

Université Cheikh Anta Diop de Dakar



Faculté des lettres et sciences humaines

Département de sociologie

Mémoire de Master II

Option : Socio-anthropologie de la santé

SUJET :

Les déterminants de l'accouchement à domicile à Djilor(Foundiougne)

Présenté par : Mbaye NGOM

Sous la direction de : Pr. Lamine NDIAYE

Professeur titulaire

Année académique 2020/2021

SOMMAIRE

SOMMAIRE	I
Dédicaces	II
Remerciements	III
Liste des sigles et abréviations	IV
Table des illustrations.....	V
Résumé	VI
Summary	VII
Introduction	1
Première partie : cadre théorique et méthodologique.....	1
Chapitre I : Cadre théorique	5
Chapitre 2 : Cadre méthodologique	53
Deuxième partie : présentation des résultats, analyse et traitement des données	65
Chapitre 1 : Présentation des résultats.....	66
Chapitre 2 : Les représentations sociales et culturelles de la naissance.....	67
Chapitre 3 : Le déficit de confiance et les interactions difficiles entre le personnel de santé..	78
Conclusion générale	87
Bibliographie	90
Table des matières	97
Annexe	100

Dédicaces

Je rends grâce à Dieu, le tout puissant, le très miséricordieux de m'avoir accordé la force et la volonté de faire ce travail ; ainsi qu'à son messenger Muhammad (PSL).

- **À mes chers parents**

Je dédie ce mémoire à mes chers parents, à qui j'exprime ma reconnaissance et ma considération. Que Dieu leurs préserve une longue vie et santé.

- **À Mère THIARÉ**

J'exprime toute ma reconnaissance envers elle. Le capital social que j'ai reçu auprès d'elle depuis mon enfance a façonné toute ma vie et à participer à l'orientation de mes conduites avec autant de bonnes habitudes. Que Dieu lui accorde une longue vie et santé. Merci pour toute, ma mère adorée !

- **À mes frères et sœurs et à toute la famille TINE, NGOM, FAYE, NDOUR**

À Kor Samba TINE (Agent de police) ; Khokhane TINE et son épouse Khady FAYE, son fils Omar TINE ; mes sœurs Marème TINE, Aïssatou TINE, Dibor TINE, Fatou FAYE, Daba NDOUR, à Yandé NGOM et son défunt époux Ndane NDOUR (que la terre lui soit légère). Merci pour votre soutien moral et financier. Votre humanisme fait de vous des personnes exemplaires.

À Mamadou Lamine NGOM, Coly DIOP, Niar FAYE, avec qui on a cheminé ensemble depuis l'élémentaire, à mes frères et sœurs de l'A.E.E.R.K. D, Fatou NGOM, Moussa DIBA, Pape. A. SANÉ, Guène DIOUF et à tous les membres de l'A.E.E.R.C.O.D.

Remerciements

Je tiens à remercier :

Mon directeur de mémoire, le Professeur Lamine NDIAYE pour avoir bien voulu encadrer ce travail !

À l'ensemble du corps professoral du département de sociologie, en particulier M. El hadji Malick Sy CAMARA. Le respect et l'admiration nourris à votre égard résultent de toutes les expériences partagées dans le cadre de notre formation académique. Merci pour vos conseils, orientations et votre disponibilité !

Un remerciement à tous ceux qui nous ont aidés à réaliser ce travail comme le Dr. Abdou Ka, le Dr. Albert Gautier Ndione et le Dr. Mouhamed Ahmed Badji... Vos suggestions et critiques ont été remarquables.

À l'ensemble des doctorants en l'occurrence EL hadji Mansour Sène, Ahmadou Ahmeth Diallo, Abdou Gningue, Mamadou Mballo Mané, pour ne citer que cela. Merci de nous avoir soutenus et accompagnés tout au long des séminaires. La pertinence de vos interventions a été exemplaire. Merci pour vos corrections et suggestions !

À l'ensemble des étudiants, qui sont sous la direction du Professeur Lamine Ndiaye pour tous les efforts consentis dans le cadre de notre formation académique. Vos conseils, motivations, lectures et orientations nous ont été capital dans la mise en œuvre de ce travail. Merci mes chers(es) frères et sœurs !

À mes camarades de promotion (Daouda GUISSÉ, Ahmadou S. Diallo, Moussa DIOUF, Cheikh FAYE, Ibrahima Cissé...

J'exprime toute ma reconnaissance à toutes ces femmes qui ont accepté de partager leurs expériences de grossesse et d'accouchement.

Liste des sigles et abréviations

AAD : Accouchement À Domicile

CR : Communauté Rurale

EBM : Evidence Based Medecine

EDS : Enquête Démographique Santé

FAR : Femme en âge de Reproduction

FE : Femmes Enceintes

FIV : Fécondation In Vitro

FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population

IDE : Indice de Développement Humain

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

RGPHAE : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage

SRSDF : Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Fatick

Table des illustrations

Carte 1: Carte de la région de Fatick.....	55
Carte 2: Carte du département de Foundiougne.....	56
Carte 3: Carte de la commune d'arrondissement de Djilor Saloum.....	59
Tableau 1: Codage des thèmes clés.....	66
Figure 1: schéma pyramidal de l'organisation du système sanitaire au Sénégal avec l'acte 3 de la décentralisation.....	81

Résumé

Plusieurs documents scientifiques sont écrits sur les déterminants de l'accouchement à domicile à travers la littérature. Nombreux d'entre eux rapportent les facteurs sociaux et culturels (Beninguisse, 2003), qui témoignent du poids de la culture comme frein et son effet sur l'utilisation des services de santé. Certains se focalisent sur les facteurs socio-économiques liés aux revenus des ménages (Faye A. et al. 2010), ainsi que les difficultés financières (Diallo F-B., Diallo T.S. et al. 1999), d'autres sur les barrières géographiques, du fait de l'enclavement de certaines zones. Mais encore, il y'a des facteurs qui généralisent l'intervention médicale qui ne sont pas du reste. D'ailleurs, depuis leur apparition, ils sont venus structurés et transformés les apparences.

Le présent mémoire de recherche en socio-anthropologie de la santé explore les déterminants de l'accouchement à domicile des femmes de la commune de Djilor. L'étude a été conduite auprès des femmes ayant accouchées à domicile au cours de l'année 2018-2020. La méthode utilisée était de type qualitatif à l'aide d'entretiens semi-directifs et des groupes de discussion. L'analyse est guidée par la sociologie phénoménologique. Ainsi, en analysant les données obtenues, nous avons été tenté de montrer en premier vue comment les représentations et les construits sociaux de l'accouchement liées au corps et à la douleur peuvent influencer les décisions des femmes à choisir un accouchement à domicile. Ces derniers, de toute évidence, se maintiennent en consolidant le principe d'une pensée collective pour la survie du groupe d'appartenance, en termes de valeurs et d'habitudes. Une attitude différentielle qui influence la relation de soins. Celles-ci venant s'ajouter aux déficits de l'offre de soins et de services qui a rencontré des contraintes qui affichent une insuffisance des outils de gestion et des ressources humain. À l'heure où un nouveau remaniement des lois de procréation est déjà annoncé dans cette localité, le débat sur la médicalisation de l'accouchement pose un argument sur la controverse.

Mots clés : accouchement à domicile, représentation, médicalisation, risque.

Summary

Quite a few documents have been written about the determinants of home birth in the literature. Many of them relate to social and cultural factors, often the work of public health specialists and culturalist approaches that testify to the weight of culture as a brake and its effect on the use of health services. Some focus on socio-economic factors linked to household income, others geographic barriers, due to the isolation of certain areas. But rare are cited the determinants which generalize medical intervention which do not remain of the rest. And yet, since their development, they have come structured and transform appearances. This socio-anthropological research dissertation explores the explanatory determinants of home birth for pregnant women in the commune of Djilor. The study was conducted with women who gave birth at home during the years 2018-2019. A qualitative method based on semi-structured interviews and focus groups was used. The analysis is guided by phenomenological sociology from an interactionist perspective and supplemented by an approach to social representations. The results take into account the importance given to representations and social constructs of birth with a different conception linked to the body and pain, a differential attitude which compromises the care relationship. This is added to the deficits in the supply of care and services which has come up against differential constraints which display an insufficiency of management tools and human resources. At a time when a new reshuffle of reproductive laws is announced, the debate on the medicalization of childbirth poses an argument for controversy. The dominant risk culture as an ideological form of domination is strongly criticized and objectified by parturients.

Keywords: home birth, representation, medicalization, risk.

Introduction

Événement familial et social, la survenue de la naissance humaine est apparue comme un événement normal essentiellement imprévisible, obéissant à ses propres impératifs¹. Dès lors, le système de surveillance prénatale qui atteint sa forme avancée autour des années 1945 (Cahen, 2014) porte une finalité, celle du suivi médical et du contrôle social et moral ainsi que la prise en compte de la mortalité maternelle. Par ailleurs, La période qui s'étend à la fin de la seconde guerre mondiale est marquée par des transformations politiques et sociales de la santé, d'où la consultation médicale réservée aux femmes enceintes fut envisagée comme une arme de premier ordre (Cahen, 2014). De plus, du côté médical, ce sont de nouveaux rites qui sont nés autour de l'accouchement, venant succéder aux rites magico-religieux et qui conçoivent l'accouchement dans une perspective médicale.

La médicalisation de l'accouchement semble constituée comme l'une des modalités de contrôle des corps féminins. Ce concept a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales depuis les années 1950, pendant laquelle, la médecine est devenue l'un des objets de la sociologie des professions (Parsons, 1951 ; Becker et al. 1961 ; Freidson, 1970, Collin et al. 2007). En effet, le constat sur la pathologisation des comportements n'est pas un phénomène nouveau (Zola, 1972) et la médecine a joué son rôle central dans ce qui est devenu la médicalisation de l'accouchement. DI Vittorio (2005) montre que la professionnalisation de la médecine est née dans le cadre d'une politique de santé publique ayant pour objectif de gérer le corps social. Dans la mesure où la profession médicale est axée sur le risque social, cette science du danger social d'après la formule de (Collin, 2007), était la circonstance de la médicalisation. Castel (1983) parle du contrôle social des comportements indésirables. Avec ses réformes médicales des normes comportementales dans les aspects de l'existence, la vision mécaniste des corps féminins, accentuée par la correction de l'état physiologique et anatomique, est privilégiée au détriment des dimensions sociales et spirituelles de l'enfantement.

Ces transformations œuvrent dans le champ de la santé reproductive. Processus rapide, il marque un tournant décisif dans l'approche de la santé et du développement. Accentué par les politiques de transfert des naissances du domicile vers les structures de santé, ces politiques s'accommodent d'un système de surveillance continue et d'une

¹ ST-AMANT, Stéphane, 2015, « Nait-on encore ? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement, n° 12, p. 9-25.

réglementation de la naissance. Alors qu'au Sénégal, ces changements sont accrédités par les politiques d'ajustements structurels dont l'un des objectifs est la protection ainsi que la surveillance de la santé mère et de l'enfant. Elles s'annoncent comme des matériaux réduction de la mortalité maternelle, d'encourager l'utilisation des services de santé et renforcer l'accessibilité et la qualité des soins. Mais les résultats ne font pas attendre (Nkurunziza, 2015) car ces services ne sont pas adaptés aux populations et les plus démunies incapables de payer les frais. Pourtant ce dernier était la conséquence, au niveau international, de plusieurs plans d'ajustements structurels imposés par la banque mondiale et le Fond Monétaire International comme l'initiative de Bamako en 1987. Ceci montre que le domaine de la santé au Sénégal reste problématique et des travaux restent encore à faire. Cette situation ambivalente s'observe au regard des taux de mortalité maternelle élevé, des accouchements à domicile fréquents, une assistance médicale non qualifiée etc.

