, ménagère, mariée, 4 enfants), lui dira au sujet du déclenchement du travail: « *Que ah qu'il faut attendre, tu finiras par savoir ce que c'est l'accouchement!* » Cette méconnaissance des femmes pourrait aussi s'expliquer par le fait que l'apprentissage dans la société burkinabè ne se fait pas par anticipation mais par progression (Ouedraogo et al., 2006 : 24). La femme apprendra donc en temps et lieu ce qui l'attend; c'est au moment même de leur accouchement et de leur maternité, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, que les femmes acquièrent leurs connaissances.

En revanche, les femmes de la nouvelle génération qui ne vivaient pas avec leur mari au moment de la grossesse se sont rendues plus tard à la maternité. Cela s'explique par le fait qu'elles habitaient souvent avec leur belle-famille ou avec leur famille, ayant ainsi accès à une femme de référence. Et pour ces conseillères plus âgées, aller rapidement à la maternité causerait la fatigue des primipares et ne ferait qu'augmenter la durée du travail. Nafissatou (61 ans, trieuse à la banque, mariée, 4 enfants), nous dit au sujet de sa propre maternité et de celles de ses filles : « *si c'est ta première grossesse, il faut attendre un peu. Si tu es allée trop traîner à la maternité, ça va te fatiguer et aussi tes choses [accompagnantes]. Alors moi j'ai préféré attendre un peu et quand ça a chauffé, ils m'ont amené jusqu'à Yalgado.* » Malgré cet inconfort, il est désormais recommandé par l'État (*Plan stratégique pour une*

maternité à moindre risque : 2004-2008, 2004) de se rendre rapidement à la maternité. Un maïeuticien avec lequel nous nous sommes entretenue abonde en ce sens en disant que « les principales raisons de la mortalité maternelle sont liées au fait que les femmes arrivent trop tardivement à la maternité : elles sont déjà en hémorragie ou en rupture utérine ».

4.1.3 Le rôle des accompagnantes à la maternité

Traditionnellement, c'est la belle-mère qui s'occupe de sa belle-fille lors de son accouchement. Cela a été davantage le cas chez la jeune génération que chez l'ancienne, ce qui s'explique par le fait que les jeunes femmes habitent beaucoup plus souvent avec leur belle-famille au moment de leur première grossesse que les femmes des générations antérieures. Ainsi, les accompagnantes de ces dernières sont des voisines (5 cas), des belles-mères (3 cas), des belles-sœurs (2 cas), une grand-mère (1 cas), une amie sage-femme (1 cas), une vieille femme (1 cas) et une tante (1 cas). Lorsque la belle-mère ne peut accompagner la primipare à la maternité, les jeunes répondantes ont eu recours à une voisine âgée ou à leur propre mère.

Considérant que l'accouchement prend souvent la femme par surprise, les accompagnantes ne sont pas toujours celles qui avaient été choisies au préalable. Nabilla (46 ans, ménagère, mariée, 4 enfants), nous dit que « *si elles* [les femmes du voisinage] *apprennent que tu es partie, ils* [elles] *viennent* ». Ce soutien peut certes s'expliquer par le fait que ces femmes ont déjà vécu cet événement et qu'elles désirent aider leurs consœurs. Au-delà de l'expérience de l'accouchement, cette entraide entre les femmes est en fait un bel exemple de l'organisation de la vie sociale burkinabè; le tissu social est construit autour de l'idée de « partage » (Imfield, 1987).

Dans une société où la dette sociale régit les rapports communautaires, chacun est disposé à être serviable parce qu'il est redevable envers tous les autres. En ce sens, les liens que ces femmes nouent entre elles leur permettront d'agrandir leur réseau social et ainsi d'améliorer leur chance d'avoir de l'aide pour combler un besoin éventuel.

La forme d'accompagnement semble s'être transformée dans le temps. Lorsque les femmes de l'ancienne génération accouchaient de leur premier enfant, les accompagnantes pouvaient entrer avec elles dans la salle d'accouchement et, ainsi, la conseiller, la consoler et l'orienter. Selon nos observations et le résultat de nos entretiens – exception faite de 3 répondantes qui connaissaient le personnel soignant –, les accompagnantes n'ont plus, aujourd'hui, accès à la salle d'accouchement. Pour Nabilla (46 ans, ménagère, mariée, 4 enfants), cette transformation témoigne d'un changement de mentalité face au vécu de la maternité. Selon elle, ce va-et-vient des accompagnantes augmenterait la propagation des maladies. Bien qu'elle ait seulement fréquenté l'école jusqu'en CE1, la répondante semble croire que les maladies ou les malaises liés à l'accouchement ne sont plus uniquement, comme on le croyait autrefois, le jeu de génies et de forces maléfiques. De plus, toujours selon Nabilla, « *la sauvegarde de l'honneur* » de la parturiente serait une raison de l'interdiction de l'accès des accompagnantes à la salle d'accouchement. Comme elle explique : « *c'est peut-être aussi que les gens disent que si les gens rentrent et puis tu pleures, après on va prendre ça pour causer avec les voisins* ». L'étude de Ouattara (1999, cité par Zongo, 2004), qui a démontré que la parturiente devait supporter la douleur en témoignant d'un grand contrôle, nous permet de comprendre davantage les propos de Nabilla concernant le bavardage des autres femmes sur l'accouchement d'une

primipare. Absentes de la salle d'accouchement, les aînées ne peuvent plus discuter des faits et gestes de leurs benjamines et juger de leur manque de contrôle, ce qui mettait à mal leur réputation. En contrepartie, nous verrons dans la prochaine section comment cette absence des accompagnantes dans la salle d'accouchement laisse une grande place aux abus des primipares par les sages-femmes.

4.2 Changements et continuité dans le déroulement de l'accouchement

Cette analyse du début du travail, du départ pour la maternité et du rôle des accompagnantes nous a permis de mieux comprendre l'influence de la scolarisation et du statut marital sur les femmes ainsi que l'organisation du réseau social des répondantes et la façon dont il s'est modifié. Nous désirons maintenant nous attacher au déroulement de l'accouchement. Pour ce faire, nous mettrons à contribution, en plus des données de nos entretiens avec les femmes, nos observations et de nos entretiens avec les sages-femmes. Nos observations ayant eu lieu en 2006, nous nous intéresserons donc plus particulièrement à la description de l'accouchement des jeunes femmes aujourd'hui. Comme la majorité d'entre elles accouchent à la maternité, nous décrirons, à l'aide des résultats de nos observations, un cas typique d'accouchement d'une primipare avec une sage-femme. Mais nous nous attacherons d'abord à deux cas isolés de notre échantillon, celui de femmes qui ont accouché de leur premier enfant à la maison. Cela nous permettra de comprendre les limites de l'utilisation des soins de santé. Ainsi, après avoir saisi la dynamique de l'accouchement à Ouagadougou, nous pourrons amorcer la comparaison des expériences d'accouchements selon la génération en nous attachant aux interventions pratiquées par les sages-femmes et à l'appréciation de leurs gestes.

4.2.1 Dynamique de l'accouchement

4.2.1.1 Accouchement à domicile : cas isolés

Contrairement à certaines idées reçues, le pourcentage de femmes vivant à Ouagadougou qui accouchent de leur premier enfant à la maison est faible : seulement 4,7% (EDS, 2003). Si une répondante de la jeune génération y a accouché involontairement, c'est qu'elle a trop tardé à se rendre à la maternité. À l'inverse, lorsque la répondante issue de la vieille génération a accouché à la maison, c'est qu'elle l'avait consciemment décidé. Noémia (61 ans, ménagère, mariée, 3 enfants (12 grossesses)) nous explique ce choix :

À cette époque, si une femme partait accoucher dans une maternité, c'est que son mari travaillait. Moi, mon mari ne travaillait pas, nous n'avions pas les moyens financiers pour cela. C'est pourquoi je suis allée accoucher de mes deux premiers enfants dans ma belle-famille au village, les autres sont nés à Ouaga.

Assistée par les aînées du village, Noémia a donc accouché sur des pagnes le dos au sol. À l'aide d'encouragements, du soutien et de conseils des vieilles femmes de son entourage, elle a donné naissance, sans complications, à son premier garçon. Contrairement à ce que révèlent les pratiques observées à l'hôpital et les résultats de nos entretiens, Noémia nous a dit que le cordon n'avait pas été coupé lors de la sortie de l'enfant : les femmes qui l'assistaient ont attendu que le placenta soit totalement sorti avant de le faire. De plus, lors de la délivrance (l'expulsion du placenta) et de l'accouchement, elles ont appuyé sur le ventre. Après la naissance, comme l'enfant était en bonne santé, Noémia ne s'est pas rendu au dispensaire pour vérifier les signes vitaux.

Adila (27 ans, petite commerçante, mariée (coépouse), 2 enfants), a elle aussi accouché à la maison sous les conseils de sa coépouse et des femmes âgées du voisinage. Ayant trop tardé à se rendre à la maternité du secteur 15 de Ouagadougou, les voisines lui ont conseillé d'accoucher à la maison. Comme elle était consciente de son ignorance face à l'accouchement et était anxieuse – elle avait fait une fausse-couche au cinquième mois d'une grossesse antérieure –, elle a écouté les conseils des femmes de son entourage. Ces dernières qui l'ont assistée ont exécuté des pratiques similaires à celles vécues par Noémia : elles n'ont pas coupé le cordon ombilical avant la sortie du placenta et ont aussi appuyé sur son ventre pendant de l'accouchement. Selon les sages-femmes que nous avons interviewés, cette pratique de pression sur le ventre était anciennement tolérée (la génération de Noémia), mais est maintenant proscrite. Dès la naissance de son enfant, Adila est allée à la maternité où l'attendait une sage-femme, qui était une amie de son conjoint. Connaissant cette dernière, elle n'a pas été réprimandée. En temps normal, la sage-femme aurait été furieuse qu'elle ait accouché à domicile.

Ces deux cas isolés révèlent certaines limites de l'utilisation des centres de soins par les femmes. Dans un premier temps, avec Noémia, nous constatons que les coûts liés à l'accouchement est le principal facteur qui a influencé son choix. En fait, comme son mari a obtenu un emploi après la naissance de son deuxième enfant, ces autres bébés sont nés à la maternité et non au village. Le manque de ressources financières ne sont pas, en revanche, des facteurs qui ont poussé Adila à accoucher à la maison. Tout nous porte à croire que la mésentente avec sa coépouse et son ignorance sur les modalités de l'accouchement ont retardé l'annonce du début des douleurs. Nous voyons donc l'importance de la confiance entre la personne-ressource

et la primipare ainsi que de la nécessité d'une meilleure diffusion de l'information sur le déroulement de l'accouchement.

4.2.1.2 Accouchement d'une primipare : cas typique

À l'arrivée de Philomène à la maternité, une primipare de 23 ans, les sages-femmes l'examinent pour ensuite la faire patienter avec ses accompagnantes dans la salle d'attente. Lors de son arrivée, le personnel s'assure que cette dernière pourra défrayer les coûts liés à son accouchement (6500 fcfa) – les frais de gestion, les frais d'hospitalisation (chambres à des prix divers), les frais pour les actes médicaux et les frais liés au matériel (le « kit », le *Synthocinon* et les produits désinfectants tels que l'eau de javel). Lorsque le travail de Philomène devient plus intense, elle se déplace dans la salle d'accouchement. En ce lieu, au CMA du secteur 30, il y a généralement deux sages-femmes, une accoucheuse et une fille de salle (elle nettoie la salle après les accouchements). Lors de l'entrée de Philomène dans la salle, les sages-femmes donnent une ordonnance à son accompagnante, qui doit se procurer le « kit » d'accouchement: des paires de gants stériles, un clan de bosse (pour le cordon ombilical) et une seringue pour le *Synthocinon*, un médicament qui favorise les contractions utérines lors de la délivrance. Après avoir passé quelques instants sur la table d'accouchement, Philomène reçoit une injection de *Synthocinon* tandis qu'on lui met un masque à oxygène. Les sages-femmes lui parlent durement et leurs gestes sont peu délicats : l'osculution du col se fait brusquement. À ce moment, Philomène bouge, elle donne des coups de pied. Pour la calmer et la ressaisir, on la frappe sur les fesses. L'explication de la poussée par la sage-femme se fait fortement et de façon très directive: « il faut pas me donner des coups de pieds », « ça va sortir, soulève

tes fesses », « écarte tes pieds, ferme ta bouche, respire, bloque ta respiration quand tu sens que le mal vient et pousse, comme si tu allais chier » et « elle n'écoute pas ce qu'on lui dit ». Philomène ne coopérant pas bien, la sage-femme commence à s'énerver parce qu'elle s'inquiète pour la santé de l'enfant. On appelle donc en renfort son accompagnante afin qu'elle la calme. Philomène ne réussit pas à se ressaisir, et la sage-femme décide de ne plus superviser l'accouchement. Elle laisse la place à une collègue qui lui fera une épisiotomie; comme elle est excisée, son vagin est moins extensible. Malgré l'interdiction de l'État d'effectuer des pressions sur le ventre, la sage-femme s'exécute et entre l'autre main dans son vagin pour aller chercher l'enfant. Ce dernier naît en bonne santé. Après la naissance, on vérifie les signes vitaux du garçon, on l'emmailote dans un pagne, on le dépose sur une table et, vingt minutes plus tard, on le remet à l'accompagnante. Durant la délivrance, la sage-femme explique doucement à Philomène le déroulement des prochaines étapes. Cette dernière s'excuse auprès des sages-femmes de son attitude désagréable. Finalement, après avoir pesé et aspergé le placenta d'eau de javel, on le remet à l'accompagnante. Finalement, les sages-femmes cousent son périnée. Philomène se repose quelques instants dans la salle.

4.2.2 Les pratiques d'intervention des sages-femmes

Après avoir mis en lumière la dynamique de l'accouchement dans une maternité par la présentation d'un cas typique que nous avons observé, attachons-nous à l'évolution des pratiques d'intervention des sages-femmes. À l'exception des deux femmes qui ont accouché à la maison, la position gynécologique a été adoptée par toutes les femmes de notre échantillon. Cette tendance a été, de plus, confirmée

par nos observations à la maternité du CMA. Malgré le fait que les sages-femmes connaissent d'autres positions d'accouchement, la position gynécologique est favorisée parce qu'elle accélèrent leur travail d'intervention, leur donne accès au vagin de la mère plus facilement et permet, lorsque plusieurs femmes accouchent en même temps, de voir plus aisément l'évolution du travail des parturientes. De coutumes, les femmes accouchaient en position accroupie (Bonnet : 1987; Lallemand : 1977) avec l'aide de d'autres femmes. Selon nos résultats, cette pratique est de moins en moins répandue tant dans les centres hospitaliers que lors des accouchements à domicile. Selon un maïeuticien avec lequel nous nous sommes entretenue, c'est seulement lorsque les femmes – généralement des multipares – en font la demande qu'elles peuvent accoucher dans cette position.

L'injection de *Synthocinon* à la parturiente est une pratique courante dans les centres hospitaliers que nous avons visités. Une forte proportion de notre échantillon de jeunes femmes, comparativement à une minorité parmi les femmes de l'ancienne génération, disent avoir reçu une injection. Par les résultats de nos entretiens avec les sages-femmes, nous savons que maintenant, elles utilisent massivement ce produit, compte tenu de son efficacité pour augmenter les contractions utérines qui suivent la sortie du fœtus. L'augmentation de l'utilisation de ce médicament serait aussi causée, selon une étude de Sardan (2001), par la corruption des sages-femmes et par un souci de la part de ces dernières d'accélérer le travail des parturientes. En effet, par la vente de ce produit, certaines s'enrichiraient, en diluant le *Synthocinon* ou en mélangeant les doses qui n'ont pas été utilisées pour les accouchements antérieurs. Toujours selon Sardan, les sages-femmes mettraient une pression sur les parturientes afin qu'elles optent pour l'injection et ce, sans aucune explication sur son utilité. En fait,

les répondantes de la jeune génération ne connaissent généralement pas la raison de cette intervention. Certaines supposent qu'elle sert à arrêter la douleur, à accélérer le travail et/ou à arrêter les vomissements. De plus, comme ces pratiques d'intervention avec le *Synthocinon* sont onéreuses, elles causeraient, selon Sardan, d'énormes frictions entre les parturientes et les sages-femmes.

Les femmes des deux générations ne semblent pas particulièrement marquées par la délivrance: elles le sont davantage par la pose d'agrafes sur le vagin au niveau du périnée, rendue nécessaire par une épisiotomie – 4 cas chez les jeunes femmes et 4 cas chez celles de l'ancienne génération. Le haut taux d'excision expliquerait le recours fréquent à ce genre d'intervention. Dans le cas de femmes excisées, on assisterait à une augmentation de la durée du travail, un plus grand nombre de déchirures et une plus forte proportion d'épisiotomie (Milogo-Traoré et *al.*, 2007). Après l'épisiotomie, les sages-femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenue disent proposer la suture ou les agrafes – les agrafes sont moins dispendieuses. Les jeunes femmes de notre échantillon ont toutefois nié ces propos en précisant que leur avis, ou celui de leurs accompagnantes, n'avait pas été entendu. Marqué par cet événement, Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant) nous dit : « *L'agrafe, chez moi, ça a été plus douloureux que l'accouchement. Je sais pas à quoi comparer cette douleur* ». Comme elle avait les moyens de payer, elle ne saisit pas pourquoi les sages-femmes n'ont pas proposé la suture.

4.2.3 Le pouvoir grandissant des sages-femmes

4.2.3.1 La sage-femme comme guide de l'accouchement

Compte tenu du fait que toutes les femmes de notre échantillon ont accouché avec une sage-femme, à l'exception d'une d'entre elles qui a accouché avec un médecin et de deux autres qui ont accouché à la maison, il est intéressant de s'attacher à la réceptivité et à la perception des agissements des sages-femmes par les femmes. La plus grande partie des femmes de l'échantillon – 13/15 répondantes de la génération ancienne et 13/16 de celles de la nouvelle génération – semblent satisfaites des soins prodigués par la sage-femme. Ces répondantes considèrent que leur accouchement a été facile et que leur sage-femme a été « gentille ». Les femmes ont apprécié que cette dernière soit expérimentée, qu'elle ne crie pas, qu'elle leur montre comment pousser, qu'elle les encourage, qu'elle les calme, qu'elle soit à leur écoute et qu'elle manifeste de l'empathie. Dans une étude sur le taux de satisfaction des femmes face au service des sages-femmes au Sénégal, Ada N'diaye (1994) a démontré que la compassion, l'empathie, l'écoute et la diffusion d'information sont des éléments-clés de la satisfaction face aux services reçus. Nous pouvons donc dire que le niveau d'empathie manifesté par la sage-femme est intimement lié au degré de satisfaction de l'accouchement. En ce sens, les femmes de notre échantillon qui connaissaient le personnel soignant (sage-femme, infirmier, médecin ou accoucheuse) avant l'accouchement – 8 cas en tout – disent avoir reçu de meilleurs soins, un plus grand soutien et semblent avoir eu accès à quelques privilèges (arrivée tardive à la maternité, départ hâtif de la maternité et présence de l'accompagnante dans la salle d'accouchement). De plus, le lien de confiance préalablement établi entre les femmes et les sages-femmes a contribué à renforcer la coopération et à améliorer le

déroulement de l'accouchement. Les travaux de Field et Kintz (cités par N'diayé, 1994 : 19) montrent une « corrélation positive entre le niveau de satisfaction et la personnalisation de l'expérience de la naissance ». Marie-Jeanne (58 ans, secrétaire, mariée, 3 enfants), a accouché avec son amie sage-femme. Elle nous confie que « *si tu as une relation personnelle avec la sage-femme, tu es beaucoup plus à l'aise que si tu vas dans un milieu que tu connais pas* ».

4.2.3.2 Les conditions de la « gentillesse » de la sage-femme

Bien que les répondantes soient majoritairement satisfaites des soins prodigués par les sages-femmes, certaines – 2 de la jeune génération et 3 de l'ancienne – nous diront que la « gentillesse » témoignée par les sages-femmes a été conditionnelle à leurs bons agissements, c'est-à-dire ne pas pleurer et ne pas crier. Selon Aïcha (28 ans, ménagère, mariée, 1 enfant), les sages-femmes « *ont été gentilles parce que l'accouchement a été facile. [Elle] ne les [a] pas trop fatiguées* ». D'ailleurs, deux femmes de la vieille génération ont aussi senti que si elles avaient dépassé les limites du « raisonnable », les sages-femmes se seraient fâchées. Par exemple, elles nous disent à qu'à leur arrivée dans la salle d'accouchement, elles n'ont pas voulu se déshabiller : une ne savait pas par où l'enfant sortait et l'autre avait honte de se mettre à nu. À ce moment, les sages-femmes ont été dures envers elles, mais après un moment, un climat de confiance s'est installé.

Nous avons déjà discuté brièvement, dans le chapitre précédent, de la peur de la césarienne manifestée par les jeunes femmes; attardons-nous ici aux menaces de cette intervention proférées par les sages-femmes. D'après nos observations et les propos recueillis, les menaces serviraient à accélérer le travail : les sages-femmes

diraient aux femmes de pousser davantage si elles veulent éviter la césarienne. Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant) semble comprendre la rudesse de cette tactique des sages-femmes. Selon elle, la croyance populaire dit que lorsqu'on « *flatte les femmes, on dit qu'on va t'amener être opérée. On sait que les femmes en Afrique n'aiment pas les opérations* ». Cette intimidation semble porter fruit, puisque les jeunes répondantes (3 cas) ainsi « menacées » ont accouché dans les minutes qui suivirent. Dans une étude sur la corruption des sages-femmes, Sardan (2001 : 60) ajoute que ces dernières menacent aussi les femmes de « les déchirer » (épisiotomie) si le travail n'avance pas plus vite. Aucune femme de la précédente génération n'a fait mention d'intimidation de la part des sages-femmes ni de menace d'épisiotomie ou de césarienne.

En analysant la perception des sages-femmes par les femmes, nous remarquons que les femmes de la nouvelle génération qui ont insisté sur la douleur de l'accouchement sont les mêmes qui semblent moyennement (4 cas) ou pas satisfaites du tout (1 cas) des soins reçus (absence de soutien et d'empathie, absence d'information et présence de violence physique ou psychologique). L'expérience d'Anita (25 ans, ménagère, non mariée, 1 enfant), qui a fréquenté l'école jusqu'en CE1, est le seul cas d'abus physique et verbal recensé dans nos entretiens. Cette dernière nous dit : « *Elle [la sage-femme] criait sur moi, voulait me frapper si je n'arrêtais pas de crier. Elle n'était pas gentille.* » Les actions de la sage-femme ont fortement marqué la répondante; elles ont altéré leurs rapports et aucune relation de confiance n'a pu se bâtir entre elles. Des comportements assez « rudes » ont aussi été

remarqués lors de nos observations – comme ce fut le cas pour Philomène rapporté plus haut.

La tension est souvent palpable dans la salle d'accouchement. Azetta (26 ans, petite commerçante, mariée, 1 enfant) ne poussait pas suffisamment lors de son accouchement; la sage-femme s'est énervée et lui a dit « *si tu t'amuses, tu vas tuer ton enfant* ». Une sage-femme, avec laquelle nous nous sommes entretenue, nous confirme qu'elle est parfois brusque avec les primipares. Elle s'explique la dureté de ses gestes et de ses paroles par le fait qu'elle désire préserver la bonne santé de la mère et de l'enfant. Elle nous dit connaître l'impact de la « fainéantise » sur l'accouchement. De plus, elle révèle qu'elle gifle occasionnellement les primipares, pour qu'elles se ressaisissent, pour qu'elles écoutent davantage et poussent plus fort. La rudesse des sages-femmes permettrait aussi à la parturiente de contrôler la manifestation de la douleur, dont nous avons plus haut révélé l'importance.

Les jeunes femmes qui ont reçu de moins bons soins lors de leur premier accouchement partageaient certaines caractéristiques sociodémographiques : elles étaient relativement jeunes au moment de l'accouchement (21 ans et moins) et/ou étaient moins scolarisées. Comme ces femmes étaient timides (à cause de leur âge) et ignorantes (non scolarisées), nous pouvons croire que les sages-femmes ont été plus rudes avec elles parce qu'elles n'étaient pas enclines à coopérer. Comparativement à la nouvelle génération, les femmes de la génération antérieure n'ont pas mentionné de mauvais traitements de la part des sages-femmes et n'ont pas manifesté de frustration face aux agissements de ces dernières. C'est qu'auparavant, les parturientes pouvaient être accompagnées dans la salle d'accouchement par une autre femme. Ainsi, comme les accompagnantes sont généralement des femmes d'expérience, les sages-femmes

devaient peut-être contrôler davantage leurs actions. Bien que les répondantes âgées ne semblent pas avoir subi de mauvais traitement, Massoma (42 ans, ménagère, mariée, 4 enfants) remarque que les sages-femmes sont maintenant plus brusques et moins empathiques. Elle nous a parlé de l'impatience et de la corruption des sages-femmes: *« y a des sages-femmes qui sont aigries, elles prennent les problèmes de leur cour et les amènent à la maternité, c'est pas normal »*. Cette remarque de Massoma va dans le sens de notre impression générale : les agissements des sages-femmes avec les parturientes semblent plus rudes (menace de césarienne, menace d'épisiotomie, violence physique) qu'auparavant.

S'il existe un écart entre notre observation et nos entretiens avec les femmes de la jeune génération, il s'explique peut-être tout d'abord par le fait que nos observations se sont déroulées au CMA du secteur 30, où la proportion d'accouchement avec complications est plus élevée que dans les maternités conventionnelles. Deuxièmement, nous croyons aussi que les répondantes ne voient pas l'intérêt de discuter de ce genre de situation. C'est qu'elles sont généralement soumises aux personnes d'une classe sociale supérieure et/ou aux professionnels : en ce sens, elles acceptent les traitements qui leur sont infligés parce qu'elles considèrent qu'ils doivent être à propos. Elles ne sont pas habituées à contredire l'ordre établi. Nous croyons donc qu'elles ne voient pas toujours la rudesse des sages-femmes comme de la violence ou des mauvais traitements.

4.2.4 Une organisation bien implantée: les heures qui suivent l'accouchement

Les moments qui suivent la naissance sont semblables d'une génération à l'autre : le plus souvent, l'enfant est remis à l'accompagnante qui vient le présenter à

la nouvelle mère sans lui remettre. Deux heures après l'accouchement, lorsque la mère est dans la salle de suite de couche, on lui donne son enfant. Dans de rares cas (3 cas pour les jeunes femmes et 1 cas pour les femmes de la vieille génération), la mère reçoit son enfant immédiatement après l'accouchement : 2 de ces enfants (celui d'une femme de l'ancienne génération et un de la nouvelle) ont aussitôt été posés sur la poitrine de leur mère. Dans les deux cas, les femmes ont reçu des soins personnalisés et les sages-femmes étaient à leur écoute : l'accouchement de la jeune femme s'est déroulé dans une clinique privée alors que celui de la répondante âgée avait été assisté par une amie sage-femme.

Toutes les répondantes de notre échantillon, jeunes et moins jeunes, ont été soutenues par une femme expérimentée (une « vieille ») lors de leur séjour à la maternité. Habituellement, cette accompagnante est celle qui a conduit la primipare au début de son travail. Dans certains cas, quand l'accouchement surprend, la belle-mère ou la vieille femme de confiance arrivera après la naissance de l'enfant et remplacera l'accompagnante déjà présente. Pour les répondantes de la nouvelle génération, et comparativement à celles de l'ancienne génération, la belle-mère est ordinairement la personne de référence. Certaines bénéficieront plutôt des soins de leur mère ou d'une voisine. Pour la génération antérieure, l'aide est venue des voisines, des belles-sœurs ou d'une tante. Quelques répondantes ont eu de la difficulté avec leur accompagnante. Par exemple, Nathalia (55 ans, accoucheuse, mariée, 4 enfants), nous parle de sa belle-soeur: *« avant l'accouchement c'était bon, mais après ça n'allait pas. Elle était moins sympa. C'est peut-être parce qu'elle n'était pas contente que j'aie un garçon et elle une fille. Peut-être que c'est la cause »*. Ce cas est isolé : l'ensemble des femmes de notre échantillon ont affirmé que

l'accompagnante qui les assistait avait été d'un grand secours. Par ses agissements, elle a permis à ces nouvelles mères de s'acclimater à leur enfant en l'orientant, en faisant la nourriture et la lessive et en s'occupant de l'enfant lorsqu'elle était fatiguée.

Après l'accouchement, la sage-femme s'assure de la bonne santé de la mère et de l'enfant en la visitant périodiquement durant son séjour à la maternité : elle la conseille pour l'allaitement, pour sa toilette et aussi, parfois, pour « corriger la vieille qui purge l'enfant ». Lorsqu'elle voit que ces derniers se portent suffisamment bien, elle leur donne congé du centre de soins. Les femmes de l'ancienne génération sont restées en moyenne 3 à 4 jours (extrême de 1 jour et de 4 jours) à la maternité, comparativement à 2 jours (extrême de 2 heures et de 4 jours) pour celles de la nouvelle génération. Les jeunes répondantes qui étaient non scolarisées sont restées une journée à la maternité, tandis que celles qui connaissaient un membre du personnel sont sorties plus rapidement (2 heures ou une soirée). Nous ne savons pas ce qui explique la différence dans le temps de séjour d'une génération à l'autre.