L'adhésion du Sénégal à l'OMS (organisation mondiale de la santé et l'adoption d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui couvrait la période 2009-2018, témoigne d'une volonté idéale de rendre effectif le droit à la santé. Ce plan s'inscrit dans la perspective de l'accélération de la mise en œuvre des programmes d'offres de services de soins pour atteindre les OMD. Ainsi, l'accessibilité des soins de santé primaire, le renforcement de la qualité des soins inscrits dans ces différents programmes laissent entrevoir les difficultés liées au système de santé qui ne colle pas toujours avec les réalités sociales, culturelles, économiques, démographiques pour ne citer que cela. Les enquêtes exploratoires montrent quelques difficultés institutionnelles liées à l'insuffisance du personnel, aux inégalités de santé, à la qualité des soins et à leur accessibilité, problèmes d'ordres économiques, sociaux et culturels etc. Ces facteurs contribuent à une faible utilisation et à la fréquentation des services de santé concernant l'accouchement. Tous viennent s'ajouter au processus de médicalisation qui ouvre son procès dans le domaine de la naissance, et en se vulgarisant fait l'objet de controverses diverses. En effet, quels sont les facteurs qui déterminent l'accouchement à domicile à Djilor ?

De ce fait, l'intérêt d'une anthropologie ou encore d'une socio-anthropologie réfléchissant sur les enjeux de la santé est de déterminer les facteurs sous-jacents des accouchements à domicile. La question des déterminants de l'accouchement à domicile nous a permis d'orienter notre réflexion ou de s'intéresser sur les représentations et les logiques

sociales, culturelles, individuelles de l'accouchement à Djilor. Pour présenter ce travail, le plan du mémoire sera composé de :

La partie théorique, dans lequel, nous discuterons l'évolution historique et conceptuelle de l'accouchement, ainsi que le changement opéré au cours de l'histoire dans la problématique. Elle est suivie des objectifs de la recherche, des hypothèses et du cadre théorique auquel se réfère le présent travail.

La revue de littérature sera une confrontation scientifique de quelques travaux. Cette partie visera à dresser les contours historiques qui ont façonnés la naissance. La naissance qui, jadis était un événement familial, culturel est devenue objet à part entière de la santé publique. Ce thème vaste touche plusieurs domaines ; l'histoire des femmes et du genre, l'histoire politique, sociale et culturelle. Toutefois, notre démarche va s'inscrire sur les travaux destinés aux représentations de la grossesse, le statut de la femme enceinte, en tant que femme. Ayant constaté des modifications et des avancées techniques dans ces dernières décennies dans le domaine de la naissance, nous allons nous intéresser sur les faits, les controverses sur la pratique médicale de l'accouchement ainsi que les déterminants des accouchements à domicile et les réponses apportées sur la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

La partie méthodologique sera composée du cadre de l'étude, de la population cible, la méthode et des techniques de recherche ainsi que de l'échantillonnage.

La partie analytique englobera la présentation des résultats, l'analyse et l'interprétation des données. Il s'agira ici et à partir des données recueillies de monter les facteurs explicatifs des accouchements à domicile. Une attention particulière sera accordée à l'utilisation de la terminologie médicale et son effet sur les questions du risque, du corps, de la douleur et les représentations multiples qui accompagnent cet événement.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Chapitre I : Cadre théorique

I. Problématique

I. 1. Évolution des pratiques d'accouchement

Tout en s'inscrivant dans le cadre du large processus social s'étendant du XVIIIe au XXe siècle, souvent décrit comme «médicalisation», l'accouchement a suivi une évolution propre (Schlumbohm, 2002). Ce qui semblait convainquant dans ce processus, c'était de sauver la vie des mères et des enfants, puisque l'expérience démontre que le taux de mortalité maternelle et néonatale était alarmant à cette époque. L'auteur éclaire en avance que le seul fait de sauver des vies des mères et des enfants n'avait pas pour un seul objectif humanitaire, il avait aussi une connotation politique.

L'affirmation de l'accouchement comme objet de recherche socio-anthropologique remonte au début des années 1980 (Quagliariello, 2017). Cet intérêt scientifique apparaît directement lié à la suprématie médicale et son pouvoir sur le vivant. Teinté de « biopouvoir » et de « biopolitique », cette attitude s'annonce comme un processus de « bio-médicalisation ». Ceci dans la mesure où de plus en plus la vie est passée sous la supervision de la médecine. Cette révolution biomédicale de l'accouchement débute au XVIIIe siècle et s'affirme entre la fin du XIXe et la première moitié du XXe siècle². Processus historique de longue durée, ce basculement touche plusieurs dimensions : sociale, culturelle, politique et des professionnelles de santé. De l'histoire politique et du genre, il (le processus) aboutit aux revendications féministes.

L'accouchement est d'abord un processus physiologique permettant à la femme de donner naissance à un nouvel être humain (Odent, 1990; Stables & Rankin, 2010, Gagnon, 2017). Autant que la grossesse, l'accouchement est un fait biologique universel. Inscrit dans toutes sociétés, avec des habitudes différentes, pour reprendre Marcel Mauss, il devient un fait social total. À la suite de (Davis- Floyd, 2003, van Gennep, 1909, Gagon, 2017), l'accouchement est une expérience multidimensionnelle, à la fois physique, physiologique, sociale et spirituelle et qui correspond aussi à des rites de passages caractérisés par des rituels variés ayant pour fonction de marquer une transition importante dans la vie d'une femme. Puisque le rôle et la place de la femme sont en grande partie déterminés par leur fécondité, cette transition s'accompagne toujours d'un état de fragilité pour la femme. Les recherches

² (Gélis, 1984 ; Thébaud, 1986 ; Barker, 1998 ; Hallgrimsdottir & Benner, 2014 ; QUAGLIARIELLO, 2017))

de Nathalie Oria et Jérôme Camus (2013) montrent la complexité des logiques sociales en présence dans le champ de la santé reproductive. Elles indiquent la construction sociale complexe du statut de mère. « Devenir mère ne se réduit pas en effet à donner naissance à son premier enfant. L'événement biologique n'est que le substrat autour duquel vont se développer des processus sociaux et symboliques qui rendront possible le statut de mère » (Mebtoul et al. 2017).

Toutefois, cette expérience s'est transformée et façonnée au cours du siècle par l'expertise scientifique. Dans la mesure où cette avancée révolutionnaire a permis de sauver des vies, elle a aussi modifié le vécu des femmes, des familles entourant l'événement de la naissance. Ce discours sur les pratiques médicales envahit la conception du corps et de la santé.

Par ailleurs, lorsqu'on adopte une vue d'ensemble de ce processus, on constate qu'il s'est opéré dans un double mouvement de généralisation : l'intervention médicale s'est d'abord appliquée à l'accouchement, puis à la grossesse et enfin à la conception et à la période postnatale pour finalement englober tout le cycle de la reproduction (Saillant et O'Neill, 1987). Sous ce rapport, la naissance entre dans les préoccupations de la médecine au cours du XIX^{ème} siècle puis la formation des sages-femmes s'est renforcée. Rien qu'à partir des années 1840, la médecine avait découvert le pouvoir d'anesthésiants analgésiques. Sur ce, les parturientes avaient été plus proches, plus intéressées de l'hôpital avec les nouvelles méthodes de l'accouchement et plus d'espace sécurisé. Anne-Charlotte DURNERIN, dans sa thèse montre que leur volonté était d'abolir la douleur (raison de leur attirance) pour les rendre plus dépendant du médecin (Durnerin, 2018). En effet, une baisse radicale de la mortalité maternelle est constatée au début du XX^{ème} siècle.

I . 2. L'intervention médicale et la logique du risque

L'avancé de la biomédecine a connu une évolution propre au moment où elle a réussi à épouser tous les domaines de la vie. Sous ce rapport, E. Freidson n'hésite pas à comparer la médecine aux religions d'État hier. « La médecine a le monopole officiellement reconnu de dire ce que sont la santé et la maladie, et de soigner » (Freidson, 1984, 15). Celle-ci est renforcée par la professionnalisation de plus en plus remarquée des médecins durant le XIX^{ème} siècle pour prendre conscience de la mortalité maternelle. D'autres parts, l'attention particulière accordée aux risques que court le fœtus tout au long de son développement est

liée aux développements de la médecine fœtale et de la néonatalogie³. En effet, ces derniers étaient l'excuse parfaite sur la nécessité d'intervenir rationnellement sur la question de l'accouchement. Depuis que la médecine a pris le dessus sur l'ensemble de la procréation, les taux d'interventions obstétricales se sont accrus considérablement dans la plupart des pays du monde et continu d'augmenter, jusqu'aujourd'hui, reflet des politiques publiques de santé. On pensera, par exemple, à l'importance de l'échographie dans l'histoire de l'obstétrique ou de la fécondation in vitro⁴ dans l'histoire de la reproduction humaine. En pratique, le nombre de césarienne accroit considérablement dans les pays industrialisés ainsi que les pays en développement. Au Québec (23,6%), d'autres pays industrialisés (22 à 38%) sans améliorer l'état de santé des mères et des nouveaux nés (Declercq et al., 2011 ; OMS, 2005, 2016, Gagnon 2017).

De plus, ces interventions croissantes sont fortement, aussi remarquées au Sénégal, pays de l'Afrique subsaharienne. Le sondage de l'EDS-continue réalisé en 2017 couvrant le Sénégal confirme les tendances. Le taux de césarienne dans les hôpitaux est de (65%), tandis que la limite demandée par l'OMS est de (15%). (Brugilles, 2014) montre à ce propos qu'au-delà de (15 %) de naissances par césarienne, il y a suspicion de pratiques abusives, de prescriptions pour d'autres raisons que sauver des vies. Il faut aussi préciser que cette activité est plus représentative au niveau des villes. L'enquête confirme aussi, que (78%) des accouchements se passent dans un établissement de santé.

Dans cette logique, plusieurs travaux réalisés dans les pays du Nord se sont intéressés à l'explication des césariennes de convenance (Mbaye et al. 2011). Ils montrent une fois encore qu'au Sénégal, les prévisions de césariennes ont été dépassées de 124 % depuis la mise en place de la politique de subvention ; sachant que ce chiffre n'est pas directement lié à la politique de subventions des césariennes instituées en 2006 dans le pays(Mbaye et al. 2011) ; tandis que «le taux idéal de césarienne » dans les hôpitaux de référence pourrait se situer entre 10 et 15%. Ces constats interrogent d'après l'appellation de (Carine Baxerres,

³QUÉNIART, Anne, 1989, p. 328.

⁴Fécondation in vitro (FIV) : C'est une technique permettant la fécondation des ovules par les spermatozoïdes à l'extérieur du corps de la femme, soit en laboratoire. La plupart du temps, une médication stimule les ovaires pour la production d'ovules, lesquels sont prélevés et fécondés par les spermatozoïdes pour créer des embryons. Un ou plusieurs embryons seront transférés dans l'utérus, deux à cinq jours plus tard. Les embryons surnuméraires pourront être congelés pour être transférés ultérieurement (Clinique OVO, 2016). En 2013, 2 % des enfants nés au Québec (environ 1723) étaient issus de la FIV (CSBE, 2014; FQPN, 2014 ; (Gagnon 2017)).

Marc Egrot et al.) à une « marchandisation⁵ de la grossesse ». Ce concept, *commodification* ou *commoditization* en anglais, est utilisé en anthropologie pour décrire le processus qui conduit des techniques biomédicales (césarienne, injection, perfusion, etc.), des parties du corps (organes, ovocytes, sperme, etc.), le génome humain, des médicaments, à devenir des marchandises qui s'échangent librement sans qu'aucune autre spécificité que leur valeur marchande ne soit prise en compte⁶. Cependant, la fréquence élevée des taux de césarienne est vue sous plusieurs angles entre les différents acteurs de la santé. L'un correspond aux raisons qui justifient le taux élevé de césarienne pour les personnels de santé, l'autre correspond aux gestionnaires et aux décideurs. Les enquêtes effectuées auprès des personnels ont montré qu'il n'existe pas selon eux d'incitations individuelles des agents à effectuer des césariennes plutôt que des accouchements par voie basse (Mbaye et al. 2011). Les gestionnaires et les décideurs mettent en avant le contexte institutionnel et les contraintes des responsables des hôpitaux pouvant encourager le taux élevé de césarienne : augmenter les ressources financières des hôpitaux. Cette hausse de la césarienne est considérée comme une calamité à Djilor, au moment où le phénomène en question reflète de l'anxiété et de la peur. À Djilor, la pratique de la césarienne est le plus souvent et dans beaucoup de cas associé à la peur.