Nous remarquons que les conseils des sages-femmes en matière de santé de l'enfant n'ont pas été fournis au même moment aux femmes des deux générations. Celles de la nouvelle génération ont semblé les recevoir plus hâtivement. À leur sortie de la maternité, les sages-femmes ont conseillé aux femmes de la jeune génération de revenir quelques jours plus tard pour que l'enfant reçoive le vaccin du BCG, leur ont recommandé de venir faire le « planning familial » dans 45 jours et leur ont donné des ordonnances médicales, des conseils alimentaires et d'hygiène. Toutefois, la majorité des femmes non scolarisées (4 /5) ont dit ne pas avoir reçu de conseils à leur sortie de la maternité. C'est à la première consultation post-natale que les répondantes

âgées recevront des conseils. Ces derniers seront moins nombreux – ils concerneront surtout l’hygiène – que ceux reçus par les jeunes répondantes

4.2.5 Une meilleure prise en charge?

La prise en charge lors de l’accouchement serait, selon une sage-femme responsable que nous avons rencontrée, plus appropriée qu’auparavant. Selon elle, les sages-femmes auraient une meilleure formation, les membres du personnel (accoucheuses et filles de salle) seraient davantage qualifiés, les femmes seraient plus éduquées, la population plus sensibilisée, les centres de soins plus accessibles et les techniques de travail plus appropriées. Toutefois, même si les jeunes femmes sont mieux informées, les problèmes liés à l’accouchement seraient encore causés, selon la sage-femme responsable, par le manque de formation des primipares. Ces dernières devraient avoir, selon elle, des cours prénataux. Nous remarquons aussi que les femmes de la nouvelle génération, bien qu’elles soient plus informées, ne questionnent pas les agissements des sages-femmes et sont souvent « honteuses » face à ces dernières. C’est que les femmes respecteraient grandement l’organisation hiérarchique de la société et ne sauraient questionner les agissements d’une femme plus âgée et, qui plus est, une professionnelle de la santé. Selon Ouedraogo et *al.* (2006), les enfants burkinabè apprendraient très tôt que les questions et la curiosité face aux adultes sont signes « de mauvaise éducation, d’impertinence et de manque de respect » (2006 :24). Nous croyons également que cette éducation se reflète au moment de l’accouchement : les primipares ne seront pas à l’aise pour poser des questions à des aînées et aux sages-femmes, ces interrogations ayant toujours été interdites. De plus, comme nous l’avons expliqué précédemment, ces silences des

jeunes femmes seraient peut-être aussi causés par l'intimidation qu'elles ont subit de la part des sages-femmes.

Chapitre 5

La maternité

La conception de la vie pour les Mossi est cyclique. Le monde serait divisé en deux sphères : le monde visible (celui des vivants) et le monde invisible (celui des morts et des génies) (Bonnet, 1988). Venant de ce dernier monde (Erny, 1988 : 37), l'enfant hésiterait entre ces deux mondes jusqu'au sevrage. Comme l'expérience qu'a la femme de la maternité passe par l'intégration de l'enfant dans le monde des vivants, nous nous intéresserons tout d'abord, dans ce chapitre, aux rituels qui ancrent l'enfant dans son milieu (baptême, attribution du nom, rasage des cheveux et enterrement du placenta). Nous verrons aussi comment le corps de la femme est préparé à la maternité (réclusion, toilette de la femme et pratiques favorisant la lactation) et comment il est protégé contre tous ceux (génies, sorciers, etc.) qui voudraient s'en emparer. Les aînées étant les gardiennes de la tradition et celles par qui le savoir initiatique transige, nous analyserons dans la seconde partie de ce chapitre le système d'aide autour de la nouvelle mère et verrons comment cette organisation s'est transformée d'une génération à l'autre.

5.1 Le passage d'un monde à l'autre : la chasse gardée de la tradition

Bien que le corps de la femme se soit refermé au monde invisible par différentes pratiques rituelles, la porte reste ouverte chez l'enfant. Ainsi, pour intégrer pleinement le monde visible, la vie du nouveau-né passera par différentes étapes initiatiques. Pierre Erny (1988: 34) dira à ce sujet que « la venue au monde consiste en une suite de naissances successives s'étalant sur toute l'enfance ». Comme la

préparation du corps de la femme et l'ancrage de l'enfant dans le monde visible semblent au centre des jours qui suivent l'accouchement, nous nous intéresserons, dans la première partie de ce chapitre, aux différentes « naissances » de l'enfant, à son baptême, à l'enterrement du placenta et aux soins donnés à la femme.

5.1.1 L'enterrement du placenta : exemplification du *rog n miki*

Plusieurs auteurs (Lallemand, 1977; Bonnet, 1988; Badini, 1994; Cros, 1996; Barry, 2001) se sont attachés à montrer la représentation religieuse et mythique du placenta dans la culture Mossi. Ces derniers ont aussi décrit le rituel qui entoure traditionnellement son enterrement : après l'accouchement, les accompagnantes de la parturiente vont immédiatement chercher le placenta et l'enterrent en suivant un cérémonial strict. Toutes les mères que nous avons interrogées à Ouagadougou, jeunes et âgées, ont respecté cette pratique. Comme ce sont des femmes expérimentées qui procèdent à l'enterrement, les jeunes répondantes n'en connaissent généralement pas le déroulement. Seulement quelques-unes d'entre elles savent que le placenta doit être enfoui dans la cour de la belle-famille. Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant) sait qu'il faut respecter ce cérémonial: *«Il y a une manière d'enterrer ça, si tu enterres mal, ça peut amener des problèmes dans la famille.»* Nous remarquons que les femmes de la génération antérieure possèdent davantage d'information sur ce rituel. Ce fait s'explique par l'apprentissage progressif de la maternité par les mères. En temps et lieu, lorsque la femme a atteint un âge respectable, généralement celui de la ménopause, elle a accès aux secrets qui entourent l'enterrement du placenta. Les répondantes âgées nous expliquent ce qu'elles ont vu : le placenta doit être placé dans un canari cassé qu'on refermera avec

de la terre mouillée – afin que « rien » n’y entre (aucun génie ou mangeur de fœtus) – et devra être enterré profondément dans la cour arrière à l’abri des piétinements. Un jeune homme creusera le trou et des femmes ménopausées l’enterreront – trois « vieilles » pour le placenta d’un garçon et quatre pour celui d’une fille. Certaines femmes spécifieront que le cordon du placenta doit être placé vers le haut et que s’il s’agit d’une fille, on doit y faire quatre nœuds tandis que pour un garçon, ce sera trois nœuds. Notons que ces chiffres associés au sexe de l’enfant sont aussi présents dans d’autres pratiques comme la réclusion (Lallemand, 1977), le soin du cordon (Ouedraogo, 1994) le massage des seins (Cros, 1990) et le temps de la toilette de la femme. En chantant lors de la mise en terre du placenta, les femmes voudraient signifier au nouveau-né qu’il est venu dans un monde de joie. De plus, comme le placenta est le gémeaire du nourrisson (Bonnet, 1988) ainsi que le retour d’un ancêtre, les femmes lui témoigneront du respect en faisant des génuflexions pendant l’enterrement.

Par ce rituel de mise en terre, les aînées désirent insister sur la provenance de l’enfant qui vient de naître (Badini, 1994 : 43) et espèrent le protéger contre l’attaque de mauvais esprits qui pourraient le manger. En ce sens, Suzanne Lallemand (1977) dit que la naissance de l’enfant se concrétise seulement lorsque le placenta est enterré. Ces explications nous éclairent sur la signification – celui d’un double et d’un jumeau – que les femmes de l’ancienne génération lui donnent. Elles nous diront qu’il est « l’âme de l’enfant », « que l’enfant naît avec ça », « qu’il est un chef », « qu’il est une personne », « c’est ça qui a donné vie à l’enfant » et « qu’on en a le respect ». Bien que la majorité d’entre elles connaissent la signification du placenta et en sont respectueuses, elles ne savent pas pourquoi précisément on l’enfouit. Certaines nous

parleront de protection et d'hygiène, du fait que les « choses » (génies ou sorciers) ne doivent pas le manger, tandis qu'une autre nous dira que si on ne l'enterre pas, la chaire, va sentir. Dans la majorité des cas, les femmes des deux générations nous diront être « nées trouvées comme ça » (l'idée du *rog n miki*), c'est-à-dire que lors de leur venue au monde, les choses se passaient déjà ainsi. Elles feraient et respecteraient cette pratique parce que leurs ancêtres ont fait ainsi, elles se conformeraient aux normes et pratiques de leur groupe.

5.1.2 La réclusion

Au retour de la maternité, comme le souligne Christine Ouedraogo (1996 : 6), « le rôle des vieilles femmes est d'autant plus important que certaines mères sont soumises à des interdits lors de la période post-partum ». En effet, la nouvelle mère Mossi se soumet, après son accouchement, aux pratiques et interdits que lui recommandent ses aînées. Cela lui permettra de préparer son corps à l'expérience de la maternité. Puisque la femme est impure – son sang coule toujours – , son retrait de la collectivité est essentiel afin de la protéger des génies qui pourraient l'attaquer (Bonnet, 1988 : 46). Autrefois, la réclusion durait 33 jours pour un garçon et 44 jours pour une fille, mais Suzanne Lallemand a noté, en 1977, que ces pratiques se modifiaient depuis quelques décennies. Depuis une génération, nous remarquons qu'effectivement, les relevailles ne s'échelonnent plus que sur 7 jours. L'interdit est toujours le même : les nouvelles mères doivent rester à l'intérieur de la cour, voire de la case. Les femmes de notre échantillon, jeunes et âgées, catholiques et musulmanes, ont toutes respecté cet interdit. La période de réclusion s'est parfois étirée davantage pour les jeunes répondantes – 3 semaines (1 cas), 1 mois (1 cas) et 40 jours (3 cas).

Quoique la majorité des répondantes des deux générations aient respecté cet interdit, plus de la moitié de celles de la nouvelle génération et le quart de celles de l'ancienne génération n'en connaissent pas les causes et ont tout simplement écouté les recommandations de leurs aînées. Rappelant l'idée du *rog n miki*, Awa (28 ans, ménagère, mariée, 1 enfant) nous dit: « *c'est comme ça que faisaient nos ancêtres* ». Parmi celles qui ont une explication sur cette réclusion, les interprétations ne diffèrent guère, même d'une génération à l'autre. Elles insistent toutes sur le danger que pourrait engendrer une sortie de la cour familiale. Les plus jeunes nous disent « tu peux rencontrer des génies la nuit », « tu es comme malade », « les génies peuvent sentir l'odeur du sang » et « l'enfant est sorti, il a laissé une place [...] comme nous ne sommes pas seules (il y a des génies) ». Les femmes de la vieille génération abondent aussi en ce sens : « tu peux croiser des génies, tu as encore du sang frais [...] tu dois attendre que le ventre guérisse ». Une d'entre elles ajoute aussi : « le premier jour de ta grossesse, Dieu creuse ta tombe, il la referme après 40 jours et les génies [sentant l'odeur de l'accouchement] donnent des maladies comme la folie ». Bien que la réclusion soit respectée parce qu'elle joue une fonction d'interdit, elle servirait aussi la mère d'une façon plus pragmatique, lui apportant du repos et de la protection contre certaines maladies. Lors de cette réclusion, certaines femmes ont dit se plier à des restrictions comportementales et alimentaires. Celles de la nouvelle génération disent ne pas avoir mangé d'aliments froids et de pois de terre durant les 40 premiers jours et n'avoir effectué aucune tâche ménagère durant la même période, tandis que leurs consœurs de l'autre génération ont davantage insisté sur le fait qu'elles ne pouvaient pas préparer de nourriture.

5.1.3 Vers une acceptation unanime des soins postnataux par les femmes?

Le retour à la maison de la nouvelle mère, après la maternité, est inauguré par sa toilette. Vinel (2005 : 175) dit que les premiers actes « des vieilles femmes sur la primipare [seraient] de façonner le nouveau corps de mère ». Cette toilette, qui consiste à refermer la brèche vers le monde invisible qui a été ouverte sur le corps de la femme pendant l'accouchement (Bonnet, 1988, Badini, 1994), est également une préparation de son corps à la maternité et constitue un acte d'humilité envers sa belle-famille. La majorité des femmes interrogées déclarent d'ailleurs avoir reçu de leurs aînées une toilette spécifique après leur accouchement. La toilette des femmes de la jeune génération a été dispensée dans la moitié des cas par la belle-mère et, dans les autres cas, par une voisine, une mère ou une marraine, tandis que les femmes de la génération précédente ont reçu des soins de diverses personnes-ressources (une aînée de la belle-famille, une voisine, une belle-mère et une belle-sœur). Ces répondantes de la vieille génération ont cependant été plus réfractaires que leurs benjamines à certaines pratiques. Par exemple, Marriam (55 ans, accoucheuse, mariée, 3 enfants) nous dit avoir accepté les principaux actes de la toilette mais avoir refusé que les vieilles femmes lui touchent le vagin. Elle se rappelle: « *tu peux mourir quant à moi, je n'ai pas laissé faire.* » Jugeant que les pratiques de sa mère (la belle-mère de la femme) étaient « trop anciennes », un mari d'une femme de l'ancienne génération a refusé ces soins et a fait appel à sa sœur pour aider sa femme. Cette opposition aux aînées va même, parfois, jusqu'au refus catégorique de la toilette. Ayant suivi des cours de puériculture et « n'étant plus des villageoises », deux répondantes ont dit connaître les procédures d'hygiène et savoir que lorsqu'un

problème survenait, elles devaient se référer à un professionnel de la santé. Comparativement, une seule femme de la jeune génération a refusé la toilette qu'une aînée de sa belle-famille voulait lui donner. Notons que cette répondante a refusé de se marier, comme sa belle-famille exigeait qu'elle soit la seconde épouse. Ce refus de la toilette signifiait peut-être qu'elle ne voulait pas se soumettre au lignage de son mari. Les différences intergénérationnelles s'expliquent sans doute par le fait qu'étant mariées et n'habitant pas avec leur belle-famille, les femmes de la génération antérieure pouvaient refuser certaines pratiques puisqu'elles ne cherchaient pas, comme les jeunes, à intégrer le lignage de leur conjoint.

Quoique l'acceptation des soins de la toilette soit plus grande chez les femmes de la jeune génération que chez celles de l'ancienne, son déroulement ne semble avoir guère changé depuis une génération. Au début de la toilette, les aînées mettent un « torchon » à l'intérieur du vagin, qu'elles ne retirent qu'à la fin. Ensuite, elles appuient avec un pagne bouillant sur le bas ventre et le massent avec cette eau, du savon et finalement, du beurre de karité. Les répondantes de la génération précédente ont également mentionné d'autres pratiques : les aînées ont posé unealebasse pleine d'eau chaude sur leur ventre et l'ont secouée jusqu'à ce que l'eau soit totalement refroidie. De plus, la moitié des femmes des deux générations nous ont dit avoir bu de l'eau chaude, de la soupe ou de la bouillie. En plus de réchauffer le ventre, les vieilles femmes disent que l'ingurgitation de boissons chaudes permettrait aux primipares d'avoir du lait à leurs prochains accouchements. Malgré la douleur de certaines pratiques (pression sur le ventre avec des pagnes bouillant et massages vigoureux), les femmes nous ont dit que lors de la toilette, la soumission aux aînées devait être complète. Ces dernières justifiaient la nécessité de cette toilette par le fait

qu'elle les protégerait contre les maladies et leur permettrait de faire sortir les caillots de sang qui subsistent « à l'intérieur ». Cette toilette serait, comme l'a déjà noté Vinel (2005), l'occasion de replacer le corps après les douleurs de l'accouchement et, comme nous dit Malika (44 ans, ménagère, mariée, 3 enfants), « *de récupérer plus vite après l'accouchement* ». La toilette permettrait également, selon Adjaratou (22 ans, gérante d'un télécentre, non mariée, 1 enfant), de préserver la chaleur du ventre car « *s'il se refroidit, j'aurai des maux de ventre.* » Si la toilette des femmes ne s'est donc pas véritablement modifiée d'une génération à l'autre, il en va tout autrement pour les pratiques relatives à l'allaitement.

Les pratiques traditionnelles favorisant la lactation est un sujet bien documenté (Cros, 1990; Toe, 1994; Benoist, 1995; Desclaux, 2000; Taverne, 2000); nous n'expliquerons donc que succinctement la transformation des pratiques de lactation observées et verrons ce qui motive ces changements. Nous notons que toutes les femmes de la vieille génération ont utilisé des techniques pour favoriser la montée de lait, comparativement à la moitié seulement des jeunes répondantes. Afin de favoriser la lactation, ces femmes de la nouvelle génération ont pris au début de la période d'allaitement, sous les recommandations de leurs aînées, des médicaments traditionnels contenant du miel et de la bière chaude. Elles se seraient aussi douchées avec des tisanes. Les femmes de la génération antérieure ont, quant à elles, mentionné qu'elles se lavaient les seins et le corps avec du savon. Malgré ces différences, quelques pratiques sont identiques : versement d'eau chaude sur la tête et le corps de la nouvelle mère et consommation d'eau chaude. Nous remarquons cependant un recul de la pratique de pression sur les seins, qui aurait pour objectif de les attendrir en « cassant les boules à l'intérieur » afin de faciliter les tétés de l'enfant. Ce n'est

que dans de rares cas que les répondantes de la jeune génération se sont vues proposer cela par leurs aînées (4 cas : 3 femmes ont accepté cette pratique, dont deux d'entre elles n'étaient pas scolarisées). Nous remarquons toutefois que 11 femmes de la vieille génération ont dû y faire face : elles l'auraient subi totalement (6 cas) ou partiellement (1 cas) et l'auraient refusé dans 4 cas. Nous expliquons en partie cette diminution par une augmentation de la scolarisation des jeunes femmes, par une transformation des mentalités et par une meilleure sensibilisation. Marie-Jeanne (58 ans, secrétaire, mariée, 3 enfants), qui a suivi une formation en puériculture, a refusé que sa belle-mère effectue ce genre de pratique car elle « *sait naturellement que même si on ne touche pas aux seins le lait va venir, donc la belle-mère n'a rien à dire* ». Selon quatre répondantes âgées, c'est l'ignorance qui a favorisé l'acceptation d'une telle pratique. Marriam (55 ans, accoucheuse, mariée, 3 enfants) nous dit : « *aujourd'hui, on est plus éveillé, les filles ne se laissent plus faire parce qu'avant il fallait te soumettre à elle [belle-mère]* ».

5.1.4 Modification du baptême

La séparation de l'enfant du monde invisible se fait graduellement et passe d'abord, comme nous l'avons vu, par l'enterrement du placenta. Le baptême s'ensuit. C'est à ce moment que l'enfant est intégré à la famille (Ouedraogo, 1994). Ce passage a lieu, pour les musulmans, au 7^e jour après la naissance, et pour les catholiques, le dernier dimanche de chaque mois ou la veille de Noël. Lorsqu'il est célébré chez les musulmans, le rituel entourant le baptême ne semble pas s'être modifié. Les imans viennent tôt le matin donner le nom à l'enfant, les aînées lui rasent les cheveux puis la famille fête le baptême. Bien qu'il soit moins strict, le

déroulement de la cérémonie du baptême chez les catholiques semble également similaire d'une génération à l'autre. Toutefois, aujourd'hui, peu importe la religion, la fête qui suit le baptême ne serait plus, selon Nafissatou (61 ans, trieuse à la banque, mariée, 4 enfants), aussi faste qu'à son époque. Elle nous dit : « *Maintenant, les gens ne s'occupent plus de ça, chacun se cherche [n'ont plus les moyens]* ». Nous notons aussi que le taux de baptême a nettement chuté entre les deux générations. Selon nous, cela s'explique par le fait que le baptême n'a lieu que lorsque les conjoints sont mariés. Ainsi, comme la majorité des femmes de la jeune génération n'étaient pas mariées, seulement 8 mères ont pu faire baptiser leur enfant. L'interdiction de célébrer le baptême par les imans ou les curés pour les couples qui ne sont pas mariés est une incitation, selon Maï (49 ans, secrétaire, mariée, 4 enfants), à vivre une grossesse intramaritale. Elle nous dit que « *si c'est un enfant qui est né hors mariage, si on légalise, les gens vont plus se marier et vont faire n'importe quoi* ». Nous remarquons, cependant, que la tradition a parfois été adaptée à la réalité des grossesses prémaritales des femmes plus scolarisées : trois d'entre elles, qui n'étaient pas mariées mais avaient fait les présentations officielles, ont pu célébrer le baptême de leur enfant. Ainsi, étant mariées, les femmes de la vieille génération ont toutes, sauf une, célébré le baptême de leur enfant.

Bien que le rasage des cheveux soit attribué à une croyance musulmane, toutes les femmes qui ont baptisé leur enfant – musulmanes et catholiques, jeunes et âgées – ont fait raser le nouveau-né. Sa signification ne semble pas s'être modifiée avec le temps : les répondantes justifient cette pratique par la tradition (*rog n miki*) et par le désir de protéger l'enfant. Selon ces dernières, « les sorcières ou les génies ne

doivent pas voir les cheveux de l'enfant ». Quoique les techniques qui servent à disposer des cheveux soient similaires (imbrication dans le mur avec le cordon ombilical), la différence principale entre les deux générations réside dans le choix de la personne qui en disposera. Contrairement aux femmes de la vieille génération, qui en ont disposé elles-mêmes, leurs benjamines les ont donnés à leur belle-famille.

Le baptême est également le moment où l'on donne le nom à l'enfant. Ce choix n'est pas fortuit, est soigneusement fait par la famille, qui a été éclairée par les ancêtres. Pierre Erny (1987 : 32) écrit à ce sujet : « En général, il n'est pas choisi arbitrairement, mais il s'impose par lui-même : l'enfant vient au monde avec son nom. » L'attribution du nom vient rappeler le retour de l'ancêtre sur terre. Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant) nous raconte comment, lors d'une cérémonie au village de son conjoint, les féticheurs ont interrogé l'enfant pour apprendre d'où il venait et savoir s'il « *vient de l'eau* [le monde des génies] ». Elle nous dit : « *les féticheurs vont demander à l'enfant toi tu es qui, l'enfant va dire qui il est. Qu'est ce qu'il est venu pour faire, qu'est ce qu'il va devenir dans la vie. L'enfant dit tout ça* ». Cette démarche de la répondante est exceptionnelle dans nos résultats. En fait, nous observons que l'attribution du nom se fait différemment d'une génération à l'autre. La vieille génération semble respecter plus de contraintes que la nouvelle. Dans un premier temps, parmi les répondantes âgées, il faut noter que lorsque le mari était musulman, c'est lui qui donnait le nom; lorsque la femme était catholique, c'est elle qui le choisissait. De plus, cette désignation se faisait en fonction des ancêtres, de la religion et du calendrier religieux. Bien que le choix du nom des enfants des jeunes répondantes soit fait par des aînées ou par le conjoint afin

de remercier les ancêtres ou pour louer Dieu, nous remarquons une plus grande liberté dans le processus d'attribution du nom. Des femmes de la nouvelle génération nous ont dit ne pas connaître la signification et l'avoir choisi simplement parce qu'elles le trouvaient joli. Notant cette transformation, Nabilla (46 ans, ménagère, mariée, 4 enfants) croit que sa fille a « *choisi au hasard* [sans réflexion] » le nom de son enfant.

5.2 Convaincre l'enfant de vivre dans le monde des vivants

À la naissance de son enfant, la mère doit apprendre à connaître, à s'adapter et à satisfaire son enfant afin, comme le rappelle Bonnet (1988 : 22), « de lui donner le désir de rester dans ce monde ». Dès sa grossesse, la mère a appris très tôt, notamment par le respect d'interdits alimentaires et comportementaux, qu'elle devra répondre aux demandes de son enfant. Cette connaissance des croyances qui entourent la grossesse est la chasse gardée des vieilles femmes. Il en va de même pour les soins donnés à l'enfant. Comme l'explique Adama (21 ans, ménagère, non mariée, 1 enfant), ce savoir et cette capacité de convaincre l'enfant se transmettent de génération en génération : « *La maternité est la même chose parce que ce sont les mères qui apprennent à s'occuper de l'enfant.* » En s'attachant dans cette section à cet apprentissage, nous comprendrons davantage l'expérience de l'entrée en maternité des Ouagalaises et verrons l'influence de l'organisation du système d'aide.

5.2.1 L'aide à la maison

Après l'accouchement du premier enfant, il est de coutume d'habiter avec sa belle-famille afin de faire l'apprentissage de la maternité. C'est le cas de la majorité

des femmes de la jeune génération. Lorsque la belle-mère n'habite pas à proximité (4 cas), elles reviennent dans leur maison pour y vivre leur réclusion et emménagent par la suite dans leur famille avec leur mère ou une tante. La maternité étant un univers strictement féminin, ce n'est que dans de rares cas (4 cas) que le conjoint de la nouvelle génération habitera avec la jeune femme lorsqu'elle réside dans la famille de ce dernier. Une seule jeune répondante a emménagé seule avec son mari après son accouchement. Les femmes de la vieille génération sont retournées quant à elles, habiter avec leur mari dans leur maison après leur accouchement (13/15 cas), les autres ont habité chez une tante (1 cas) ou dans la belle-famille (1 cas) (cette femme est retournée chez elle après la réclusion). Contrairement aux règles de résidence respectées par la nouvelle génération, ce sont les vieilles femmes qui ont emménagé dans les cours des couples de l'ancienne génération. N'habitant pas à proximité de leur belle-famille ou de leur famille, leurs femmes ressources furent plus diversifiées: voisines (5 cas), belle-mère (3 cas), belle-sœur (3cas), mère (2 cas), petite maman (1 cas) et tante (1 cas). Malika (44 ans, ménagère, mariée, 3 enfants) dit au sujet de la femme qui l'a aidée : « *puisque nous étions à Fada, la famille n'était pas près... la vieille éducatrice m'a aidée [voisine]* ». Comme nous l'avons déjà mentionné, une femme expérimentée et en qui la nouvelle mère a suffisamment confiance peut venir l'aider et la conseiller durant la période post-partum.

Le temps de l'aide est moins important pour les femmes de la précédente génération (entre 2 semaines et 3 mois) que pour celles de la nouvelle génération (6 mois en moyenne). Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Les conditions de vie qui se sont fortement dégradées à Ouagadougou (hausse du

chômage, développement du secteur informel) expliquent l'accès au mariage et au logement plus tardif chez les jeunes citadins (Lachaud, 1994; Calvès & Schoumaker, 2004; Calvès 2007). Ainsi, certaines mères de la nouvelle génération seraient contraintes de rester dans leur belle-famille après cet apprentissage de la toilette, tandis que les autres attendraient le moment opportun pour repartir dans la cour de leur conjoint, généralement située loin du domicile de leur belle-mère. Dans un deuxième temps, les répondantes âgées les plus scolarisées contesteront, comme elles l'avaient fait pour les pratiques de la toilette post-partum, les soins aux enfants par les aînées. Ces dernières étant peut-être contrariées, elles quittent donc plus rapidement la cour de ces femmes. En ce sens, le temps de l'aide diminue. Par exemple, jugeant ces pratiques « trop anciennes », Maï (49 ans, secrétaire, mariée, 4 enfants) dit s'être querellé avec sa mère au sujet des lavements rectaux. Elle lui aurait dit : « *C'est mon enfant, toi tu m'as fait ça parce que je suis ton enfant, moi je veux pas faire ça à mon enfant.* » Des oppositions aussi catégoriques ne sont pas fréquentes et se font généralement plus subtilement. Les mères doivent se montrer conciliantes avec leurs aînées. Elles sont conscientes que ce sont ces dernières qui leur apprendront ce qu'elles ont à savoir sur la maternité.

5.2.2 L'allaitement : entre tradition et modernité

Dans la société africaine, l'allaitement est un moment privilégié pour la mère, car il contribue à favoriser l'attachement à son enfant et vice versa. Selon une étude de Tabutin & Schoumaker (2004 :54), l'allaitement en Afrique subsaharienne est « universel et long »: toutes les femmes allaitent, et pour une bonne partie d'entre elles, le plus longtemps possible – jusqu'à 22 mois en moyenne au Burkina Faso

(EDS, 2003). Selon ces auteurs, les enquêtes de santé de 1989, 1990 et 2000 montrent que la durée d'allaitement n'a presque pas changé. Les pratiques et les actions de la mère sont scrutées à la loupe par l'aînée afin que tout se déroule selon son « système ». Car ce n'est qu'au terme de l'allaitement, le sevrage, que l'enfant décidera s'il reste ou non dans le monde visible (Badini, 1994). Nous verrons ici ce qui, d'une génération à l'autre, a changé ou non dans le déroulement de l'allaitement.

Malgré la subsistance de certaines pratiques (pression des seins et refus de donner le colostrum), les femmes de la nouvelle génération ont allaité leur enfant plus rapidement après l'accouchement. Des données statistiques avaient d'ailleurs permis de noter une augmentation nette de la rapidité de la première tétée à Ouagadougou, de 1994 à 2003 (EDS, 2003). Le pourcentage d'enfants mis aux seins dans les 24 premières heures suivant la naissance serait ainsi passé de 67,7% en 1994 à 86,2% en 2003 (EDS, 2003). Cette amélioration est peut-être due au fait que les jeunes femmes d'aujourd'hui donnent plus souvent le colostrum à leurs enfants. Nos résultats en font foi : 12 d'entre elles ont donné le colostrum et ont immédiatement mis leur enfant au sein après leur accouchement. Elles nous disent que le colostrum est « la vitamine de l'enfant », qu'il « aide à développer des anticorps » et qu'il est le « premier vaccin de l'enfant ». La scolarisation des femmes de la nouvelle génération est certes un facteur qui contribue à réduire les pratiques néfastes d'allaitement (pression sur les seins et refus de donner le colostrum), mais nous croyons aussi que cette diminution est le fruit d'une meilleure connaissance qu'avaient les femmes expérimentées des pratiques d'allaitement. La sensibilisation faite par l'État et l'encouragement des sages-femmes ont permis aux femmes de l'ancienne génération de connaître les vertus et pouvoirs du colostrum; certaines d'entre elles diront même « qu'il nettoie

l'enfant ». Néanmoins, 3 jeunes répondantes, sous l'influence de leurs belles-mères, ont décidé de ne pas le donner. Leurs aînées leur ont dit que le colostrum était « sale », qu'il donnerait des maux de ventre à l'enfant et que ça le ferait pleurer. De telles croyances étaient encore plus présentes au temps de l'ancienne génération (6 cas/15), les femmes de la vieille génération ont dit que l'ignorance, l'influence et les conseils de la belle-mère leur ont fait jeter le colostrum. Malgré cela, les femmes qui avaient suivies des cours de puériculture et, étonnamment, celles qui étaient les moins scolarisées, ont toutes donné ce lait à leur enfant. Maï (49 ans, secrétaire, mariée, 4 enfants), qui a fait une formation en puériculture, nous dit : « *même si c'est du sang qui sort, tu ne dois pas refuser le lait à l'enfant.* » À ce chapitre, donc, la relation entre les répondantes âgées et leurs aînées semble avoir été conflictuelle, sans doute parce que ces dernières étaient encore peu sensibilisées à la médecine moderne.