Hormis, la présence de ces nouvelles technologies, les taux élevés de césarienne et les programmes de dépistage prénatal peuvent aussi conduire les femmes à se poser des questions qu'elles n'en ont jamais envisagées auparavant. À Djilor, cette attitude est synonyme de controverses diverses, de contradictions entre le bien vouloir des femmes enceintes et les recommandations médicales. Nous constatons à ce niveau un processus de médicalisation de la société, ou encore de bio médicalisation. Selon Michel Foucault (1976), « l'action rationnelle pénètre toutes les sphères de la vie privée et l'existence corporelle ». Toutes ces reconfigurations contribuent à façonner les représentations des femmes autour de l'accouchement et du lieu de naissance. De ce point de vue, quelles peuvent être les représentations liées à cette médicalisation de l'accouchement ? Les offres de services correspondent-elles aux demandes de soins ?

⁵ Processus dynamique et évolutif, lorsque la valeur marchande de ces « objets » prend progressivement le pas sur leur valeur thérapeutique ou sur le fait que ce sont des éléments du vivant. Dans le cas de la grossesse, il s'agirait de la marchandisation de techniques, de soins et de médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge biomédicale de celle-ci et qui conduirait finalement à parler de marchandisation de la grossesse elle-même, tout comme certains anthropologues parlent de marchandisation de la santé (Desclaux & Lévy, 2003 ; Whyte, Van der Geest & Hardon, 2002, (Baxerres et al., s. d.).

⁶ (Baxerres et al. s. d.)

Avec les politiques de promotion de la santé, l'accouchement devient un acte médical socialisé qui ne cesse d'être interrogé. On se rend compte lorsque Bernard Hours affirme que « La santé ne concerne plus la gestion individuelle, du corps, ni le seul corps individuel. La santé publique transforme l'objet de la santé en corps socialisé et corps social normalisé » (Hours, 2001). Cette quête acharnée de la « santé parfaite » dont s'insurge Hours représente toujours l'objectif des programmes de santé. On peut sans doute mentionner le programme de « maternité sans risque », pour la première fois tenu en Aérobie en 1987. Et même si l'objectif de cette normalisation des pratiques médicales s'avère très particulière sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, elle implique aussi des reconfigurations au niveau de la gestation. Le corps, reste à ce niveau sous contrôle médicale, l'accouchement devient l'objet, par excellence de la technologie avec l'influence de ce que Nicolas Dodier (2003) appelle « la modernité thérapeutique⁷ ».

Les travaux de (Gagnon, 2017) sur l'expérience des femmes à l'ère de la biotechnologie montrent une vision radicale plutôt équidistante entre la technique et le profane, dans un contexte de bio médicalisation, au moment où la technique a fortement changé les mentalités. Dans cette même perspective, Didier Fassin dans : *le gouvernement du corps*, pense que cette professionnalisation du médical sur la procréation avec une tentative de légitimation, correspond à une régulation de demandes par un travail de qualification. « Les modifications contemporaines en matière d'administration du vivant se traduiraient tout d'abord par une médicalisation croissante des comportements qui s'apparenterait à une nouvelle façon de formuler la morale dans les termes du biologique »⁸. Il y ajoute dans un article⁹ que : « le pouvoir sur la vie ainsi constitué s'exerce, on le sait, selon deux modalités : et d'une part, il « anatomo-politique du corps humain ». On se rend compte que depuis plus de deux décennies, les sociétés sont envahies par un système managérial de la santé des humains. Dans cet état de fait, l'approche médicale se focalise sur les dangers dans la problématique de l'accouchement à domicile. Pour y parvenir, elle emprunte le concept de risque et l'argument de la sécurité, mesuré en termes probabilitaires du danger. Alors, certaines recherches le considèrent comme construction sociale, qui a pour but d'attirer de manière quantitative les

⁷ Nouvelle manière d'aborder la scientificité et l'éthique de la médecine. Ce modèle se construit d'une part autour des « essais contrôlés-randomisés », mode très particulier d'administration de la preuve statistique, à la base de ce qu'on appelle aujourd'hui couramment la « médecine des preuves » (*evidence-based medicine*), dans un entretien avec Nicolas Dodier.

⁸ Eric Farges, « FASSIN (Didier), MEMMI (Dominique), dir. *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, 269 pages. », *Politix* 2006/2 (n° 74), p. 199.

⁹ Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95–116. Doi :10.7202/015638ar, p.1.

parturientes. En termes de fréquence, les données épidémiologiques attirent toujours l'attention des femmes sur le « danger » qu'elles encourent lorsqu'elles choisissent d'accoucher à domicile.

Cette attitude est décrite dans la recherche médicale par la culture du risque. Même si cette notion est rarement discutée en sciences sociales, et ne l'est plus d'ailleurs, les travaux se multiplient sous cet angle. Si on désire de comprendre la notion de peur associée au risque, la littérature académique nous offre une multitude de facteurs. À ce propos, [...] la peur y apparaît comme le contraire du risque ou tout au moins la conséquence, la saisie, la représentation de celui-ci lorsqu'on n'a pas volontairement décidé de s'y exposer (cf. le risque ordalique chez David Le Breton, 2000). Dans son article, « Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance », Solène Gouilhers-Hertig considère que « le risque et l'incertitude sont aujourd'hui étroitement associés à l'accouchement et justifient, selon le monde médical, qu'il soit pris en charge à l'hôpital. Toute parturiente est ainsi considérée comme ni malade, ni tout à fait en bonne santé » (Gouilhers-Hertig, 2014). Ainsi, ces remarques traduisent les préoccupations et les approches de santé publique sur le risque, c'est-à-dire une traduction moderne appréhendée en termes de probabilité pour promouvoir une intervention rapide et une diminution de l'incertitude. Elle montre en plus que « l'issue partiellement imprévisible et potentiellement dangereuse de tout accouchement imprègne les représentations et les pratiques des soignants comme des profanes et sert de légitimation à la médicalisation de la naissance ».

Cette vision moderne entourant l'ensemble de la procréation, en particulier l'accouchement, donne une autre image de la parturiente, sur son corps et sur ses décisions d'accoucher dans un établissement de santé ou à domicile. Contrairement à ce que les professionnels de santé pensent du risque comme étant la probabilité de succomber à la mort qu'en l'existence de complications pendant la grossesse ou qu'une femme de ne se rendre aux services de santé, il n'est pas perçu de la même manière. Pour ces femmes, l'origine du risque n'est rien d'autre que de se livrer aux médecins ou d'être évacuée pendant les complications.

I . 3. L'accouchement : préoccupation des politiques publiques de santé

Depuis la conférence internationale au Caire (1994) sur la population et le développement, la santé de la mère et de l'enfant est devenue une préoccupation majeure dans la plupart des pays, surtout ceux en voie de développement. Ceci a conduit à l'adoption du

concept de « santé de la reproduction¹⁰ » dont la surveillance de l'accouchement et de la grossesse devient une composante essentielle.¹¹ Ceci marque un tournant majeur dans l'approche de la santé et du développement. L'accès aux services de santé pour les femmes qui leur permettent de traverser la grossesse et l'accouchement en toute sécurité est reconnu comme un droit. De la santé comme capital à la santé comme droit et devoir apparaît un nouveau registre problématique (Hours, 2001). De plus, la mortalité maternelle et néonatale observée dans ces dernières décennies a fait aussi de la santé un terrain favorable des politiques publiques de santé, l'accès aux soins de maternité est une des composantes pour une bonne santé reproductive. On considère souvent, que la baisse de la mortalité est liée à l'amélioration de la quantité et de la qualité de l'offre de soins.

Pourtant, cette offre, dans l'ensemble, reste encore très insuffisante en Afrique subsaharienne où l'on enregistre toujours les niveaux de mortalité les plus élevés du monde¹². Augmenter l'offre de santé dans cette région suffirait-il à assurer un meilleur accès aux soins et à accélérer le déclin de la mortalité ? C'est la question posée par Almamy Malick Kanté et Gilles Pison dans une étude sur l'impact de l'installation d'un hôpital moderne sur les comportements de la population dans une zone rurale et isolée du Sénégal. Or, Le contexte épidémiologique justifie pleinement les tendances. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 303 000 femmes sont décédées dans le monde en 2015 en raison de problèmes liés à la grossesse ou à l'accouchement. Environ (99%) de ces décès maternels se sont produits dans les pays en développement dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne (57%)¹³. Le ratio de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne est de 510/100000 naissances¹⁴. S'il en est ainsi, Le niveau élevé des décès maternels dans les régions du monde met en lumière les écarts d'accès aux services de santé.

¹⁰Le terme « santé de la reproduction » est apparu, à la fin des années 1980, sous l'impulsion des organismes internationaux (Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations unies pour la Population), et des mouvements et organisations non gouvernementales axés sur la défense du droit des femmes. Il correspond, de ce fait, à une certaine vision du développement social et sanitaire des populations. Doris BONNET et Agnès GUILLAUME, 1999.

¹¹ Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement Le Caire, 5-13 septembre 1994

¹² Almamy Malick Kanté et Gilles Pison, 2010, La mortalité maternelle en milieu rural sénégalais. L'expérience du nouvel hôpital de Ninéfescha, p. 753-779

¹³ Organisation mondiale de la santé (OMS) Mortalité maternelle. Aide-mémoire. 2015:348. (05/11/2016)

¹⁴ World Health Organization, UNICEF, United Nations Fund for Population Activities, World Bank, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, et al. Trends in maternal mortality, 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank estimates, and the United Nations Population Division [Internet]. 2014 [cité 29 oct 2015]

Au Sénégal, le ratio de mortalité maternelle reste de 434 pour 100 000 naissances vivantes. Il est de 459 décès en milieu rural contre 398 décès en milieu urbain pour 100 000 naissances vivantes¹⁵. Selon un rapport sur «l'état de la pratique de sage-femme dans le monde» publié en Mai 2015 et coordonné par le FNUAP¹⁶, l'OMS et la confédération internationale des sages-femmes, près de 800 femmes continuent de mourir chaque jour de complications liées à la grossesse et l'accouchement. Cinq de ces 800 femmes meurent chaque jour au Sénégal. Les causes de la mortalité sont données par des pathologies obstétricales telles que les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, ainsi que des causes sociales. En fait, on constate une nette amélioration de la réduction de la mortalité maternelle. On est passé en 2013 de 434 décès maternels pour 100000 naissances vivantes contre 222 décès maternels pour 100000 naissances en 2015.

De même, certains travaux sur la mortalité maternelle¹⁷ insistent sur le fait que cette dernière est déterminée en grande partie par la faiblesse du recours des femmes aux consultations prénatales pendant la grossesse et la tendance à accoucher à domicile sans assistance médicale. Malgré cela, le ratio de mortalité maternelle cité ci-dessus indique un paradoxe entre une diminution considérable des risques relatifs à l'accouchement depuis sa médicalisation et le maintien omniprésent du risque dans les représentations. Cette attitude médicale est souvent reflet de controverse quand bien même les femmes étaient dépossédées de leur corps. Ce faisant était l'objet de revendication du mouvement d'humanisation de la naissance vers les années 1970 et 1980. Encore, les témoignages sur les abus de la surmédicalisation de l'accouchement, renforcés par la montée du féminisme, aboutissent à des critiques encore plus sévères des pratiques hospitalières (Morel, Michaels, et Rivard,). La tonalité d'ensemble était septique face aux transformations. À ce propos, l'anthropologue Margaret Mac Donald (2006) déduit que ces mêmes années, 1970 et 1980 étaient caractérisées par un renouveau politique favorisant la diffusion de ce nouveau modèle de naissance. Durant ces mêmes années, en réaction à l'hospitalisation massive des femmes

¹⁵ Rapport de l'agence nationale de la statistique et de la démographie, 2013

¹⁶ Fond des Nations Unies pour la Population

¹⁷ La mortalité maternelle est définie comme un phénomène associé à la grossesse et à l'accouchement. D'après l'OMS, c'est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni fortuite ni accidentelle ». Cette définition soulève quand même une difficulté : celle de l'imputation causale du décès maternel. En effet, tous les décès qui surviennent au cours de cette période (de la conception à 42 jours après l'accouchement) ne sont pas forcément imputables à la grossesse ou à l'accouchement (Gervais Beninguisse¹, Béatrice Nikiéma² Pierre Fournier³ et Slim Haddad⁴, OMS).

gestantes, Béatrice Jacques, dans un contexte Français, constate à nouveau une légitimation de l'accouchement à domicile. À travers une étude réalisée en 1972, Cochrane, bat en brèche une des affirmations centrales de la doxa obstétricale, qui tient encore lieu de vérité historique (Jacques, 2016). À partir de ce moment, elle met en rupture la causalité directe entre la baisse de mortalité maternelle et périnatale et l'augmentation du nombre de naissances à l'hôpital. (Chiara, 2017), distingue deux courants dans ces mouvements.