Les deux générations de femmes ont donné de l'eau aux nouveaux-nés dès leur naissance. Nos données sont en concordance avec celles de Swedy (1997), pour qui l'allaitement exclusif au Burkina Faso est l'un des plus faibles en Afrique subsaharienne. Les données de l'EDS 2003 confirment cette faible proportion d'enfants exclusivement allaités : à la naissance, seulement 18% des nourrissons burkinabè reçoivent uniquement du lait maternel. Selon nos résultats, le don de l'eau (sucrée, chaude ou simple) est la forme la plus courante de breuvage fourni à l'enfant. Malgré les pressions et la sensibilisation des sages-femmes, les mères des deux générations suivent les recommandations des aînées : elles ont, en majorité, donné de l'eau à leur enfant dès la naissance. La montée laiteuse étant difficile, des répondantes ont expliqué que l'eau remplaçait, pour les premiers moments, le lait. L'enfant serait ainsi moins assoiffé durant les premiers jours de sa vie. Pour certaines femmes,

comme en font foi nos résultats et l'étude de Toe (1994), l'eau ne fait pas que remplacer le lait, il s'avère essentiel pour la survie de l'enfant. Abdoula (23 ans, ménagère, non mariée, 2 enfants), nous dit en ce sens : « *l'enfant c'est un être humain, l'enfant a soif comme il fait chaud et que le lait ce n'est pas de l'eau* ». Ces pratiques montrent la préséance des recommandations de l'aînée et des croyances traditionnelles sur les conseils du personnel de santé.

La puériculture africaine favorise un allaitement qui se prolonge afin de favoriser l'attachement entre la mère et son enfant. Le sevrage est donc selon Pierre Erny (1987), le moment de rupture par excellence entre la mère et son enfant. C'est à ce moment que l'enfant manifesterait s'il veut participer pleinement au monde des vivants, si la mère l'a convaincu de rester ici-bas (Badini, 1994). Même si le temps de l'allaitement soit toujours long, nous notons une diminution : le moment du sevrage survient plus hâtivement chez les femmes de la nouvelle génération (19 mois) que chez celles de l'ancienne (30 mois). La scolarisation de la mère nous est apparue comme un facteur d'influence sur la durée de l'allaitement : les plus scolarisées des deux générations sevrèrent leur enfant plus rapidement. Cela a déjà été noté dans plusieurs études (Schoumaker & Tabutin, 2004; Traoré, 1999; EDS, 2003; Toe, 1994). Le discours des répondantes âgées suggère une explication pour expliquer que l'allaitement est plus long : il est utilisé comme un moyen de contraception et d'espacement des grossesses. Sachant que l'intervalle intergénéral ne doit pas être trop rapproché, les femmes de cette génération nous ont dit qu'en continuant à allaiter, elles retardèrent la prochaine grossesse et qu'ainsi, l'enfant avait le « loisir de grandir et d'être en bonne santé ». Les jeunes citadines avec lesquelles nous sommes entretenues n'ont pas tenu ce discours. Ne mentionnant pas de raisons

spécifiques pour justifier le moment du sevrage de l'enfant, certaines ont simplement dit que c'était « le moment ». Pour leurs aînées, le moment du sevrage fut davantage influencé par l'entourage féminin et médical. À l'inverse, même si les jeunes répondantes prennent en considération ces conseils, elles semblent décider seules du moment du sevrage. Cette transformation quant à la prise de décision se constate même chez les femmes non scolarisées. Le poids de la tradition étant fort dans l'univers de ces dernières, ce résultat n'est pas sans nous étonner. Aïcha (28 ans, ménagère, mariée, 1 enfant), qui a fréquenté l'école jusqu'en CE1, nous dit : « *je me moque de ce que pensent les autres* ».

5.2.3 Un apprentissage progressif de la maternité : la toilette de l'enfant

5.2.3.1 Facteurs influençant le délai de l'apprentissage

La toilette de l'enfant, véritable cérémonial, est un moment privilégié où les aînées transmettent des connaissances fondamentales aux nouvelles mères. Cet apprentissage se fera par mimétisme: la nouvelle mère observera, matin et soir, les actions que posera l'aînée lors de la toilette – généralement la belle-mère pour les femmes de la nouvelle génération et une aînée de la belle-famille pour celles de la génération précédente. Après quelques temps, sous le regard de l'aînée, les mères commenceront à donner la toilette à leur bébé. Cette période d'apprentissage est plus courte pour les femmes de l'ancienne génération (1 mois) que pour leurs benjamines (3 mois). Cela s'explique sans doute par le fait qu'à l'époque les vieilles femmes n'habitaient pas longtemps avec les répondantes âgées après l'accouchement. De plus, nous notons que celles-ci semblent s'être occupées davantage de jeunes enfants; elles ont « porté » leurs frères et sœurs. Pourtant, malgré cette connaissance acquise

durant l'enfance et l'adolescence, plusieurs répondantes âgées ont dû faire semblant de ne pas savoir comment s'occuper de leur enfant. Selon Suzanne Lallemand (1977 : 248), la femme doit « feindre de voir pour la première fois ce que mille fois, fillette, chargée de ses cadets, elle a aidé sa mère à préparer – sous peine d'être taxée d'insolence ». Marriam (55 ans, accoucheuse, mariée, 3 enfants) nous explique la complexité du problème : « *Avec les belles-mères vraiment, on a des problèmes [...] si tu ne l'écoutes pas, on a des problèmes, elle va dire à ton mari que tu ne la respectes pas et va faire la bagarre* ». Comme l'explique Suzanne Lallemand (1977 : 250), la belle-mère désire assurer sa domination dans la belle-famille en contrôlant l'apprentissage de la maternité de sa belle-fille.

Malgré cette pression et domination de l'aînée, nous notons que les femmes de la génération précédente se sont opposées à certaines pratiques et ont fait montre de plus de connaissances que les jeunes répondantes durant l'apprentissage de la toilette, elles n'ont jamais signifié leur désaccord. Une fois de plus, le statut matrimonial au moment de la naissance peut expliquer cette différence. Adjaratou (22 ans, gérante d'un télécentre, non mariée, 1 enfant), qui n'était pas mariée, nous dit au sujet des soins que sa belle-mère donnait à l'enfant : « *comme c'est leur enfant moi je ne pouvais rien* ». En ce sens, nous croyons que comme les femmes de la génération antérieure étaient déjà mariées, elles n'avaient pas besoin, contrairement à leurs cadettes, de s'intégrer à la belle-famille. Ainsi, elles auraient peut-être joui d'une plus grande liberté pour faire part de leurs opinions. De plus, l'aide à la répondante âgée n'était pas toujours dispensée par la belle-mère, ce qui enlève une pression supplémentaire. Spécifions aussi que celles qui critiquent les pratiques des vieilles

femmes sont surtout des répondantes qui ont reçu une formation en puériculture. Parlant de sa belle-mère qui voulait purger son enfant, Marie-Jeanne (58 ans, secrétaire, mariée, 3 enfants) nous dit : « *Ils disent : « tu vois ça, bon, c'est à cause des tisanes que l'enfant va chier comme ça. Une fois qu'on a été à l'école, on comprend que tout ça n'a pas de sens »*. Toutefois, nous notons que, malgré les difficultés qui ponctuent parfois les rapports entre les répondantes et les vieilles femmes, la majorité des femmes de l'ancienne génération reconnaissent l'apport de ces aînées et se sentent rassurées par leur présence. Cela est d'autant plus vrai pour les femmes de la nouvelle génération. Leurs relations avec leur belle-mère semblent plus harmonieuses que celles vécues par les femmes de la génération antérieure. Bien que certaines répondantes âgées aient observé la toilette de leurs frères et sœurs lorsqu'ils étaient des nouveaux-nés, les femmes des deux générations ne l'ont jamais dispensée. L'enseignement de l'aînée s'avère donc, pour plusieurs, essentiel, car cette dernière leur apprend « tout ce qu'il y a à savoir sur la toilette ».

5.2.3.2 Éléments de continuités et changements dans les soins relatifs à la toilette de l'enfant

5.2.3.2.1 Doucher avec les tisanes

Bien que l'ensemble des pratiques qui organisent la toilette soient similaires, le déroulement diffère parfois d'une répondante à l'autre et ce, tant entre les membres d'un même groupe d'âge qu'entre les générations. Nous tenterons donc de brosser un portrait général tout en prenant soin de noter ces différences. La toilette se divise en plusieurs étapes. Quoique les propos des répondantes, – jeunes et vieilles – sur la séquence des actions posées lors de la toilette soient ambigus, leurs aînées semblaient commencer par la tête et, plus précisément, par les oreilles. Dans un premier temps,

l'enfant est lavé dans de l'eau et du savon puis, avec des tisanes – qui serviront aussi à le purger. Ignorantes quant au choix des produits pharmacopées (vertus et usages thérapeutiques des plantes), les femmes y seront initiées progressivement; c'est donc aux aînées qu'en revient le choix. Les tisanes ne doivent pas, selon les répondantes âgées, atteindre la tête car elle causerait son grossissement. L'ensemble des femmes de notre échantillon ont insisté sur le fait que les tisanes protégeaient ainsi l'enfant contre les maladies et les personnes impures (les femmes qui avortent et ceux qui ne se sont pas douchés après leur rapport sexuel), qu'elles accéléreraient leur croissance et qu'elles le renforceraient. Contrairement à une minorité de femmes de la jeune génération (3 cas), une plus grande proportion (6 cas) des femmes de l'ancienne ont donné ces tisanes à boire à l'enfant. La diminution de cette pratique est sans doute le reflet d'une meilleure sensibilisation des jeunes femmes aux soins de santé « modernes ». Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant), nous dit au sujet du gavage et de la toilette avec les tisanes : *« Tu vois les femmes modernes on trouve que nos parents exagèrent avec la pharmacopée, donc nous on essaie de laisser un peu mais, les parents sont jamais d'accord, donc on laisse »*. Contrairement à Anna qui, malgré son désaccord, a laissé ses aînées effectuer la toilette, certaines femmes de l'ancienne génération qui étaient scolarisées ont été plus catégoriques dans leur refus. Une d'entre elles a cessé de laver son enfant avec les tisanes lors du départ de sa belle-mère. Le refus du mari de Malika (44 ans, ménagère, mariée, 3 enfants), qui avait fait ses études vétérinaires en Europe, sera aussi affirmatif: lorsqu'il surprendra la vieille femme en train d'effectuer de telles pratiques, il l'arrêtera immédiatement. Plutôt que d'utiliser les tisanes, ces mères éduquées vont parfumer leurs enfants après la toilette. À l'inverse, celles qui sont

moins scolarisées réitéreront l'importance de l'utilisation des tisanes. En fait, Noémia (61 ans, ménagère, mariée, 3 enfants (12 grossesses)), croit davantage en la pharmacopée qu'en la médecine moderne. Elle déclare que « *les tisanes sont meilleures que les médecins aujourd'hui. Autrefois, les enfants étaient bien en forme* ». Abondant dans le même sens, Annita (25 ans, ménagère, non mariée, 1 enfant), qui a étudié jusqu'en CE1, affirme qu' « *aujourd'hui, il n'y a plus de bonnes tisanes comme autrefois. Les connaissances ont changé. Nous sommes dépendantes des médecines modernes* ». Ces femmes semblent nostalgiques des pratiques traditionnelles.

5.2.3.2.2 La « purge »

Nous avons vu que le corps de l'enfant doit passer par des étapes initiatiques : le lavage à l'aide des tisanes, le rasage des cheveux, l'enterrement du placenta et le baptême. Par ces différentes pratiques et soins, les aînées conformeraient l'enfant à la communauté; elles « socialisent leur corps » (Huygens & al., 2002 : 357). Toutefois, les mères qui évoluent en milieu urbain, balançant entre modernité et tradition, délaissent certaines pratiques (gavage, excision, refus de donner le colostrum, scarification et pression des seins). En ce sens, les résultats que nous avons obtenus sur la pratique de la purgation nous étonnent. Bien que la purgation fût pratiquée par la quasi-totalité des mères des deux générations, nous constatons cependant que certaines femmes de l'ancienne génération se sont opposées à cette pratique.

La purgation a habituellement lieu durant la toilette du nouveau-né. Parce que les sages-femmes ne recommandent pas cette pratique, les vieilles femmes commencent à le purger une fois à la maison. Après avoir observé les actions de ces

dernières pendant quelques temps, les femmes débute la « purge ». La méthode qu'utilisent les femmes pour purger le nouveau-né diffère d'une génération à l'autre : les aînées des femmes de la nouvelle génération, à l'exception de l'une d'entre elles, ont purgé avec la poire tandis que celles des répondantes de la génération antérieure ont purgé avec la poire ou avec la bouche. La mixture avec laquelle on purge est la même pour les deux groupes d'âges: de l'eau chaude ou froide qui a été préalablement mélangée avec des tisanes. Les raisons invoquées par les répondantes pour purger sont de nature hygiénique et symbolique. Les purges permettraient de libérer les saletés (*regdo*) – une répondante âgée a dit qu'il s'agissait de « pleurs » du nombril – que l'enfant a accumulées durant la grossesse. Pour les mères burkinabè, cette pratique aurait en effet, selon Huygens (2002: 357), une vertu « cicatrisante sur la plaie de la coupure du cordon ». Cette libération permettrait également d'éviter certaines maladies. Croyant que l'enfant « ne peut chier seul », certaines répondantes donnent aussi une fonction régulatrice à la purgation.

Seule une femme issue de la jeune génération n'a pas purgé sa fille. Elle a suivi les conseils de son beau-père qui était médecin. En effet, des études médicales récentes se questionnent sur les conséquences des lavements rectaux (Yé & *al.*, 2006; Kanki, 1994, cité par Huygens, 2002), nous comprenons l'interdiction du beau-père. Comme les femmes de la génération antérieure ont davantage « socialisé le corps de leur enfant » (baptême, rasage des cheveux et refus du don du colostrum) que celles de la jeune génération, nous croyons qu'elles ont pu refuser dans certains cas la purgation du nouveau-né. Malgré les pressions incessantes de leur belle-famille, deux répondantes âgées qui avaient suivi une formation en puériculture n'ont pas voulu purger leur enfant disant qu'il « chierait seul ». Comme elles n'étaient pas toujours

avec une vieille femme, elles ont pu prendre ce genre de décisions. Certaines femmes de l'ancienne génération ont même développé des stratégies pour satisfaire leurs aînées tout en refusant d'effectuer cette pratique : par exemple, une répondante âgée a dit à sa belle-mère avoir effectué la « purge » alors qu'elle ne l'avait pas fait. Après la première consultation post-natale, sous les conseils des sages-femmes, deux répondantes âgées ont également cessé d'effectuer des lavements. Le mari d'une femme de l'ancienne génération a interdit à son épouse de faire le lavement rectal, disant que son enfant deviendrait « bête ». D'autres répondantes ont aussi cessé la purgation lorsque l'aînée a quitté la maison. Ainsi, 6 femmes de la vieille génération – contre seulement une mère de la nouvelle génération – ont cessé ou n'ont pas purgé leur enfant. Le fait que les jeunes répondantes n'étaient généralement pas mariées et qu'elles habitaient avec leur belle-mère les a incitées à accepter davantage ces pratiques. Nous croyons ainsi que le fait qu'elles soient déjà mariées confère aux femmes de la vieille génération un plus grand pouvoir de décision et de refus de certaines pratiques.

5.2.3.2.3 Massage du corps et soins du cordon ombilical

Après la toilette avec les tisanes, les aînées procèdent au massage du corps de l'enfant, aussi appelé « sport » par certaines répondantes. Cela consiste à étirer les membres de ce dernier, à les plier, à le froter vigoureusement avec du beurre de karité et, finalement, à façonner son visage et ses pieds. Ce beurre, selon les dires des femmes, rendrait la « peau plus molle », « protégerait l'enfant » et « lui éviterait les coups de vent ». De plus, dans quelques cas, les aînées des femmes de la jeune

génération ont appuyé sur les seins de leur garçon « pour qu'il ne pousse pas » et ont aussi dit secouer l'enfant par les pieds pour « qu'il devienne plus léger ».

À la fin de la toilette, sous le regard des nouvelles mères, les vieilles femmes prennent les plus grandes précautions quant aux soins du nombril, qu'elles appellent « le cordon ». Elles saisissent un morceau de canari (pot) cassé et le font chauffer. Elles mettent du beurre de karité sur leur pouce, le pose sur le canari brûlant et appuie sur la plaie qu'a laissée le cordon. Après avoir fait cela, Anna (23 ans, étudiante universitaire, non mariée, 1 enfant) nous dit que « *l'enfant s'endort puisque le nombril, généralement, ça fait mal* ». Malgré la généralisation de cette pratique, des femmes de la jeune génération nous ont parlé de méthodes alternatives. Une d'entre elles dit avoir utilisé seulement du Maggi (cube de concentré de poulet) pour cicatriser la plaie. Une autre a mis sur le nombril de la pommade achetée à la pharmacie. Cette façon de faire semblait déjà présente au temps de l'ancienne génération : trois répondantes, qui avaient suivi une formation en puériculture, ont elles-mêmes soigné la plaie en y posant de l'alcool, en faisant des pansements et en y mettant une pommade. Considérant ces pratiques plus modernes, Nafissatou (61 ans, trieuse à la banque, mariée, 4 enfants) nous dit : « *on ne fait pas comme au village* ».

Conclusion

Ce mémoire, qui se proposait d'étudier l'évolution de l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de l'entrée en maternité de deux générations de Ouagalaises, a mis en lumière plusieurs changements et éléments de continuité importants dans l'expérience de la maternité.

Comme nous l'avons vu, le mariage n'est plus le contexte de procréation par excellence. Au contraire des femmes de l'ancienne génération qui avaient vécu leur première grossesse alors qu'elles étaient mariées, celles de la nouvelle génération ont eu, pour les deux tiers, des grossesses prémaritales. L'aval de la famille à l'union du couple demeure pourtant toujours important : les rencontres entre les familles semblent remplacer la célébration du mariage traditionnel ou civil comme premier marqueur de l'entrée en union. Malgré cette caution, l'instabilité du statut matrimonial de ces jeunes femmes influence leur désir d'avoir des enfants : comme elles appréhendent la réaction de leur famille, elles désirent moins la grossesse à venir. Au contraire, les couples de l'ancienne génération devaient, sous la pression de leur famille, procréer immédiatement après leur mariage. Quoique la forme de l'union soit plus libre, les jeunes femmes d'aujourd'hui respectent davantage les coutumes d'emménagement dans la belle-famille lors de la grossesse et de la période post-

partum que leurs aînées. Cette plus grande proportion de femmes cohabitant avec leur belle-famille pourrait s'expliquer par la dégradation des conditions économiques qui rend l'accession à un logement indépendant difficile et par le fait que les jeunes femmes veulent inciter leur copain à les prendre pour épouse. En revanche, les répondantes de l'ancienne génération étaient mariées au moment de la grossesse et avaient emménagé avec leur mari à la suite de leur mariage; elles ont ainsi continué à habiter avec leur mari après avoir pris conscience de leur grossesse.

La recherche a clairement montré que si la honte et les tabous sexuels entre mères et filles sont encore au cœur de la faible connaissance en matière de santé reproductive des jeunes à Ouagadougou, la transmission du savoir lors de la grossesse et de la période post-partum passe tout de même de générations de femmes en générations de femmes. L'information reçue sur la grossesse et sur l'accouchement demeure pourtant insuffisante et parfois erronée. L'éducation en matière de santé reproductive des jeunes femmes, donnée par l'État et les ONG, semble marquer un tournant majeur dans l'expérience de la maternité. Étant plus scolarisées, ayant accès à des ressources concernant la sexualité et discutant davantage de ces sujets avec leurs amies, elles reconnaissent facilement les premiers signes de la grossesse, consultent plus souvent les services prénataux et perçoivent davantage les signaux du début du travail que les femmes de l'ancienne génération. Bien que ces dernières aient eu moins de connaissances en la matière, elles se sont tout de même massivement rendues à la SMI. Elles ont été cependant moins fréquemment aux consultations prénatales que leurs benjamines. Si la proximité du domicile était le principal critère de choix de la SMI pour les répondantes de la vieille génération, nous observons que maintenant, les femmes de la nouvelle génération prennent

davantage en considération l'aspect humain et la réputation du centre de soins. Les conseils des sages-femmes et de l'entourage féminin guident ces femmes, jeunes et âgées, durant leur première grossesse. Les recommandations des premières visent la prévention et la bonne santé des femmes, tandis que ceux des femmes s'attachent aux croyances et pratiques traditionnelles.

À la fin des années 1980, les soins de santé se sont réorganisés au Burkina Faso. Dans un premier temps, la plus grande accessibilité des soins de santé ne semble pas avoir eu un effet déterminant sur le déroulement de l'accouchement : les femmes de la nouvelle génération se sont rendues moins rapidement à la maternité que celles de l'ancienne génération. À notre avis, c'est la qualité de la personne-ressource de la primipare qui influence le délai entre le début des douleurs de l'accouchement et le moment où la femme décide de se rendre à la maternité. Comme les jeunes avaient une aînée – leur belle-mère – à proximité, elles ont attendu plus longtemps avant de se rendre à la maternité. À l'inverse, les répondantes de l'ancienne génération, craintives, s'y sont rendues rapidement. Toutefois, malgré des douleurs persistantes, quelques jeunes mères qui vivaient des grossesses prémaritales ont tardé à le signifier à leurs aînées. Nous soupçonnons que le statut civil de leur couple ait été un facteur qui a favorisé ce silence : peut-être ont-elles été inconfortables avec leur belle-famille, qu'elles connaissaient à peine.

Le non-accès des accompagnantes à la salle d'accouchement nous apparaît aussi comme un changement majeur de la structure des soins. Anciennement, la parturiente était accompagnée par une femme expérimentée de son entourage, généralement la belle-mère. Depuis les années 1970, l'accouchement en milieu urbain s'est progressivement déplacé des maisons vers les maternités. Quoique les

répondantes de la génération précédente aient accouché à la maternité sous la supervision de sages-femmes, leurs accompagnantes occupaient encore une place importante dans leur expérience. Désormais, les accompagnantes doivent rester à l'extérieur de la salle d'accouchement. Cela n'est pas sans conséquences sur l'expérience des femmes. L'absence des accompagnantes a peut-être pour effet de diminuer la pression sur les jeunes femmes quant au contrôle de leur douleur. En contrepartie, ce non-accès ouvre vraisemblablement la porte à des abus de la part des sages-femmes.

Nous avons effectivement observé des comportements rudes envers les jeunes femmes de la part des sages-femmes. Désirant accélérer le travail des parturientes, les sages-femmes utiliseraient la menace de la césarienne pour favoriser la poussée, elles injecteraient du *Synthocinon*, leur parleraient durement, effectueraient des interventions sans leur expliquer les conséquences de ces actes et, en de rares occasions, menaceraient de les frapper. Les femmes de la génération précédente ont aussi noté la fragilité de leur relation avec la sage-femme, mais ne semblent pas avoir eu ce genre de problèmes. Les sages-femmes défendent leurs actions en disant qu'elles les posent toujours dans l'intérêt des parturientes. N'ayant pas reçu de formation sur l'accouchement et étant parfois faiblement scolarisées, les jeunes femmes ne réagiraient pas toujours, selon les sages-femmes, adéquatement, entraînant ainsi des complications pour leur santé et celle de l'enfant. Malgré ces faits marquants, l'ensemble des femmes semblent satisfaites des soins prodigués par leur sage-femme. Elles ont souligné leur calme, leur empathie, leur compassion et leur écoute. Ces qualités sont renforcées lorsque les répondantes connaissent intimement un des membres du personnel soignant. Bien que le séjour à la maternité ait été plus

court pour les femmes de la nouvelle génération, les moments qui suivirent l'accouchement se sont déroulés de manière analogue pour les deux générations.

Nous constatons que les fondements socioculturels du *rog n miki*, normes qui régissent la société burkinabè, sont encore bien présents lors de la période post-partum des jeunes femmes. Comme l'enfant doit passer par certaines pratiques rituelles pour intégrer pleinement le monde des vivants, nous observons que l'enterrement du placenta, le rasage des cheveux, la purgation et la toilette de l'enfant (lavage avec des tisanes, massage du corps et étirements) perdurent. Si ces pratiques persistent, elles se transforment, aussi. Même si ce sont les mêmes motivations qui poussent les femmes des deux générations à respecter la réclusion, elle est plus longue pour la jeune génération. À l'exception d'une diminution de la pratique de pressions sur les seins, le déroulement de la toilette post-partum des primipares est similaire d'une génération à l'autre. Nous notons aussi quelques variations dans la cérémonie du baptême : des jeunes couples non mariés ont tout de même pu le célébrer, l'attribution du nom se transforme et la fête est moins faste qu'auparavant. De plus, la promotion des agents de santé, les campagnes de sensibilisation de l'État et l'information reçue à l'école portent manifestement fruit en matière d'allaitement et en matière de gavage. Les répondantes de la nouvelle génération ont gavé en moins forte proportion le nouveau-né. Contrairement à leurs aînées, elles connaissaient les bienfaits du colostrum et ont allaité quelques heures à peine après l'accouchement. Toutefois, malgré leurs connaissances, les jeunes femmes de la génération actuelle, comme celles de la génération précédente, donnent de l'eau à leur enfant dans les instants qui suivent la naissance. Écoutant généralement les conseils de leur entourage et des agents de santé, les jeunes femmes décident toutefois seules de

sevrer leur enfant. Elles le feront plus rapidement que les femmes de l'ancienne génération qui ont, quant à elles, suivi les recommandations des femmes expérimentées.

L'analyse de l'évolution des pratiques et rituels de soins donnés à l'enfant et à la femme montre que les répondantes de la nouvelle génération, malgré une meilleure éducation, semblent davantage soumises à leur belle-mère que ne l'étaient celles de l'ancienne. Une partie des femmes de la génération précédente, particulièrement celles qui étaient scolarisées, étaient en effet plus réfractaires à certaines pratiques (la « purge », la toilette avec les tisanes et leur propre toilette) que celles de la nouvelle génération qui, elles, s'y sont soumises sans s'y opposer. Comment expliquer cette plus grande soumission des jeunes répondantes aux vieilles femmes? Cela s'expliquerait peut-être par les faits suivants. Tout d'abord, les jeunes femmes d'aujourd'hui sont plus longtemps sous le contrôle de leur aînées – le temps de l'aide pré et post-natale s'est allongé depuis une génération – car elles ont difficilement accès au logement. Habitant le plus souvent avec leur belle-famille, elles cherchent peut-être aussi par cette obéissance à intégrer plus rapidement le lignage du père de leur enfant et à se marier avec lui. Nous pouvons donc croire que cette soumission aux aînées est liée au statut prémarital de la grossesse et à la promiscuité avec les vieilles femmes. À l'inverse, habitant chez elles et mariées, les femmes de l'ancienne génération bénéficiaient d'une plus grande liberté quant aux soins prodigués à leur enfant et pouvaient ainsi refuser certaines pratiques plus facilement. Malgré les difficultés qui ponctuent les rapports avec leurs aînées, les femmes des deux générations reconnaissent l'importance de la présence de femmes expérimentées et l'étendue de leurs connaissances en matière de soins donnés à l'enfant.

Au terme de ce mémoire, nous prenons conscience que des actions pourraient être posées pour améliorer l'expérience de la maternité des Ouagalaises. Dans un premier temps, considérant que la dynamique de l'accouchement se transforme, nous croyons que la relation femme/sage-femme influence grandement l'expérience de l'accouchement et, ultérieurement, la volonté de consulter les services de soins de santé. Une meilleure communication entre les femmes et les sages-femmes améliorerait sans doute leurs relations. Des cours prénataux pourraient aussi être donnés aux primipares. En étant mieux informées, ces dernières collaboreraient plus facilement avec les sages-femmes; l'entente et la communication avec celles-ci n'en seraient que meilleures. Les SMI et les maternités devraient donc organiser des groupes de discussion et de formation pour les primipares où les agents de santé expliqueraient les actions posées par les sages-femmes, le déroulement de l'accouchement et leurs droits. Les sages-femmes devraient être aussi sensibilisées quant aux conséquences des actes qu'elles posent lors des accouchements. La formation en pratique sage-femme d'État devrait, en ce sens, comprendre une portion éthique. De telles mesures permettraient aux femmes de vivre une expérience de l'accouchement plus harmonieuse et plus sécuritaire. Des études futures devraient s'attacher à l'impact de la relation femme/sage-femme sur le déroulement de l'accouchement et à l'influence que la perte de pouvoir des accompagnantes a sur les primipares.

Dans un deuxième temps, afin d'améliorer l'expérience de la maternité et la santé infantile, nous estimons que les campagnes de sensibilisation en matière de soins de santé à la mère et à l'enfant doivent encore s'adresser aux jeunes femmes, mais qu'elles requièrent aussi une plus grande diffusion auprès des conjoints et des

femmes d'expérience. Si l'État burkinabè veut encourager la diminution des pratiques comme le refus du don du colostrum, la « purge », le gavage, le don d'eau à l'enfant à la naissance et les pressions sur les seins, les vieilles femmes, qui sont les gardiennes du savoir, ont tout avantage à être mieux informées. Nous avons effectivement remarqué que lorsque les connaissances acquises à l'école et les recommandations des sages-femmes étaient proches des pratiques valorisées par les aînées, les jeunes femmes étaient plus enclines à les respecter. Des études pourraient recenser et décrire les connaissances des femmes expérimentées en matière de soins de santé afin de pouvoir quantifier et qualifier leurs lacunes. Ainsi, les campagnes de sensibilisation pourraient adapter leurs messages en fonction des résultats obtenus.

Des études éventuelles pourraient également s'intéresser aux raisons qui motivent la soumission des femmes de la nouvelle génération aux femmes expérimentées. Pour ce faire, ces recherches devraient étudier plus particulièrement l'influence du statut matrimonial sur la capacité de prise de décision des jeunes femmes. Cela mettrait peut-être en lumière les différentes stratégies que les femmes de la nouvelle génération prennent pour contrer ou approuver les décisions de leurs aînées. Il est aussi essentiel de questionner les raisons et de saisir les conséquences de l'emménagement des jeunes femmes dans la cour de la belle-famille.