Le courant naturaliste qui considère la médecine moderne comme allié des femmes dans leur lutte et pour la légalisation de la contraception et l'avortement. Il en résulte aussi bien l'amélioration des conditions qui compliqueraient le travail reproductif comme la douleur de l'accouchement.

Le courant différentialiste (Thébaud, 2007 ; Chiara, 2017) considère la médecine moderne comme instrument de domination patriarcale vis-à-vis des femmes. Le premier courant opte pour une limitation de la capacité reproductrice de la femme tandis que le second pour mettre fin à la subordination féminine et une quête, un peu plus, de liberté.

Par contre, (Faye, 2008) montre qu'au Burkina et au Sénégal, l'éloignement par rapport aux structures de prise en charge des complications, associé à la faiblesse des moyens d'évacuation, retarde le recours et explique les décès maternels. En remettant en question la pertinence de l'explication par l'accessibilité géographique, il montre plutôt que l'inadéquation entre l'offre et les attentes et préférences culturelles des femmes expliquent leur volonté de ne pas se rendre dans les structures sanitaires et d'accoucher à domicile¹⁸. Au-delà de ces évidences culturalistes, déterministes, tantôt financières, des auteurs comme Jean - Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffré mettent l'accent sur l'environnement hospitalier, sur la relation soignant-soigné pour interroger la qualité de l'accueil dans les services de santé. L'accueil s'entend au sens strict, c'est-à-dire en référence aux manières de recevoir les gens, de les écouter et de leur parler en tant qu'individu. Ce qui nous renvoie à la société en générale et, notamment, aux us et coutumes en matière de bienséance mais aussi de sociabilité¹⁹. « Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette inaccessibilité n'est pas liée exclusivement et principalement à des facteurs financiers : c'est plutôt la mauvaise qualité de

¹⁸Sylvain Landry Faye, Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé.

¹⁹ (Y. Jaffré & JP. Olivier de Sardan, 2003), p. 79.

l'accueil qui est fortement en cause »²⁰. L'assistance médicale pendant l'accouchement est aussi considérée comme facteur de risque pour les décès maternels. « Au Sénégal, son rôle dans la réduction de la mortalité maternelle devrait être d'autant plus important qu'elle est, encore à ce jour, perçue par beaucoup de femmes comme un acte sans intérêt et dans certains néfaste²¹ ». De plus, ressortent le vécu et l'expérience. Il est donc défini dans la relation entre la patiente et son thérapeute (Didier Fassin) mais aussi du rapport des individus à la technique (Béatrice Jacques). Ces modifications sont induites par la médicalisation de la naissance avec une redéfinition du corps féminin, du corps normal au corps pathologique. De surcroît, toutes ces formes d'injonctions médicales pénètrent la relation de l'individu à son corps, en l'occurrence la procréation. Et si la technique a transformé le contenu de la relation (Béatrice Jacques, 2010, p. 129.), quelle sera la nature de la relation entre les usagers et les agents de santé, de même entre le corps et la technique ?

Ainsi, dans son rapport sur le Développement dans le Monde (1993), intitulé « Investir dans la Santé », la Banque mondiale faisait le constat suivant pour l'ensemble du secteur de la santé : « [...] Il n'y a pas assez de dispensateurs de soins primaires et il y a trop de spécialistes. Le personnel de santé est concentré dans les zones urbaines ; la formation en santé publique, politique de santé et gestion sanitaire a été relativement négligée ; la formation médicale est subventionnée ; [...] ». Dans (l'EDS continue, Sénégal, 2016), 37% des accouchements sont assistés par un personnel non qualifié. En fait, le niveau d'instruction joue aussi sur la fréquence du lieu d'accouchement. Et que cette alphabétisation varie d'un milieu à un autre et impacte sur l'assistance à l'accouchement. La quasi-totalité des femmes instruites viennent en milieu urbain (82%)²². Dès lors, on note une variation importante sur toutes les caractéristiques mais surtout au niveau du suivi prénatal qui influence le lieu d'accouchement. Selon le *National brithday trustfund*, le choix de l'accouchement à domicile repose sur différentes raisons : 30% évoquent l'intimité, le respect, 25% évoquent le côté pratique, la commodité, l'influence de la famille, 24% évoquent une réduction du stress, un meilleur contrôle et implication, 11% évoquent un accouchement hospitalier mal vécu, 10%

²⁰ (Y. Jaffré & JP. Olivier de Sardan, 2003), p. 66.

²¹ NGOM, 2016, L'assistance médicale à l'accouchement.

²²EDS- Continue, 2016.

évoquent la peur de l'hôpital, le rejet des protocoles et règlement », 4% l'accompagnement global et la continuité des soins²³.

Cependant, l'attention portée à la démocratisation des soins offre un présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) qui constitue une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Il accorde une priorité à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Par ailleurs, La réalisation des objectifs liés à la santé de la mère et de l'enfant se fera à travers la consolidation des acquis en matière de lutte contre les mortalités maternelle et infantile²⁴. Pour atteindre les OMD, divers objectifs sectoriels et orientations stratégiques ont été à l'œuvre :

Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et Infanto juvéniles.
(I) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie (II) Renforcer durablement le système de santé (III) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé. Par contre, ces réformes rencontrent d'autres barrières quant à l'accès des pauvres aux services de santé.

Par ailleurs, ces constats s'observent à Djilor par un problème d'accessibilité des soins de santé adéquats. Dans cette localité, l'insuffisance du personnel soignant se cumule aux faiblesses institutionnelles. En plus, elle ne fait pas le poids en matière de logistiques sanitaires et de ressources humaines avec une population de plus de 20000 habitants. Actuellement, le poste de santé de Djilor compose d'une infirmière chef de poste, d'une sage-femme, des aides soignant et de deux matrones pour combler le gap du personnel et l'aide des femmes à l'accouchement. Représentant un carrefour médicamenteux, elle s'alimente la presque totalité des villages environnants. Alors que le déficit sanitaire constaté dans cette localité constitue un problème majeur, certaines femmes enceintes sont obligées, à moins d'être évacuées de rejoindre les structures les plus performants en matières d'offres sanitaires comme Passy, Sokone, etc.

Néanmoins, l'accouchement demeure épris dans cette communauté, avec un système de représentation sociale qui ne colle pas toujours avec les canons du système de soins moderne. Et si la naissance est depuis longtemps considérée, comme relevant de l'ordre de

²³ Association des sages-femmes et recherches. Impact de la préparation de la naissance sur la grossesse et l'accouchement. Montpellier, 2000.

²⁴ PNDS2009-2018 Sénégal

l'intime, du naturel, du normal, dans le registre d'un projet personnel, quels sont les enjeux socioculturels qui peuvent être en jeu ?

Cependant, promouvoir la santé de la mère et de l'enfant était à l'œuvre et aux programmes de ces politiques publiques de santé.

Développer les services de santé maternelle fournis dans le contexte des soins de santé primaires. Ces services, fondés sur la notion de choix averti, doivent comprendre une éducation sur la maternité sans risque, des soins prénatals précis et efficaces, des programmes de nutrition maternelle, une assistance au moment de l'accouchement qui évite un recours excessif aux césariennes et permette de traiter les complications obstétriques; des systèmes d'orientation en cas de complications au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'avortement; des soins postnatals et des services de planification familiale. Pour chaque accouchement, il faudrait la présence de personnes qualifiées, de préférence des infirmières et des sages-femmes, mais au minimum des accoucheuses qualifiées (Caire, 1994).

De plus, l'initiative « *Bajenou Gox* » abonde dans ce sens. Elle représente une approche communautaire pour la santé des mères et des enfants au Sénégal. Elle a pour but d'examiner les moyens de renforcer la contribution à l'amélioration de la santé des mères et des enfants dans tout le Sénégal. Particulièrement, à Djilor, il participe au plan de renforcement des capacités pour la sensibilisation des femmes enceintes et l'éveil de leur conscience afin d'éviter les risques accrus au moment de la grossesse et de l'accouchement. Ce plan fait partie des soins de santé primaires. Fondé sur le terme wolof utilisé pour décrire une marraine, un nom selon laquelle renvoie à la notion de sage, de générosité, de bonne écoute et à l'esprit d'ouverture. Elle apporte aux femmes un soutien durant la période prénatale, durant l'accouchement et à la période postnatale. Cette initiative prévoit un service de conseil de soins. Même si ces recommandations conjointes étaient l'objectif de plusieurs rencontres internationales et nationales, d'autant plus vrai qu'elles ont émané des politiques communautaires comme ce projet *bajenou gox*, le sujet de l'accouchement demeure toujours controversé dans un système de représentation sociale et d'interventions médicales croissantes.

D'ailleurs, dans cette localité, 30% des accouchements se passent à domicile d'après le registre d'accouchement annuel. À Djilor, on assiste de plus en plus à une méfiance vis-à-vis des services de santé concernant l'accouchement. L'avènement de l'accouchement en dehors de l'hôpital est souvent lié à la prise en conscience par les populations des facteurs

sociaux et culturels. Ces derniers, de toute façon, conduisent à l'ignorance des services concernant l'accouchement. Certains de ces aspects qui les motivent à l'ignorance sont dus par exemple à : l'affrontement de la douleur de l'accouchement qui garantit aux femmes un statut social particulier, celui de s'épanouir en toute liberté dans la mesure où elles sont acceptées socialement en tant que femme. À cela s'ajoute la dimension sacrée du corps, un corps chargé de symbole et de sens. Mais le simple fait de se limiter à ces facteurs n'est pas nouveau et ne nous renseigne pas pour autant sur les faits.

L'ethnologue Simone Kalis (1997, p.558) écrivait déjà à propos des Sérers Sin du Sénégal : « Il importe de ne pas attirer les entités malveillantes sur sa personne. C'est pourquoi, aussi longtemps que cela est possible, la grossesse sera dissimulée. En général, la famille feint d'ignorer l'événement qui n'est en aucun cas abordé publiquement et directement ». Reprenant la posture de Philippe CHARRIER et Gaëlle CLAVANDIER, la naissance, de l'intention à l'accueil du bébé, si elle s'affiche comme un projet personnel, n'en est pas moins régie par un ensemble de cadres, de rôles à tenir et de statuts qui évoluent. Autrement dit, en faire un projet, celui du couple, de la famille, de l'individu, ne signifie en rien une absence de savoirs, de savoir-faire construits socialement (CHARRIER et CLAVANDIER, 2013). Par contre, dans la mesure où les femmes conçoivent l'accouchement comme un phénomène naturel et normal, elles se montrent réticentes à l'accroissement des interventions pendant la grossesse et l'accouchement. D'après les enquêtes exploratoires, ils sont souvent incriminés : la routine des examens prénatals et l'intervention pendant l'accouchement. Et jusqu'ici, les phénomènes non médicaux sont pris en termes de maladies et de dysfonctionnements. L'adoption de ces nouveaux paradigmes dégage toute responsabilité aux femmes et aux familles. Tous ces aspects nous permettent de poser un certain nombre de questions.

Question principale

Quels sont les déterminants de l'accouchement à domicile chez les femmes à Djilor ?

Questions secondaires

Quelles sont les motifs, les raisons ou les logiques qui expliquent les accouchements à domicile ?

Quels sont, dans les croyances et les représentations ou les aspects économiques, les déterminants ou facteurs favorisant l'accouchement à domicile ?

Quels avantages et quels inconvénients sont perçus concernant l'accouchement à domicile ? Quels avantages et quels inconvénients sont liés à l'accouchement en structure sanitaire moderne ?

L'offre de soins et de services concernant l'accouchement correspond-elle aux attentes et aux besoins des femmes enceintes, de leurs maris et de la communauté ?