Malgré le fait que la maternité des Ouagalaises puisse être améliorée en plusieurs aspects, comme en témoignent nos quelques propositions, nous croyons aussi qu'elles devraient être une source d'inspiration pour de nombreux couples, femmes et familles québécoises. L'expérience de la maternité de ces femmes burkinabè démontre l'importance de la solidarité entre femmes, la valeur de la transmission du savoir de génération en génération, la primauté de la vie,

l'importance de préserver le côté naturel de la maternité et le savoir-faire en matière de soins à donner à l'enfant (beurre de karité, massage, allaitement prolongé et portage). En somme, nous avons tout avantage à prendre pour exemple leur philosophie qui place la famille, les enfants et les ancêtres au centre de leurs priorités.

Bibliographie

- Adjamagbo, Agnès, Philippe Antoine et Valéry Delaunay. 2004. « Naissances prémaritales au Sénégal : confrontation de milieu urbain et rurale ». *Cahier québécois de démographie*, vol. 33, no 2, p. 239-272.
- Adjamagbo, Agnès, Agnès Guillaume et Koffi N'Guessan. 1999. *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. Paris : Éditions I.R.D., 165 p.
- Adjamagbo Agnès, Agnès Guillaume et Patrice Vimard. 1999. « Santé maternelle et infantile en milieu akan (Côte d'Ivoire) ». Chap. in *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, p. 109-130. Paris : Éditions I.R.D.
- Alfieri, Chiara, et Bernard Taverne. 2000. « *Ethnophysiologie, règles et précautions chez les Bobo et Madare et les Mossi* ». In *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, sous la dir. de Desclaux, Alice, et Bernard Taverne, p. 167-187. Paris : Karthala.
- Antoine, Philippe. 2002. « Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique ». Document de travail DIAL, Dakar : Éditions I.R.D., 25p.
- Avril, Nathalie. 2003. « Alimentation et santé de la grossesse en milieu rural burkinabè : perceptions et contraintes socio- culturelles ». Mémoire de maîtrise, Montpellier, Université de Montpellier II, 41 p.
- Badini, Amadé. 1994. *Naître et grandir chez les Mossé traditionnels*. Ouagadougou : SÉPIA-A.D.D.B, 207 p.
- Badjeck, Alain. 1991. *Projet BKF/87/P02 : Unité de population pour la planification du développement. Statut et rôle de la femme dans le développement : le cas du Burkina Faso*. Ouagadougou, 87 p.
- Babjeck, Alain. 1991. *Projet BKF/87/P02 : Unité de population pour la planification du développement. Les Aspects anthropologiques de la mortalité et de la fécondité chez les Moose, les Peul et les Bwamba du Burkina Faso*. Ouagadougou, 53 p.
- Banque Mondiale. 2003. *Santé et pauvreté au Burkina Faso : Progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté*. Africa region human development working paper series, 174 p.
- Bardem, Isabelle. 1997. *Précarités juvéniles en milieu urbain africain*. Paris : L'Harmattan, 255 p.

- Bardem, Isabelle, et Isabelle Gobatto. 1995. *Maux d'amour, vies de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain (Ouagadougou)*. Paris : L'Harmattan, 173 p.
- Barry, Aboubacar. 2002. « L'enfant mort et sa mère en clinique africaine ». *Évol Psychiatr*, no 67, p. 516-544.
- Barry, Aboubacar. 2001. *Le corps, la mort et l'esprit du lignage. L'ancêtre et le sorcier en clinique africaine*. Paris : L'Harmattan, 270 p.
- Baya, Banza. 1993. « *Les déterminants de la mortalité des enfants en milieu urbain au Burkina Faso : cas de Bobo-dioulasso* ». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 296 p.
- Beauregard, Marie-France. 2006. *Guide pour la revendication d'une maison de naissance*. Montréal : Regroupement Naissance-Renaissance, 28 p.
- Beguy, Donatien, et Fofu Ametepe. 2004. *Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances?*. Communication présentée à la « Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action », Chaire Quetelet, Louvain-de-la-Neuve, 17-20 novembre 2004.
- Benoist, Bruno. 1995. « Le sevrage : un défi pour l'enfant et pour sa mère ». In *L'alimentation de complément du jeune enfant*, sous la dir. de Trèche, Serge, Bruno de Benoist, Djamil Benbouzidm et Francis Delpeuch, p.7-13. Paris : ORTOM.
- Bonnet, Doris. 1983. *Africaines*. Paris : L'Harmattan, 62 p.
- Bonnet, Doris. 1988. *Corps biologique, Corps social*. Paris : Éditions de l'ORSTOM, 138 p.
- Bonnet, Doris. 1994. « L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant ». *L'homme*, vol. 33, no 3 (juillet-septembre), p.93-110.
- Bouthat, Chantal. 1993. *Guide de présentation des mémoires et thèses*. Montréal: Université du Québec à Montréal, 110 p.
- Brabant, Isabelle. 2005. « Les accoucheuses ». *La vie en rose*, Hors série, p.106-109.
- Burkina Faso, ministère de la santé, Direction des études et de la planification. 2007. *Annuaire statistique/santé 2006*. 243 p.
- Burkina Faso, 2003. *Enquête de Démographique et de Santé*. ORC Macro, Carleton, Maryland, septembre 2004.

- Burkina Faso, ministère de la santé, Direction des études et de la planification. 2007. *Tableau de bord de santé 2006*. 61 p.
- Burkina Faso, ministère de la santé, Direction de la santé et de la famille. 2006. *Directives nationales pour la mise en œuvre nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH*. 41 p.
- Burkina Faso, ministère de la santé, Direction de la santé de la famille. 2004. *Plan stratégique pour une maternité à moindre risque 2004-2008*. 35 p.
- Burkina Faso, ministère de la santé. 2002. *Politique sanitaire nationale*. 31 p.
- Burkina Faso, ministère de la santé. 2003. *Rôles et apports des accoucheuses de village dans les prestations de services de maternités à moindre risque*. 50 p.
- Burkina Faso, ministère de l'économie et des finances. 2004. *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*. 65 p.
- Burkina Faso, ministère de l'économie et du développement, Bureau central du recensement. 2007. *Résultats préliminaires du recensement général de la population et de l'habitation de 2006*. 51 p.
- Burkina Faso, ministère des affaires étrangères et de la coopération. 2008. *Connaître le Burkina Faso*.
In <http://www.mae.gov.bf/SiteMae/infos-burkina/connaître.html>
- Calvès, Anne-Emmanuèle, Jean-François Kobiané et Edith Martel. 2007. « Changing transition to adulthood in urban Burkina Faso ». *Journal of comparative family studies*, vol. 38, no 2, p. 265-283.
- Calvès, Anne-Emmanuèle. 2007. « Trop pauvre pour se marier? Crise de l'emploi urbain et entrée en première union des hommes au Burkina Faso ». *Population*, vol. 62, no 2, p. 339-360.
- Calvès, Anne-Emmanuèle, et Bruno Schoumaker. 2004. « Deteriorating economic context and changing patterns of youth employment in urban Burkina Faso : 1980-2000 ». *World Development*, vol. 32, no 8, p. 1341-1354.
- Calvès, Anne-Emmanuèle. 2002. « Abortion risk and abortion decision making among young in urban Cameroon ». *Studies in Family Planning*, vol. 33, no 3, p. 249-260.
- Chevrier, Jacques. 2003. « La spécification de la problématique ». In *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, sous la dir. de Benoit Gauthier, p.52-84. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Cros, Michèle. 1990. *Anthropologie du sang en Afrique*. Paris: L'Harmattan, 297 p.

- Dabiré, Ernest. 2001. « Déterminants de l'utilisation des services prénatals dans les pays en développement : cas du Burkina Faso ». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, 139. p.
- Dembele, Bernard. 2004. *Santé de la reproduction des adolescentes : qu'est ce qui détermine la sexualité prémaritale des filles au Burkina Faso?*. Communication présentée à la « Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action », Chaire Quetelet, Louvain-de-la-Neuve, 17-20 novembre 2004.
- Desclaux, Alice, et Bernard Tavernier. 2000. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris: Karthala, 556 p.
- Erny, Pierre. 1990. *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*. Paris: L'Harmattan, 197 p.
- Erny, Pierre. 1987. *L'enfant et son milieu en Afrique Noire*. Paris: L'Harmattan, 310 p.
- Erny, Pierre. 1988. *Les premiers pas de la vie de l'enfant d'Afrique Noire : naissance et première enfance*. Paris: L'Harmattan, 355 p.
- Ewondé-Mondo, Elisabeth. 1991. « La callipédie ou l'art d'avoir de beaux enfants en Afrique noire ». In *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et Madagascar*, sous la dir. de Suzanne Lallemand, p. 43-60. Paris : L'Harmattan.
- Fassin, Didier. 1994. « Penser les médecines d'ailleurs. La reconfiguration du champs thérapeutique dans les sociétés africaines et latino-américaines ». Chap. in *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, p.339-363. Paris: Anthropos.
- Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF). 1999. *Analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Burkina Faso*. 171 p.
- Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF). 2002. *Savoir pour sauver*. New York, 177 p.
- Gauthier, Benoit (dir. publ.). 2003. *Recherche social. De la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 619 p.
- Guiella, Georges. 2004. *Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux*. Rapport no 12, Ouagadougou: Institut supérieur des sciences de la population (ISSP), 40 p.

- Gueilla, Geoges, et Vanessa Woog. 2006. *Santé sexuelle et reproductive des adolescentes au Burkina Faso : Résultats d'une enquête nationale en 2004*. Rapport no 21, Ouagadougou : Institut supérieur des sciences de la population (ISSP), 152 p.
- Guillaume, Agnès. 2003. « The role of abortion in the fertility : transition in Abidjan (Côte d'Ivoire) during the 1990s ». *Population*, vol. 58, no 6, p. 657-686.
- Gruénais, Marc-Éric. 1985. « Aînés, Aînées , cadet, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre (Burkina Faso) ». In *Âge, pouvoir et société en Afrique noire*, sous la dir. de Abélès, Marc, et Chantal Collard, p.219-243. Paris : Karthala.
- Gruénais, Marc-Éric. 1981. *Famille et démographie de la famille*. Paris: Office de la recherche scientifique et technique outre-mer, 52 p.
- Hertrich, Véronique. 2007. *Is polygamy weakening? Diversity and Trends in Western Africa during the past 50 years*. Poster présenté à la « PAA », New York, 28 mars – 1^{er} avril 2007.
- Huygens, Pierre, Blahima Konate, Abdullaye Traoré et Hubert Barennes. 2002. «Hygiène et socialisation du nourrisson: le lavement rectal en milieu urbain à Bobo-Dioulasso ». *Cahiers d'études francophones/santé*, vol. 12, no 4, p. 357-362.
- Jodelet, Denise. 2006. « Place de l'Expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales ». *Les savoirs quotidiens : transmissions, appropriations, représentations*. sous la dir. de Valérie Hass, p. 235-255. Rennes : Les presses universitaires de Rennes.
- Lachaud, Jean-Pierre. 2003. *Dynamique de pauvreté, inégalité et urbanisation au Burkina Faso*. Paris: Presses universitaires de Bordeaux, 280 p.
- Lallemand, Suzanne (dir. publ.). 1991. *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et Madagascar*. Paris: L'Harmattan, 136 p.
- Lallemand, Suzanne. 1993. *La circulation des enfants en société traditionnelle : prêt, don, échange*. Paris: L'Harmattan, 223 p.
- Locoh, Thérèse. 1992. *Condition de la femme et population. Le cas de l'Afrique francophone*. Paris: Cahiers du Ceped, 109 p.
- Locoh, Thérèse. 1995. *Familles africaines, population et qualité de vie*. Dossier du Ceped, no 31, Paris: Ceped, 45 p.
- Locoh, Thérèse. 1984. *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain*. Paris: Presses universitaires de France, 182 p.

- Locoh, Thérèse, et Yara Makdessi. 1996. *Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne*. Dossier du Ceped, no 44, Paris: Ceped, 47 p.
- Locoh, Thérèse. 2002. « Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest ». *Population Division*, Paris : INSD, p. 169-186.
- Locoh, Thérèse. 1988. « Structures familiales et changements sociaux ». In *Population et sociétés en Afrique au sud du sahara*, sous la dir. de Dominique Tabutin, p. 441-478. Paris: L'Harmattan.
- Lussier, Véronique, Hélène David et Louise Ouimet. 1996. « L'entraide maternelle, une réponse à l'isolement pathogène des nouvelles mères ». *Santé mentale au Québec*, vol. 21, no 2, p. 224-232.
- Marie, Alain. 1997. « Les structures familiales à l'épreuve de l'individualisation citadine ». In *Ménages et familles en Afrique. Approches des dynamiques contemporaines*, sous la dir. de Pilon, Marc, Thérèse Locoh, Émilien Vigbikin et Patrice Vimard, p. 279-302. Paris: Ceped.
- Mbambi, Julien. 2004. *Expériences féminines à Brazzaville. Fécondité, identité sexuelle et modernité en Afrique subsaharienne*. Paris: L'Harmattan, 265 p.
- Mensch, Barbara S., Susheela Singh et John B. Casterline. 2005. « Trends in the Timing of First Marriage Among Men and Women in the Developing World ». in *The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, sous la dir. de Lloyd, Cynthia B., Jere R. Behrman, Nelly P. Stromquist et Barney Cohen, p. 118-171. Washington : The National Academies Press.
- Mesure, Sylvie, et Patrick Sevidan (dir. publ.). 2007. *Le dictionnaire des sciences humaines*. Paris : Presses universitaires de France, 1264 p.
- Milogo-Traoré, F., S.T.A Kaba, B. Thieba, M. Akotionga et J. Lankoande. 2007. « Pronostic maternel et foetal au cours de l'accouchement chez la femme excisée ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 36, no 4, p. 393-398.
- Mondain, Nathalie, et Valery Delaunay. 2003. « Life before mariage. Changes in couple formation and premarital pregnancies among the sereer sin in Senegal ». *Working Paper Series of Harvard Center For Population and Development Studies*, vol. 13, no 3, p. 1-32.
- Nanitelamio, Jeanne, et Philippe Antoine. 1988. « Le statut de la femme en Afrique ». *Le magazine*, p. 129-133.

- N'diaye, Ada. 1994. « Les perceptions et la satisfaction des clientes face à la pratique sage-femme dans le district sanitaire de Tivaoune au Sénégal ». Rapport de stage de maîtrise en Sciences infirmières, Montréal, Université de Montréal, 124 p.
- Nebout, Nicole. 2003. *Pleins phares sur la sexualité*. Paris: Les classiques africains, 367 p.
- Nikiema, Béatrice. 1996. « Facteurs de risque associés à la mortalité maternelle en milieu rural ». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, 144 p.
- Nitièma, Abdoulaye, Valéry Riddle et Jacques Girard. 2003. « L'efficacité des politiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso ». *International Political Science Review*, vol. 24, no 2, p. 237-256.
- Opong, Christine. 1988. « Les femmes africaines : des épouses, des mères et des travailleuses ». In *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, sous la dir. de Dominique Tabutin, p. 321-335. Paris : L'Harmattan.
- Ouedraogo, Christine, Vanessa Woog et Guédalia Sondo. 2006. *Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso*. Occasional Report no 20, Ouagadougou: Institut supérieur des sciences de la population (ISSP), 74 p.
- Ouedraogo, Christine. 2001. *Fécondité en milieu rural africain : quelques repères pour l'analyse des changements : une étude du cas Mossi au Burkina Faso*. Workshop on prospects for fertility decline in high fertility countries, Population Division, New York : ONU, 19 p.
- Ouedraogo, Christine. 2001. *Genre et changement social : une étude du cas en milieu rural (Burkina Faso)*. Communication préparé pour la « XXIV conférence générale de l'IUSSP », Savador de Bahia, Brésil, 18-24 août 2001.
- Ouedraogo, Christine. 1994. « L'effet de l'éducation de la mère sur les pratiques de soins accordés à son enfant à Ouagadougou, Burkina Faso ». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 226 p.
- Ouedraogo, Christine. 1996. *Pluralité des soins aux petits enfants. Le cas des Moose de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso)*. Ouagadougou: Travaux de l'Unité d'Enseignement et de recherche en Démographie (UERD), 27 p.
- Ouedraogo, Salimata. 1993. « Comportement des professionnels de la santé et l'utilisation des services prénataux au Burkina Faso (cas de la consultation prénatale dans la ville de Ouagadougou) ». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, 106 p.