II . Les objectifs de la recherche

II . 1. L'objectif principal

Dans ce travail de recherche, l'objectif principal est d'analyser et expliquer les déterminants du choix du lieu d'accouchement chez les femmes de Djilor.

II . 2. Les objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, il s'agit :

D'explorer et décrire les raisons, les motivations et les logiques liées à l'accouchement à domicile à Djilor.

Décrire et analyser les représentations culturelles et les construits sociaux qui influencent les modalités d'accouchement à Djilor.

Analyser les perceptions des avantages et des inconvénients et leurs effets sur les choix du lieu d'accouchement chez les FE.

Analyser les effets de la perception de l'offre de soins et de services sur les attentes/besoins des communautés et les déterminants du choix du lieu d'accouchement.

III . Hypothèses de recherche

III . 1. Hypothèse principale

Les représentations socioculturelles valorisant la discrétion et l'affrontement de la douleur comme rituel obligatoire pour une femme expliquent les pratiques d'accouchement à domicile.

III . 2. Hypothèses secondaires

La perception des avantages et des inconvénients de l'accouchement explique les préférences d'accouchement à domicile chez les FE à Djilor.

Le manque de confiance et les interactions difficiles avec le personnel de santé favorisent les pratiques d'accouchement à domicile.

L'inadéquation entre l'offre et la demande accroît la probabilité de la pratique d'accouchement à domicile.

Les représentations liées à la médicalisation de la naissance renforcent les accouchements à domicile.

IV . Définition des concepts et des termes clés ou mots clés

IV . 1. L'accouchement

L'anthropologie nous montre une grande variété de compréhension et de définitions de l'accouchement selon les cultures, cité par (Gagnon, 2017). De ce fait, il y a lieu de distinguer une définition culturelle de l'accouchement et celle dominait par le discours médical. L'accouchement peut être l'activité physiologique des femmes pour mettre au monde un enfant. Déjà quatre siècles, « La mère de Socrate était une de ces femmes dont le fils mit au point la « maïeutique » (, art de faire accoucher), méthode par laquelle il se fallait d'accoucher l'esprit des pensées qu'il contenait sans le savoir, tout comme sa mère « extrayait » de ses mains les bébés du ventre de leur mère. C'est l'art d'accoucher »²⁵. C'est une analogie de la pensée humaine. Larkin et al. (2009) en sont arrivées à la définition suivante : « *the experiences of labour and birth is defined as an individual life event, incorporating interrelated subjective psychological processes, influenced by social, environmental, organisational and policy contexts* » (Larkin et al. 2009 : 49). Cette définition tient lieu de la multiplicité des facteurs qui définissent l'accouchement dans son intégralité.

En spécifiant l'accouchement avec la qualification médicale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1997) définit la naissance normale comme « une naissance : dont le déclenchement est spontané ; à bas risque dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement ; dont l'enfant (accouchement simple) naît spontanément en position céphalique du sommet, entre les 37^e et 42^e semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien. Dans le cadre d'une naissance normale, il faut une raison valable pour interférer avec le processus naturel ». Cette définition ne l'écarte pas de l'anormalité puisqu'il s'agit ici de vulnérabilité. Toute grossesse est un événement normal, naturel ne justifiant d'une intervention en cas de problème et à *priori*, tout accouchement est normal. Du point de vue sociologique, parler d'accouchement « normal » implique un jugement de valeur (Ireland & van Teijlingen, 2013). Le terme « normal » peut aussi être interprété comme ce qui est communément expérimenté (Tully & Ball, 2013).

Dans une thèse intitulée « La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie », on retient trois types d'accouchement. L'accouchement naturel (supervision par un professionnel mais sans assistance médical), l'accouchement « normal » (certaines

²⁵ (H. THOMSINP et EMONTS, 2007)

interventions sont pratiquées) et l'accouchement assisté (avec intervention : forceps, ventouse, césarienne). On remarque dans cette définition une ingérence médicale dans l'accouchement.

IV . 2. Médicalisation

La médicalisation est l'un des concepts clés de la sociologie moderne. Elle peut être définie comme « un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'empire, l'influence et la supervision de la médecine ». (Zola, 1983 : 295, dans Conrad, 1995 : 10 ; Gagnon, 2017). Introduit dans les années 1970 par le sociologue Irving Zola pour attirer l'attention sur l'utilisation de la terminologie médicale dans divers aspects de la vie quotidienne des humains notamment dans le domaine de la procréation. « Elle peut être envisagée comme le produit de la colonisation du social par la médecine sur l'ensemble de la population vers laquelle elle oriente son intervention » (Mélicha Nader, 2012). Ce processus change la mentalité des humains et métamorphose la manière de penser, de faire. Cette médicalisation entre dans le registre des faits sociaux²⁶ induite par l'impérialisme médical. Et, si toutefois on l'applique dans les domaines de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, elle devient en quelque sorte une attitude d'anormaliser la normalité. La grossesse et l'accouchement sont, de ce point de vue potentiellement dangereux. Cette expérience, faut-il le rappeler a pour mission la pérennisation de l'espèce et les sociétés humaines. Ceci vient renforcer l'idéal de progrès de société.

Par ailleurs, le lien entre idée de progrès social et de progrès scientifique souvent considéré comme idéalisme dont témoigne certains écrits de Bernard HOURS s'est imposée comme une évidence dès le XIX^{ème} siècle. Le fait de considérer que le progrès scientifique est la trame de fond du progrès social permet à la médecine de s'investir davantage à une mission déjà souhaitée par Descartes ; « la santé étant le premier bien, la médecine a pour vocation de rendre les hommes plus sages et plus habiles ». Cette mission principale représente un bon atout en faveur de la science par le contrôle des espèces humains afin de rendre compte les phénomènes complexes du normal et du pathologique.

²⁶ Selon Émile DURKHEIM, les faits sociaux « consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu ; et qui sont doués d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui. Par suite, ils ne sauraient se confondre avec les phénomènes organiques, puisqu'ils consistent en représentations et en actions ; ni avec les phénomènes psychiques, lesquels n'ont d'existence que dans la conscience individuelle et par elle ». *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Quadrige / P.U.F., 1937, p. 5.

Durant le XXe siècle, la représentation médicale de la grossesse et de l'accouchement est venue structurer les expériences (Barker, 1998, Gagnon, 2017). Cette forme nouvelle dépossède les femmes de leur statut d'expert et les rend vulnérables. Dès lors, la médicalisation inclue les notions de pouvoir, d'autoritarisme dans la gestion de la relation et de l'interaction. Dans la même période, Catherine Déchamp-Le Roux montre que le progrès scientifique s'est considérablement accéléré et façonné en progrès technique ; en d'autres termes, les connaissances scientifiques ont progressé moins rapidement que les promesses techniques. Par conséquent, l'industrialisation et la commercialisation ont contribué à cette métamorphose du progrès scientifique en progrès technique.

Le processus de technologisation²⁷ du système de santé a commencé avec la médicalisation de l'hôpital ; considéré comme un instrument thérapeutique dès la fin du XVIIIème siècle. Il a intégré tous les signes de progrès médical que sont les instruments de la science médicale et est ainsi devenu le lieu de progrès médical. L'emploi du concept de technologisation est utilisé pour aller au-delà du cadre thérapeutique de l'hôpital et repose en parfaite mesure par la maîtrise du vivant. Donc, la médicalisation de la société n'est que le renforcement de cette technologisation. Dès lors, cette médicalisation est appréhendée donc comme une réponse critique du progrès qui repose sur une opinion de la maîtrise de la nature humaine. Tout en sachant que cette dernière ne fait pas l'unanimité des chercheurs et penseurs dans différents domaines très variés et complexes. L'introduction à la modernité d'Alain Touraine témoigne ce fait : « Nous ne croyons plus au progrès. Nous continuons certes à nous demander quels seront les nouveaux produits techniques qui modifieront notre manière de vivre et quand la biologie et la médecine vaincront les maladies qui frappent à mort tant d'entre nous... »

Certains sociologues, inscrits dans le cadre de la sociologie de la déviance, conçoivent le processus de la médicalisation sous une forme dynamique d'inféodation de l'institution hospitalière par rapport à d'autres institutions qui jouent un rôle central dans le monde social et dans la gestion du corps et des comportements. « Dans cette perspective, le processus apparaît comme l'objet et le résultat d'un conflit entre l'institution médicale et ces

²⁷ Le concept de technologisation est repris par I. Baszanger, J.P. Gaudillère et Ilana Lôwy dans l'avant-propos de " Légitimer et réguler les innovations biomédicales " Sciences Sociales et Santé, 200, V 18, 4, p8.

autres institutions qui a pour finalité la désignation des phénomènes et le mode de réponse sociale et légitime à y apporter ».²⁸

IV . 3. Représentation sociale

Un concept ou une expression souvent utilisé par la psychologie sociale et la sociologie. La notion de représentation connaît un grand essor avec la pensée de Durkheim qui l'appelle « collective » et non pas « sociale », en le définissant comme la « manière selon laquelle cet être spécial qui est la société, pense sa propre expérience » (1968). Le concept de représentation sociale est introduit pour la première fois par Serge Moscovici en 1961. Il se situe à l'interface du psychologique et du social. Mais Il faudra attendre Moscovici pour pouvoir parler d'un véritable regain d'intérêt scientifique envers l'étude des représentations. Ce dernier a pour mérite d'avoir saisi le côté processuel et social des représentations, lesquelles sont le produit de la communication interindividuelle(Bergamaschi, 2011a).

Denis Jodelet conçoit les représentations sociales en fonction des facteurs psychosociaux. Elles sont des phénomènes complexes et qui agissent sur la vie sociale. Il considère que dans leur « [...] richesse phénoménale on repère des éléments divers dont certains sont parfois étudiés de manière isolée : éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images, etc. ». Cette appréciation tient lieu des processus psychologiques, sociaux, culturels qui influencent les individus. Autrement dit, des facteurs imaginés et programmés par la société et qui dictent la conduite et les manières de vivre des humains. Par ailleurs, la connaissance scientifique s'accorde à cette définition suivante : « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »(Dantier, s. d.). Également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel », cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique. En guise de remarque, si cette définition se focalise sur l'idée selon laquelle ces connaissances sont rangées dans le sens commun, il y'a lieu de distinguer le savoir construit et la réalité inhérente à la société. Il n'y a pas de profane ou de savoirs naïfs et ordinaires, encore moins naturels dans les représentations sociales. Elles sont tout simplement des réalités sociales hors du commun qui dictent et rationalisent les conduites sociales.

²⁸ GIAMI A. (2009), Chap. 10, p. 5.

IV . 4. Construction sociale

L'expression de « construction sociale » revient à Berger et Luckmann. Elle apparaît à la fin des années 1960 au moment où paraît leur livre : *Construction sociale de la réalité*. Ainsi, dans son ouvrage paru en 1999, *The Social Construction of What ?* Ian Hacking distingua trois thèses dans son acceptation pour pouvoir parler de construction sociale. L'imprévisibilité des événements qui peut se monter parfois inévitable, premièrement. Deuxièmement, que les événements tels qu'ils sont, ne sont guère satisfaisants. La troisième implique une transformation des autres. Ici, d'après l'auteur, la réalité n'a de sens, que si le caractère socialement construit du phénomène étudié ne va pas de soi. De plus, la théorie constructiviste comprend la réalité comme un terme subjectif, socialement construit par une activité communicationnelle, qui varie selon le temps, l'espace, le contexte, la culture et les différents consensus obtenus dans la société²⁹. La réalité nous apparaît alors à des constructions différentes au profit des acteurs, d'une époque à une autre, d'une société à une autre. La réalité sociale est construite tout autant que les problèmes aussi relèvent d'une construction sociale de la réalité dans la mesure où toute construction relève d'une réponse à une problématique particulière.

²⁹Vittorio Villa, « La science juridique entre descriptivisme et constructivisme », dans Paul Amselek (dir.), *Théorie du droit et science*, Paris, PUF, 1994, p. 281 à la page 288.

V . Opérationnalisations des concepts

CONCEPTS	DIMENSIONS	INDICATEURS
Représentation	Culturelle	Coutumes, rites,
	Religieuse	Recommandations religieuses, interdits
	Sociale	Pratiques sociales, traditionalisme médical
Médicalisation	Institutionnelle	Vision organique de l'accouchement, Décisions médicales par les professionnels de santé, conception pathologique de l'accouchement, légitimité du discours idéologique de l'accouchement, régulation de la fécondité...
	Interactionnelle	Prescriptions médicales, pouvoir d'autorité dans la relation de soin, dans le rapport au corps de la parturiente,
	Symbolique	Intériorisation des normes médicales, vulnérabilité du corps, soumission des femmes à l'autorité,

VI . Cadre théorique de référence

Il s'agit « d'une carte provisoire du territoire composée de connaissances générales à propos de phénomènes qu'il s'apprête à étudier, ainsi que des repères interprétatifs » (Paillé et Mucchielli, 2003).

C'est grâce à cette théorie qu'il peut construire des propositions explicatives du phénomène à l'étude et qu'il peut prévoir le plan de recherche. Il ne peut y avoir, en sciences sociales, de constatations fructueuses sans construction d'un cadre théorique de référence ». (Berthelot J.M, L'intelligence du social, Paris PUF, p.39). « Le cadre théorique sert principalement à présenter un cadre et à généraliser des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes pour tenter de les appliquer au problème (Laramée et Vallée, 1991)

Voulant mettre l'accent sur les motivations des femmes à préférer un accouchement à domicile par le biais de l'expérience vécue de l'accouchement, dans le désir de comprendre, notre approche s'inspire de l'interactionnisme symbolique. Ceci pour mettre en œuvre les phénomènes en jeu. En effet, l'interactionnisme symbolique est un concept inventé par Herbert Blumer qui met l'accent sur l'interprétation que les individus donnent à leurs actions, ce que William Thomas avait appelé « la définition de la situation ». Ces situations sont faites d'interactions entre plusieurs personnes dont les interprétations sont, selon l'expression d'Erving Goffman, « des relations syntaxiques qui unissent les actions des diverses personnes mutuellement en présence » (1974).

Ainsi, pour les théoriciens de ce courant de la « seconde école de Chicago », le social n'est pas abordé au niveau macrosociologique, ni microsociologique mais à partir des actions situées, autrement au niveau « méso-sociologique ». Cette perspective montre la dimension relationnelle du monde social, parallèlement dans l'environnement hospitalier, particulièrement la maternité. Cette dernière étant le lieu où se jouent les interactions quotidiennes entre des parturientes et des sages-femmes, des matrones, à la relation de soin qui sont aussi significatives dans la manière d'accueillir des patientes, au niveau de la communication.

VI . 1. Modèle d'analyse

Dans le paradigme interactionnisme symbolique, « L'existence sociale est faite d'un inépuisable série d'interprétations, de définitions, de situations toujours remises sur le chantier. Entre le monde et l'homme il n'y a pas une dualité, mais dialectique incessante, enchevêtrement » (Le Breton, 2004, p. 47). Pour arriver à une compréhension du monde,

plusieurs tenants de cette école ont porté leur analyse sur le fait que la réalité sociale est le produit des interactions réciproques. Dans cette lignée, le modèle d'analyse qui semble adéquat pour notre étude est la sociologie phénoménologique d'Alfred SCHÜTZ. Influencé par la pensée philosophique de Husserl sur laquelle il retient l'identification des uns et des autres par le partage d'un même monde de sens.

La recherche qui s'appuie sur la phénoménologie sociologique est de nature qualitative, qui vise à comprendre un phénomène, à saisir le sens du point de vue des personnes qui en font l'expérience. Dans la mesure où nous utilisons la phénoménologie sociologique dans le domaine de la santé, particulièrement sur la question de l'accouchement, nous explorons un objet de recherche, celui de la qualité de la relation femmes accouchées-sage femmes et médecins. Elle trouve toute sa pertinence en tant que support de recherche qui suit une démarche inductive avec une importance accordée aux expériences vécues et décrites par les femmes accouchées à Djilor qui se mesurent à la qualité de la relation et en d'autres termes influencent le lieu d'accouchement. Par la diversité des points de vue des femmes accouchées, l'approche de la phénoménologie sociologique cherchera à appréhender le vécu et l'expérience. Le fait d'étudier l'expérience des femmes au moment de l'accouchement, c'est aussi nous dit Dewey, étudier la vie. Les travaux qui se situent entre le rapport des parturientes, la communauté, les maternités comme déterminants des accouchements à domicile mettent l'accent sur les trajectoires de soins et de la qualité de la relation entre patientes et soignants. Il montre comment les femmes enceintes, en situation d'interactions entre la communauté et la maternité vivent expliquent l'expérience de l'accouchement.

VII . Justification de l'étude

De Alma Ata (1978), l'initiative de Bamako (1987) à la conférence internationale au Caire (1994), la santé de la reproduction est au prisme des affaires Étatiques, des organismes non gouvernementaux internationaux ; avec une attention particulière accordée aux droits des femmes en matière de reproduction. Celles-ci ne manquent pas d'ailleurs si la conférence mondiale sur la « maternité sans risque » tenue à Nairobi en 1987 marque un début du combat contre la mort maternelle. Et si les programmes de santé maternelle et infantile ont pour objectif la survie de l'enfant, considérant la femme, dans le seul fait, d'être mère porteuse, le combat féministe de la décennie 1970- 1980 avait déjà offert une autre vision de la femme. Et l'on se demande à quel niveau d'avancement de ses débats internationaux étant donné que la

situation sanitaire des femmes, particulièrement dans les questions de grossesse et d'accouchement, reste préoccupante au niveau national qu'international ?

Dans ce contexte, la notion de santé s'impose ; un objet des politiques publiques, incluant politique de population, notamment en ce qui concerne la santé maternelle. Mais celle-ci n'inonde pas le débat puisque la santé reste toujours un sujet controversé, en partie dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

En Afrique plus qu'ailleurs, en France, au Québec, l'accouchement est un sujet largement documenté. Au point de vue de sa terminologie ainsi que de ses débats contradictoires autant redoutable que paradoxale au sujet des populations et des professionnels de santé. Sur ce, les travaux des anthropologues et des sociologues n'en ont pas du reste sur la production scientifique.

Cependant, dans le simple fait du constat et de l'observation, la situation de la santé maternelle est plus préoccupante que nature dans la commune de Djilor, en termes d'infrastructures sanitaires, de personnel, de soin. Pourtant, elle figure dans le programme du PAODES, d'origine Belge, donc partie intégrante de l'UDAM (Unité Départemental d'Assurance Maladie) sous couvert par le département de Foundiougne qui s'active dans la contribution des soins de santé au plan financier.

Dans une perspective scientifique et disciplinaire, l'histoire nous apprend que la sociologie est fille des révolutions. Par ailleurs, on peut se permettre de dire qu'elle s'intéresse aux faits de société comme l'avait promulgué l'un des pères de la sociologie avec l'expression de « faits sociaux ³⁰ ». Cette façon d'aborder les structures du social n'échappe à notre étude. Elle trouve sa pertinence dans la faiblesse de l'intervention de la recherche dans cette localité caractérisée par une diversité de situations et de contraintes très dynamiques, avec une insuffisance dans le domaine de la santé.

³⁰ Selon Émile DURKHEIM, les faits sociaux « consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu ; et qui sont doués d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui. ». *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Quadrige / P.U.F., 1937, p. 5.

VIII . Revue de littérature

(...) la connaissance commence par la tension entre savoir et non-savoir : pas de problème sans savoir, pas de problème sans non-savoir. (Popper, 1979, p. 76 ; voir Dumez, 2010, p. 9).³¹ Un problème scientifique a la forme d'une tension entre savoir et non-savoir. Il se situe aux frontières de la connaissance, sur cette ligne qui en marque la limite, l'objectif de la recherche étant de déplacer cette ligne pour agrandir (un peu) la sphère du savoir (Hervé Dumez, 2011). Situant dans cette optique, notre synthèse de littérature tournera autour de ces implications théoriques afin de mettre en évidence ce qui a de spécifique sur la production scientifique de l'accouchement, de la grossesse et de la naissance.

À ce niveau, il ne manque pas d'ailleurs de travaux qui sont le produit de nombreuses recherches. Certains offrent une vision sur le sens de la grossesse, d'autres sur l'expérience de l'accouchement et les représentations qui se font par les femmes enceintes, la société en général. Par conséquent, la question de l'accouchement à domicile a fait l'objet de discussions dans plusieurs niveaux d'analyses suivant différentes spécialistes. Tantôt les historiens, les sociologues, les anthropologues ; spécialistes des sciences humaines ; tantôt la médecine qui inclue la science obstétricale ouvrant aux sages-femmes, aux médecins un vaste champ de réflexion sur la pratique de l'accouchement, de l'accouchement disons « traditionnel » à l'accouchement moderne avec l'avènement et les progrès de la médecine.

VIII . 1. La grossesse et l'accouchement : représentations sociales et culturelles

Certains travaux soutiennent que la grossesse est une spécificité féminine (puisque l'égalité serait possible dans la différence), au-delà, une valeur sociale. Cette capacité des femmes à porter des fœtus et le sens donné à cette aptitude physique justifie pleinement sa façon d'être femme socialement admise. Cette dimension de la grossesse, s'embles-elle, rangée du côté du biologique trouve toute son explication sociologique, puisqu'elle est souvent appréhendée à partir des normes et pratiques sociales qui gravitent autour d'elle-même. Découlant de la survie de la communauté, la grossesse est au cœur des traditions, des ethnies, de la culture.

³¹ Hervé Dumez, 2011 « Faire une revue de littérature : pourquoi et comment » ? Le Libellio d'Aegis, 7 (2 - Été), pp.15-27. <Hal-00657381>

Gervais Beninguise, Béatrice Nikiéma et al. (2005) Montrent que dans la plupart des sociétés africaines, la grossesse est une conjugaison harmonieuse du naturel (c'est-à-dire du « proprement physiologique ») et du spirituel, le résultat d'une action copulatoire des géniteurs favorisée par l'action providentielle des forces transcendantes. Dans l'imaginaire populaire, l'image de la grossesse favorise l'idéologie de la normalité selon Gervais Beninguise. Ce dernier constate aussi que dans un tel culturalisme, l'avènement ne prévaut pas automatiquement une intervention médicale.

(Davis-Floyd, 2003; van Gennepe, 1909, (Gagnon, 2017) considèrent la grossesse comme une expérience tout à fait universelle, régit par son caractère à dimension physique, psychologique, sociale et spirituelle. Il correspond aussi à des rites de passage caractérisés par des rituels variés ayant pour fonction de marquer une transition importante dans la vie d'une femme. Étape de croissance et de transformation, par essence, elle correspond à une crise de maturation. À ce niveau comme le pensent (Detrez, 2002 ; Le Breton, 2011, 2012), le rapport de l'humain à son corps est tissé dans l'imaginaire et le symbolique.

Parallèlement, l'article publié dans le journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la médecine, aborde la question dans le même sens. Il montre, en effet, que la grossesse est une configuration symbolique doté d'une certaine ritualisation. « De nombreux rites de protection et d'interdiction vont entourer les femmes durant cette période, visant protéger celle-ci et son fœtus de toutes les influences néfastes du monde extérieure ou du monde des esprits »³². Ces différents travaux décrivent les croyances populaires de la grossesse, dans un système de représentation où les interdictions et les normes jouent un rôle très important sur les mentalités. Une remarque très fréquente dans les études anthropologiques en santé, considérant la relation médecin malade comme une interface culturelle.