- Ouedraogo, C., T. Ouattara, M. Akotionga, B. Thieba, J. Lankoande et B. Kone. 2001. «La mortalité maternelle au Burkina Faso Évolution et stratégie nationale de lutte». *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 11, no 41, p. 452-456.
- Ouedraogo, Wendegoudi Y. 2006. «Dieu dans le Mongo : conceptions et voies d'accès ». In <http://www.africainterculture.com/recherches.html>
- Pires, Alvaro. 1997. « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». Chap. in *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. p. 113-167. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Programme des nations unies pour le développement. 2003. *Rapport sur le développement humain : Burkina Faso*. 223 p.
- Programme des nations unies pour le développement. 2005. *Rapport mondial de développement humain 2005*. 401 p.
- Poupart, Jean, « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques ». Chap. in *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p. 173-209. Montréal : Gaëtan Morin.
- Quéniart, Anne. 1988. *Le corps paradoxal*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 250 p.
- Ransom, Elizabeth I., et Nancy Vé Yinger. 2002. *Pour une maternité sans risque : comment éliminer les obstacles aux soins*. Washington : Population Reference Bureau, 35 p.
- Riddle, Valéry. 2006. « La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres des comités de santé ». *Etude Récit*, no 12, Ouagadougou: Laboratoire Citoyennetés, 36 p.
- Ridde, Valéry. 2005. « Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso ». Thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 683 p.
- Robert, Anne-Cécile. 2004. *L'Afrique au secours de l'Occident*. Paris: Les éditions de l'atelier, 157 p.
- Rosier, Clémentine. 2005. *Avortement provoqué et baisse de la fécondité en Afrique de l'Ouest*. Conférence virtuelle sur « La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle », institut National d'Études Démographiques, 10 au 14 octobre 2005.
- Roth, Claudia. 1996. *La séparation des sexes chez les Zara au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan, 254 p.

- Roy, Nancy. 2000. *Les droits de la travailleuse enceinte*. Montréal : Regroupement Naissance-Renaissance, 10 p.
- Sardan, Jean-Pierre Olivier. 2001. « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'ouest ». In « Les fonctionnaires du sud entre deux eaux : sacrifiés ou protégés? », *Autrepart*, no 20, sous la dir. de Raffinot, Marc, et François Roubaud, p.61-73.
- Somda, Jean Célestin. 1995. « Les pratiques de sevrage au Burkina Faso ». In *L'alimentation de complément du jeune enfant*, sous la dir. de Trèche, Serge, Bruno de Benoist, Djamil Benbouzid et Francis Delpeuch, p. 15-26. Paris: ORTOM.
- Swedy, Jean-Pierre. 1996-1997. « Contribution à la promotion de la santé maternelle et infantile. Analyse des facteurs déterminant l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Le cas du centre de santé et de promotion sociale de Mogtedo ». Mémoire de maîtrise, Ouagadougou, Université de Ouagadougou, 136 p.
- Tabutin, Dominique, et Bruno Schoumaker. 2004. « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 ». *Population*, no 59, p. 521-622.
- Tabutin, Dominique, 1988. *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Paris: L'Harmattan, 551 p.
- Tapsoba, Tounsida Noële Lydia. 2001. « La communauté face aux risques de complications liées à la maternité : discours et pratique. Cas de Komsilga et Rakaye » Mémoire de maîtrise, Ouagadougou, Université de Ouagadougou, 127 p.
- Taverne, Bernard. 2000. « L'allaitement dans le cycle de vie de la femme en pays Mossi ». In *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, sous la dir. de Desclaux, Alice, et Bernard Taverne, p. 83-110. Paris: Karthala.
- Toe, Régine. 1994. « Allaitement maternel au Burkina Faso; étude comparative entre le milieu urbain et le milieu rural ». Thèse de doctorat, Ouagadougou, Université de Ouagadougou, 104 p.
- Traoré, A., F.R. Tall, I. Sanou, L. Kam et A. Sawadogo. 1991. « Allaitement maternel milieu urbain au Burkina Faso ». *Recherche Médicale*.
In <http://www.chu-rouen.fr/chnp0/Annales/Pubped5.htm>
- Traoré, Saratta. 2005. *Mariage et célibat à Ouagadougou*. Paris: L'Harmattan, 188 p.

- Vadeboncoeur, Hélène. 2005. « L'humainsation des pratiques entourant l'Accouchement est-elle limitée? ». *Le médecin du Québec*, vol. 40, no 7, p. 77-86.
- Vadeboncoeur, Hélène. 2004. « La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on? ». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 365 p.
- Vinel, Virginie. 2005. *Des femmes et des lignages. Ethnologie des relations féminines au Burkina Faso (Moose, Sikoomse)*. Paris: L'Harmattan, 289 p.
- Weil, Olivier, Monique Munz et Lydia Tapsoba. 2003. « Réponse aux besoins des Jeunes et Adolescent(e)s en matière de Santé reproductive depuis la CIPD : La contribution du FNUAP et de l'IPPF ». *Rapport d'Évaluation Nationale*, 74 p.
- Willems, Michel. 1997. *Étude socio-démographique en appui au district sanitaire de Paul VI à Ouagadougou : l'opinion des femmes accouchées à la maternité du centre médical Paul VI*. Ouagadougou: Unité d'Enseignement et de recherche en Démographie (UERD), 25 p.
- Yé, D. & al. 2006. *Soins traditionnels aux nouveaux-nés et nourrissons en milieu africain : enquête menée auprès de 450 couples mères-enfants à Ouagadougou (Burkina Faso)*. Communication dans le cadre du Congrès « 1^{ières} journées Mère-enfant », Ouagadougou, 4-6 décembre 2006.
- Zongo, Sylvie. 2004. « Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou : les cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et du CSPS de Koubri ». Mémoire de maîtrise, Ouagaougou, Université de Ouagadougou, 135 p.

Annexe I

Grille d'entretien avec les mères

0-Présentation

Remerciements

Présentation du projet et du chercheur

Projet en lien avec la maternité au Québec
Maternité plus naturelle et humaine
Expertise et expérience africaines

Présentation de l'entretien

Durée d'environ 45 à 60 minutes
Questions sur le déroulement de votre maternité

Confidentialité et droit de retrait

1-Enfance et origine

Parlez-moi de votre enfance.

Sous-questions :

Où avez-vous grandi?
Parlez-moi de votre famille : travail des parents, etc.
Votre confession?
Quelle est votre ethnie?
Où êtes-vous allée à l'école?
Avez-vous déménagé?
Portiez-vous vos frères et soeurs?

Parlez-moi de votre adolescence.

Sous-questions :

Où êtes-vous allée à l'école?
Est-ce que vous travailliez à cette époque?
Aviez-vous un copain?

2-Contexte de la grossesse

Comment avez-vous rencontré le père de votre premier enfant?

Sous-questions:

Êtes-vous mariée?

Désiriez-vous des enfants?

Vous protégez-vous?

Comment?

À quel âge êtes-vous tombée enceinte?

Comment avez-vous appris que vous étiez enceinte?

Où habitiez-vous lors de votre grossesse? Avec qui?

3-Grossesse

Comment cela s'est-il passé lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte?

Sous-questions :

À quel moment en avez-vous parlé à votre entourage?

Comment ont-ils réagi?

Avez-vous suivi les conseils des autres femmes?

Aviez-vous des aliments que vous ne mangiez pas?

Où avez-vous reçu de l'information sur la grossesse?

Qui vous a donné cette information?

Racontez-moi comment s'est déroulée votre grossesse?

4-Préparation à l'arrivée de l'enfant

Comment avez-vous reçu l'information sur la maternité et/ou sur la sage-femme?

Sous-questions:

Quand avez-vous communiqué avec une sage-femme

Pourquoi avez-vous choisi cette maternité et/ou sage-femme?

Quelqu'un vous a-t-il conseillé cette sage-femme ou maternité?

Pourquoi?

Racontez-moi votre première visite au SMI.

Sous-questions:

Comment se sont déroulées les premières rencontres au SMI?

Quels soins vous ont-ils donnés?

Avez-vous posé des questions?

Quels conseils vous a-t-on donnés?

Est-ce que vous les avez suivis?

Pourquoi?

Lors des rencontres à la maternité, étiez-vous accompagnée?

5-Accouchement

Parlez-moi de votre premier accouchement.

Sous-questions:

- Où s'est-il déroulé?
- Quelqu'un vous a-t-il accompagnée?
- Parlez-moi des différentes étapes lorsque vous êtes arrivée?
- Comment avez-vous accouché : dans quelle position?
- Qu'est-ce que la sage-femme ou les accoucheuses faisaient?
- Comment étaient-elles avec vous?
- Quels gestes ont été posés pour vous soulager?
- Était-on à votre écoute?
- Quels gestes ont été posés lorsque l'enfant est né?
- Qu'est-ce qu'ils ont fait avec le placenta?
- Vous sentiez-vous en confiance avec la sage-femme?

6-Période post-natale

Parlez-moi des heures et jours qui ont suivi votre premier accouchement.

Sous-questions:

- Qui s'est occupé de l'enfant durant les premières heures?
- Comment cela s'est-il déroulé?
- Qui s'est occupé de vous?
- Quels gestes ont été posés pour vous aider?
- Qui est venu vous voir?
- Votre conjoint était-il présent?
- La sage-femme vous a-t-elle donné des conseils avant de quitter la maternité?
- Vous sentiez à l'aise avec le personnel de la maternité?
- Combien de temps êtes-vous restée à la maternité?

7-Période post-partum

Parlez-moi des semaines qui ont suivi la naissance de votre premier enfant.

Sous-questions:

- Qu'est-ce qu'on a fait pour vous libérer des caillots de sang?
- Qui vous aidait avec le bébé?
- Comment vous aidait-on?
- Avez-vous donné le premier lait issu de l'allaitement à votre bébé?
- Sinon, Pourquoi?
- Comment l'allaitement s'est-il passé?
- Qui vous a montré à allaiter?
- Quand avez-vous commencé à donner de l'eau à votre enfant?
- Pourquoi?
- Quand avez-vous donné des aliments solides à votre enfant?
- Quand avez-vous arrêté d'allaiter?

Pourquoi avoir arrêté à ce moment?
Qu'en pensait votre entourage?
Comment avez-vous appris à faire la toilette de l'enfant?
En quoi consiste sa toilette?
Avez-vous purgé l'enfant? Avec quoi? Et le gavage?
Quand avez-vous donné le nom à l'enfant?
L'enfant est-il baptisé? Comment cela s'est passé?
L'enfant est-il circoncis ou excisé? Pourquoi?
Lui avez-vous donné des objets pour sa protection?
Êtes-vous retournée à la maternité pour des soins ou des conseils après votre accouchement?
Quand avez-vous commencé à sortir de la cour?

Parlez-moi de votre relation avec votre conjoint durant les mois qui ont suivi votre accouchement.

Sous-questions :

Était-il présent?
Vous aidait-il?
Vouliez-vous avoir un autre enfant rapidement?
Quand vos rapports ont-ils repris après l'accouchement?

8-Socialisation de la maternité

Les soins que vous portez à votre enfant vous semblent-ils différents de ceux que vous donnait de votre mère?

Après cette expérience avec la sage-femme, feriez-vous encore appel à ses services?

Relation avec belle-fille (Si c'est une femme de l'ancienne génération)

Parlez-moi de la maternité de votre fille ou de votre belle-fille

Sous-questions et points de repère :

Comment avez-vous réagi?
Quel a été votre rôle?
Que pensez-vous de ses agissements?

Quelles sont les différences que vous remarquez avec vos propres maternités?

9-Fin de l'entretien

Avez-vous quelque chose à ajouter?

Remerciements

Annexe II

Guide d'entretien avec une sage-femme

1. Visite prénatale
 - 1.1. Comment accueille-t-on les femmes à leur arrivée à la maternité?
 - 1.2. En quoi consiste l'examen prénatal?
 - 1.3. Quelles actions sont posées lors de cet examen?
 - 1.4. Quels sont les conseils que vous donnez aux parturientes?
 - 1.5. Pensez-vous qu'elles suivent les conseils?
2. Accouchement
 - 2.1. Comment cela se passe-t-il quand une parturiente arrive à la maternité pour accoucher?
 - 2.1.1. Décrivez-moi les différentes étapes.
 - 2.1.2. Donne-t-on des médicaments à la femme?
 - 2.2. Une femme peut-elle arriver avec sa propre sage-femme?
 - 2.3. Les accompagnantes ont-elles le droit d'entrer avec la parturiente?
 - 2.4. Quelles actions sont posées après l'accouchement?
 - 2.4.1. Sur la parturiente?
 - 2.4.2. Sur le bébé?
 - 2.4.3. Que fait-on avec le placenta?
 - 2.5. Quelles difficultés rencontrez-vous lors de l'accouchement?
 - 2.6. Comment se déroulent les accouchements avec les primipares, comparativement avec les autres parturientes?
 - 2.7. Parlez-vous fortement aux femmes?
 - 2.7.1. Si les femmes ne poussent pas suffisamment, comment les incitez-vous à le faire davantage?
 - 2.8. Les parturientes restent en moyenne combien de temps à la maternité?
 - 2.9. Quels conseils leur donnez-vous à la sortie de la maternité?
3. Visite post-natale
 - 3.1. À quel moment les femmes reviennent-elles à la maternité avec leur bébé?
 - 3.2. Quels vaccins donne-t-on au bébé?
 - 3.3. Quels conseils donne-t-on aux femmes?
 - 3.3.1. En quoi consiste le *planning familial*?
4. Questions générales :
 - 4.1. Quelles études avez-vous faites pour être maïeuticien d'état?
 - 4.2. Pouvez-vous me décrire le personnel de la maternité?
 - 4.3. Quelles sont les différentes installations de la maternité?
 - 4.4. Quels sont les types de parturientes qui viennent à la maternité pour accoucher?
 - 4.5. Dans quelles circonstances la mortalité maternelle survient-elle?
 - 4.5.1. Cela est-il fréquent ici?
 - 4.6. Dans quelles circonstances la mortalité infantile survient-elle?

- 4.6.1. Cela est-il fréquent ici?
- 4.7. Quels sont les différents prix des accouchements et des autres services?
 - 4.7.1. Et si les parturientes n'arrivent pas à payer, comment procédez-vous?
- 4.8. Aimez-vous votre emploi?
 - 4.8.1. Quelles sont les plus grandes difficultés de votre travail?
 - 4.8.2. Quels sont les avantages de votre travail?