De plus, les analyses d'Aline Sarradon-Eck³³ décrivent les représentations populaires du corps et de la maladie, qui, de nature profane, écarte la vision techniciste du médecin sur le corps. Cette interface se complexifie lorsque le malade et le médecin n'ont ni la même langue maternelle ni la même religion ou origine ethnique³⁴. « Prenons l'exemple

³² Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique - EM| consulte, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 43, n° 4

³³ Médecin généraliste, 05300 Larnage-Montéglin, anthropologue, chercheur associée au laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie d'Aix-Marseille III

³⁴ Aline Sarradon-Eck, 2002, « Les représentations populaires de la maladie et de ses causes », *la revue du praticien - médecine générale*, t. 1, 6. N° 566, p. 358.

d'un médecin et un malade, tous 2 d'origine « hexagonale », tous 2 chrétiens, vivant et travaillant en zone rurale et communiquant avec les mêmes mots : ils pensent le corps et la maladie chacun à sa façon, selon une représentation scientifique pour le premier, et une représentation populaire, au sens de profane [...] » (Aline Sarradon-Eck, 2002). Cette exemple montre bien les caractéristiques des approches *emic* dans le champ de la connaissance du corps et de la maladie. La manière dont les sociétés catégorisent et classent le réel, les règles de comportement soumises aux arrangements de la communauté. L'idée est reprise par PILARD M., BROSSET C. et JUNOD A. sur le fait que, la grossesse, puisque considérée comme-t-elle est inséparable au contexte social, et culturel où elle s'inscrit. Ceci dit que, « chaque collectivité, chaque société à une vision particulière qui n'est pas sans répercussions sur les réponses apportées, c'est-à-dire la prise en charge »³⁵. D'ailleurs, les femmes avaient des récits narrant tout au long de leur vie avec des expériences et des histoires qui préfigurent des croyances et des mythes dans leur façon d'exister et de mouvoir dans l'action collective, qui oriente leur conduite. Ces approches relèvent de l'anthropologie culturelle, qui accorde une place au comportement des individus et de la personnalité, dont l'orientation théorique nécessite une prise en compte des cultures, des valeurs et des croyances.

D'autres recherches montrent aussi que les croyances pendant la grossesse vari du milieu physique en montant que c'est dans les communes les plus rurales que les croyances et traditions sont les plus présentes et les plus enracinées. Cette conception est plus développée dans les travaux de (Julie MENUUEL- 1^{er} cnaf 2011) en parlant de socialisations et de normalisations pendant la grossesse. Les femmes construisent leur expérience de la grossesse en relation avec ces diverses instances de socialisation.

Almeida ROMOADO, Maria de Fátima et al. , soulignent dans un contexte occidental, que la grossesse associée à la naissance et à la maternité, part, parfois, d'un imaginaire imprégné par la peur de la déformation du corps, comme, s'il s'agissait d'une maladie³⁶. L'identité de la femme est en construction permanente. D'autant plus vrai d'ailleurs que cet évènement relève d'un « Objet » sacré, sacral, voire sacralisé (Ndiaye, 2015), elle devient un fait de société. À ce propos, Simone De Beauvoir met l'accent sur

³⁵ PILARD M., BROSSET C., JUNOD A., 1992, « les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie », *Médecine d'Afrique Noire*, 39(10), p. 653.

³⁶ Maria de Fátima Vieira Martins, Paula Cristina Almeida Remoaldo « Mythes et croyances pendant la grossesse dans la région nord-ouest du Portugal et ses implications dans la santé des femmes », *Recherche en soins infirmiers* 2007/3 (N° 90), p. 75-85.

l'idéal de la corporéité, le fait que les femmes enceintes mesurent leur statut et prouvent leur existence. À partir de cette expérience, elle rapporte que :

La grossesse est surtout un drame qui se joue chez la femme entre soi et soi ; la ressent à la fois comme un enrichissement et comme une mutilation ; le fœtus est une partie de son corps, et c'est un parasite qui l'exploite ; elle le possède et elle est possédée par lui ; il résume tout l'avenir et, en le portant, elle se sent vaste comme le monde ; mais cette richesse même l'annihile, elle a l'impression de ne plus être rien. Une existence neuve va se manifester et justifier sa propre existence, elle en est fière ; mais elle se sent aussi jouet de forces obscures, elle est ballottée, violente.³⁷

À partir d'une littérature socio-anthropologique, Gervais Beninguisse, Béatrice Niki ma Pierre Fournier et Slim Haddad, clarifient la problématique de la qualité des services de santé et des soins obstétricaux. « Cette situation suscite bien des interrogations scientifiques ayant des implications programmatiques aux rangs desquelles figure l'accessibilité culturelle des services et de soins obstétricaux, une des exigences importantes de la qualité en Afrique »³⁸. Ici, la question de l'accouchement est associée aux offres sanitaires et aux préférences culturelles, aux coutumes et aux traditions. Dans cette logique, ils empruntent le terme de qualité, faisant référence à la médecine et à l'industrie. Du point de vue de l'accessibilité culturelle, une bonne qualité de services et de soins obstétricaux est appréciée par rapport à l'attention accordée aux attentes et préférences des femmes dictées par leurs coutumes et traditions. (Haddad et al.). Elle est normalisée dans l'imaginaire symbolique populaire. La grossesse n'est ni un état morbide ni un facteur de risque de morbidité, mais plutôt une voie d'accomplissement normal de la fonction reproductive de la femme (WFPHA, 1984, Slim Haddad et al).

Cette perception de la grossesse est inséparable aux références culturelles, sociales auxquelles les parturientes appartiennent. Elle engendre la discrétion qui est absente aux regards de la biomédecine. En général, l'accouchement se déroule dans un endroit discret, loin des regards envieux et jaloux pouvant provoquer ou prolonger les souffrances de la parturiente (Haddad et al.). Par contre, L'accouchement dans les hôpitaux est perçu dans cette position comme une calamité. Chez les Bétis du Cameroun (Laburthe-Tolra, 1991), on pense qu'un ennemi pourrait recueillir le sang de l'accouchée pour faire mourir le nouveau-né et bloquer toutes les naissances futures. On comprend dans cette dynamique que l'inadéquation

³⁷ Simone De Beauvoir - Le Deuxième Sexe

³⁸ African Population Studies Supplement B to vol 19/Étude de la population africaine Supplément B du vol. 19

entre l'offre et la demande prédispose certaines femmes à un accouchement sans assistance médicale. Sur ce, figure le poids de la culture et des traditions dans les mentalités populaires. Les normes sociales résistent à ce niveau aux normes médicales.

Jacqueline Lavillonnière, dès la formulation du titre de son article, accoucher à domicile est une douceur, nous apprend à quel point la naissance est une question d'intimité, dont l'évolution intensive s'accompagne toujours d'une modification à croissance exponentielle. L'idée de la naissance « d'hier » et celle « d'aujourd'hui » en tire son sens figuré et change avec une conception purement techniciste de l'activité reproductrice. Figure d'historienne et pionnière de l'histoire de la maternité, elle démontre comment cette activité humaine, naturellement médicalisée a pris son apogée grâce à la révolution scientifique, notamment au développement fulgurant de la biomédecine.

De la sorte, une évolution concomitante apparaît dans le contenu de la naissance, même si elle semble, parfois paradoxale. L'événement de la naissance se transforme en une question sociétale impliquant des pratiques diverses, avec des spécialisations, de formes multiples, à la fois contrariées, mais semble évident au regard de la médecine ; tout en sachant que celle-ci s'accompagne, toujours, d'un pouvoir normatif sur la société, en l'occurrence la reproduction. L'historienne part des objets porteurs de sens, avec un type de description ethnographique, il faut le reconnaître, qui préfigure et accompagne l'événement dans toute sa splendeur. La familiarité des objets de la maison qu'elle cite dans son passage, les bruits habituels, les petites et les grandes histoires de famille offrent une représentation symbolique de l'accouchement avec une dimension psychologique. La morale, à ce niveau marque un début important pour le travail de l'enfantement. En dehors de l'éthique, aussi portée par ses analyses, une attention particulière est accordée à la sécurité.

Approuvant que ces analyses donnent une orientation historique sur la dimension socio-culturelle, symbolique, en remettant en cause l'aspect médical, les facteurs psychosociaux sont ainsi pris en compte de profondeur. Mais, lorsque l'accouchement est appréhendé sous l'effet conjugué de la culture, de la famille, elle n'écarter pas les approches fonctionnalistes. Au-delà de ces considérations et pour montrer la toute complexité du changement qui se déploie dans la sphère reproductive, Elsa Boulet montre que ce processus physiologique est limité par une conception pathologique de la gestation. Elle part d'un principe et constate que : « Penser la grossesse comme une activité sociale à part entière, en étudier le déploiement, la quotidienneté (par contraste avec l'événement de la naissance), les

normes qui l'encadrent, et la manière dont les rapports sociaux la modèlent, permet de se départir d'une vision naturalisant de la gestation ».

L'intérêt de l'analyse d'Elsa Boulet opère des modifications qui sont en train de se faire dans le processus de la gestation. Ce qui nous fait comprendre que la procréation n'est pas seulement soumise aux exigences de la communauté, culturellement entendu. L'accouchement devient alors un phénomène de société qui est en train de se refaire.

En effet, et suivant l'évolution de ces productions scientifiques, on constate alors dans la plupart du temps, une culturalisation des phénomènes de naissances, dont la posture offre une grande partie des effets de la culture sur l'utilisation des services concernant l'accouchement. En d'autres termes, ils convoquent les pratiques culturelles non conformes à la logique biomédicale. Ceci a comme conséquence une gestion d'accompagnement culturel ou bien comme le pense Hours, à une épidémiologie culturelle qui réduit l'anthropologie et les anthropologues à un alibi permanent et au statut de « porteurs de valises » vides. Ces facteurs, certes, ils existent, sont des réalités, de nature sociétale mais ne peuvent toujours être le support causal de la faible utilisation des services de l'accouchement et encore moins comme l'origine des échecs thérapeutiques. Ils sont souvent incriminés, l'attachement aux valeurs traditionnelles. Ces présupposées implique à leur tour à la promotion du jugement des valeurs, qui font l'objet d'étiquetages comme : sociétés figées dans le temps et dans l'espace, refus d'adaptations du changement et à l'entrée de ceux qu'ils appellent la « modernité ».

Ce qu'il faudrait comprendre, c'est que dans la plupart des pays du monde, pour expliquer les déterminants de la faible utilisation des services de maternités, les aspects culturels apparaissent, certes, mais ne constituent le point focal de l'explication. Dans un contexte où l'avancée de la médecine préventive a pénétré les mentalités et change constamment le regard sur la vie de l'espèce homme et femme, son monde de fonctionnement, il est important de tourner vers ses effets, ses contradictions et ses reconfigurations sur la vie des femmes au moment de l'accouchement. À l'encontre, ces facteurs peuvent être des choix réfléchis d'un couple, des aspects structurels défailants. La lecture critique de Didier Fassin sur *le culturalisme pratique* montre même comment la considération excessive des aspects de la culture comme support de défense conduit en quelque sorte à une lecture mitigée, voire fausse de la réalité sociale. Outre, Toutes les réalités s'agrègent sur l'explication du phénomène.

IX . L'expérience de l'accouchement

L'expérience de l'accouchement est consubstantielle au stress et à la détresse psychologique. Beaucoup de recherches, notamment en psychologie examinent les conséquences psychosociales de la phénoménologie de l'accouchement. Certains travaux montrent que cette expérience a un rapport direct avec le corps et la douleur.

IX . 1. Le rapport au corps

Objet des sciences (naturelles et sociales), le corps, lorsqu'il est souffrant, est le centre des théories. L'opposition sciences naturelles et sciences sociales renforce la séparation entre corps naturel et corps social. Le naturalisme se positionne avec une tentative de légitimation en voulant tout expliquer par des causes génétiques. De l'autre un culturalisme antinaturaliste se démarque fort bien. Delà, un problème épistémologique se pose, de l'explication du passage de la nature vers la culture.

D'ailleurs, le corps n'est seulement pas une réalité culturelle plutôt qu'un objet théorique des sciences exactes. Les idéaux du corps se lisent à travers le mythe, le langage et la parenté, comme ont pu le faire les structuralistes formalistes. Les travaux de Gisèle Dambuyant-Wargny porte sur la visibilité corporelle, le parcours des corps précaires, la surexploitation et la surexposition, les prises en charges et leurs effets³⁹. Aussi, comme le montre Bernard Andrieu, « sortir du structuralisme ne consiste pas pour autant à refuser l'existence d'invariants corporels ». À la reprise de E. Leach, il rappelle comment les parures, les parties du corps, les postures, les mouvements des membres, la vitesse des pas, la nutrition, les excréments, et les expressions du visage sont des variations de l'universel culturel(Andrieu 2007). Mais il faut déjà présent délimiter les frontières épistémologiques du corps car n'appartenant pas à une seule discipline spécifique. Il est sujet, corps de soi, corps individuel, corps culturel et corps comme objet conçu par les sciences exactes.

Longtemps maintenu hors du champ de l'ethnologie. Le corps est conçu différemment comme corps biologiques des médecins, corps ontologiques des philosophes. Le recul anthropologique permet de mieux cerner à grande échelle d'observation et de questionner davantage la pensée ontologique du corps en le confrontant avec la pensée technico-scientifique. Ceci pour comprendre le sens des actions, de la diversité des pratiques,

³⁹ Bernard Andrieu, le corps humain. Une anthropologie bio culturelle

des croyances, le façonnement des institutions sans pour autant réduire la culture à l'opposition tradition et modernité ou bien de la comprendre dans une dichotomie de sociétés avancées et de sociétés exotiques.

Le travail revient donc à la sociologie et l'anthropologie ou encore à la socio-anthropologie de se positionner dans le débat. Puis encore de rendre intelligible le corps dans toutes ses dimensions, toutes ses formes symboliques dans un univers de sens qui accompagne le schéma corporel.

Le corps, à partir d'une réflexion anthropologique et dans le souci de ne pas se cantonner dans un culturalisme, était pris comme composante neutre de la constitution de l'être humain. Réduit à la dimension naturelle, il est négligé, borné hors de la pensée et séparé de tout ce qui peut être attribuable aux sens, à des signes faisant échos aux valeurs individuelles, aux représentations et normes sociales et culturelles dans lesquelles ce corps est façonné. En plus, il est coupé de l'homme, privé de son originalité. Dans une telle conception, il devient l'animalité de l'homme. Et ce corps, si on le situe, au point qu'il intéresse l'anthropologie, c'est qu'il se trouve dans un dualisme : le biologique et le culturel. Cela n'empêche que « l'anthropologie du corps ne peut donc être ni naturelle, ni culturelle, car elle s'orienterait alors dangereusement vers les deux excès du naturalisme strict et du culturalisme fort (Andrieu 2007) ». La dimension biologique nous permet de décrire une attitude pathologique qui s'est construite et qui sans doute réduit le corps à une matière, un corps malléable soumis aux influences extérieures.

Ce positionnement était à l'œuvre dans la pensée occidentale et l'influence du dualisme philosophique. Par ailleurs, et pas si loin du morcellement corps / esprit, la pensée organiciste, plutôt qu'à s'intéresser au corps biologique, elle conçoit la matérialité physique. Descartes vient en renfort avec ce corps-matière qui est consensuellement posé comme canon de la civilisation occidentale. Sa pensée se raisonne à une dislocation des sentiments et des pensées. Et, si ce corps est conçu comme-t-elle, il dresse un fonctionnement de gènes et d'organes, et aurait un état normal dont certains dysfonctionnements entraîneront le dérèglement. La maladie, entre autre, la mort. Canguilhem réagit en substance, dans *Le normal et le pathologique* et montre bien que « si la frontière reste floue entre la santé et la maladie, il n'en reste pas moins que « sans les concepts de normal et de pathologie », la pensée et l'activité du médecin sont incompréhensibles (Georges Canguilhem, 1965, p. 194) ». Cette littérature caractérise les limites de l'activité du médecin tout en maintenant l'analyse

des pratiques et des techniques médicales. On peut sans doute constater que ce regard organique a généré ce que nous vivons aujourd'hui, dans le monde de la médecine, des spécialités référentes à différentes parties du corps.

En effet, si la culture occidentale favorise le développement de l'esprit sans tenir compte des aspects concrets et symboliques du corps, c'est parce qu'elles sont limitées leurs visions du corps, par essence, pris dans sa dimension naturelle et du biologiquement étudié. De même, si la pensée rationnelle modifie radicalement la conception du corps pris dans son ensemble, elle implique en d'autres termes une définition contemporaine du corps comme décrit Le Breton dans ces composantes fondamentales de la représentation anatomo-physiologique ; un corps de tissus et d'organes contrôlé par les fonctions biologiques et enseignée dans les facultés de médecine(Le Breton, 2011). C'est ce corps « machine » qui ouvre la voie à l'instrumentalisation et sa séparation de l'esprit. La médecine s'est développée sur cette conception d'un corps morcelé, ce qui a déteint sur son approche et le vécu des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement (Gagnon, 2017). Cette division du corps conçue par la médecine porte l'attention sur le fonctionnement physique de la femme. Dès lors, la lecture de plusieurs écrits de l'anthropologie et de la sociologie du corps témoigne de l'existence d'une signification culturelle des substances du corps. Ces travaux mettent en lumière le caractère polysémique du mot, sur ce qu'il y'a d'internes et d'externes, en le balisant dans un champ de recherche qui fonde un véritable savoir sur le corps.

La réflexion qu'aborde Le Breton est essentielle. La condition humaine est corporelle disait-il. Il appréhende le corps dans tous ses schèmes en l'abordant dans un univers de significations et d'informations. Ce corps est directement lié à l'existence de l'Homme. Sa pensée se résume sur la sensorialité, l'affectivité, les gestes et les mouvements. Une telle assertion désoriente celle du morcellement de l'esprit et du corps dont l'initiative était de la part de l'occident industriel. Puisqu'un corps réduit à la chair n'est que collection d'organes et de fonctions agencées selon les lois de l'anatomie et de la physiologie avait déjà montré Le Breton. Déjà présent un tel corps sera dépourvu d'affectivités et de symboles. Et s'il en est le cas, la nature souffre d'un puissant paradoxe. À ce titre, Platon avait déjà souligné que « L'erreur la plus commune du médecin est de vouloir soigner le corps sans tenir compte du psychisme ». La posture de David Le Breton s'avère particulièrement offensive à la pensée classique occidentale. De même, lorsque cette dernière faisait référence à la société industrielle au XVIIIe et XIXe siècle et la montée progressive de l'individualisme, une

réaction de la lecture de Mauss s'avère évidemment particulière sur « Les techniques du corps ». Chaque société se définit selon les normes en vigueur qui lui sont spécifiques. Lorsqu'il définit la notion de technique comme « façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps », on s'aperçoit à la perspective de Le Breton que « le corps est une réalité changeante d'une société à une autre, les images qui le définissent, les systèmes de connaissance qui cherchent à en élucider la nature, les rites qui le mettent socialement en scène, les performances qu'il accomplit sont étonnamment variées, contradictoires même »(Le Breton, 2011).

Mais le sens porté par l'analyse première de Le Breton relève des aspects concrets de la vie sociale et de l'addition culturelle dont s'immerge le corps. Celle-ci s'accompagne d'un déterminisme endogène. Ceci, dans la mesure où ce corps façonné par la culture devient un corps social. Bien qu'il soit social, ce corps a la particularité d'être modelable selon les normes en vigueur. Ce corps est vécu, non pas du point de vue individuel mais devient le support de l'identité collective. Dans cette perspective, les signifiants corporels des femmes gestantes ou leur rapport au corps sont directement liés à la culture de chaque groupe de société. La culture du corps est à ce point de vue la culture de la norme.

De même, l'étude des Mongols permet à Gaëlle Lacaze, après avoir servi des techniques de Mauss, de comprendre que les logiques sociales sont régies par un ensemble d'apprentissage. Cette communauté serve de leur corps à travers le processus de socialisation. Au lieu et à la place de l'apprentissage, il parle d'une organisation différente de la technicité corporelle du statut de mère durant la grossesse. Chez les Mongols, les activités prescrites à la femme enceinte visent à muscler la partie basse du corps en évitant de tirer sur les muscles abdominaux. Les femmes enceintes ne doivent pas se reposer sous peine d'un accouchement difficile(Lacaze, 2008). En pratique cette acceptation remet en cause le corps vécu comme celui de soi, du vivre individuel, pris dans sa dimension interne. Il devient le substrat de la responsabilité de ses détenteurs. (Diallo, 2016) a bien compris que le corps du sujet devient un objet de choix. En complémentarité, il est aussi un objet de soi. En conséquence, ce corps se résume à une façon dont l'esprit doit agir.

Les concepts de « biopouvoir » et de « biopolitique » forgé par Michel Foucault permettent de comprendre un certain rapport du pouvoir et la vie dominée par le politique et de décrypter la mainmise de la société contemporaine sur l'énigme du corps. Il spécifie les modalités d'exercice du pouvoir lorsque la vie entre dans ses préoccupations. Même les

écrivaines féministes ont témoigné du corps des femmes d'un pouvoir de dire le refoulé, le latent, le violé, mais elles ont aussi, parfois, célébré sa jouissance et sa beauté. Ces facteurs externes se justifient selon la description de Medjé Vézina et Nelly Arcan accentué par la violence faite au corps ; par les maternités non choisies, la disponibilité sans faille, de la part des femmes, à la jouissance masculine, le viol et plusieurs autres formes de désappropriation...⁴⁰ Foucault souligne à ce niveau « qu'à partir de la seconde moitié du XVIIIe siècle, la vie de l'espèce humaine devient l'enjeu des stratégies politiques, marquant le « seuil de modernité biologique d'une société ». Ici les techniques de pouvoir apparaissent et amplifient toute forme de régulation qui assure et encadre la vie de l'espèce humaine. La vie, prise dans cette logique d'« exception », alimente le fonctionnement du pouvoir souverain, qui s'institue et se maintient en produisant le « corps biopolitique » sur lequel il s'exerce (Genel, 2004).

Afin d'étudier l'évolution des relations des femmes à l'espace pendant leur grossesse et leur accouchement, Anne Fournand qualifie le corps comme enjeu géopolitique, dans l'articulation corps, espace et pouvoir. Elle met en évidence une construction complexe du corps dans une relation d'interaction dont l'axe de réflexion est le corps des femmes enceintes de Mayotte. Une communauté soumise au processus de départementalisation dont la situation géographique permet de révéler certaines relations entre corps et espace, corps et pouvoir. Ce positionnement théorique s'inscrit toujours dans le prolongement des théories de Michel Foucault. Ces dernières qui ont depuis longtemps montré, avec la logique du « biopouvoir » que les questions corporelles et de santé ne sont pas toujours l'apanage des individus qui portent la chair mais deviennent des régulés, politiquement et socialement. L'État met en place des mécanismes de contrôle prenant en compte le corps, la santé et la régulation globale des populations(Fournand, 2012). En effet, comment les femmes se représentent ce système de régulation des corps qui est devenu une médicalisation de la vie ?

IX . 2. Le rapport à la douleur

Toutes les sociétés humaines entretiennent un rapport ambigu, devenu de plus en plus complexe avec la douleur. Tout comme le corps, elle est aussi développée différemment, traité sous plusieurs angles dans les différentes disciplines. De la biologie, de la médecine à

⁴⁰De Medjé Vézina à Nelly Arcan, la représentation du corps dans la littérature québécoise, Université Concordia

l'anthropologie et à la sociologie. La douleur est une autre voie possible dans les représentations symboliques de l'être, dans le but de dépasser une simple réaction physiologique du corps. Elle n'a de sens que lorsqu'on lui attribue une signification propre. Même si elle est une réaction corporelle dans sa particularité physiologique du fait de son caractère biologique, la douleur n'est pas un phénomène brut.

David Le Breton spécifie toutes les empreintes du sens donné à la douleur. « Parce que la douleur n'est pas un fait biologique brut, mais reçoit toujours l'empreinte de la signification que l'homme lui donne, elle n'est jamais tout à fait hors de son atteinte. » (Le Breton, 1995 : 79 ; (Rouillier, 2015). Dans ce sens, la douleur relève d'un vécu collectif selon les sociétés d'appartenances. Chacune-d-elle attribue une dimension socio-culturelle de la douleur avec des valeurs symboliques qui normalisent le sens du groupe. La douleur est une action qui relève hors du commun. Le Breton ajoute que « l'expérience cumulée du groupe amène ses membres à une attente de la souffrance coutumière imputable à ces événements ». En pratique, l'accouchement est un exemple de cette souffrance coutumière. Mais les arguments ne font pas l'unanimité.

Dans le dualisme corps / esprit, la douleur relève d'une manifestation physique, symptomatique. Elle appelle, à ce niveau une éventuelle réparation. Cette mécanisation est à la base de la biomédecine. Ce raisonnement l'écarte hors de la normalité. Or, la douleur s'interfère de l'expérience personnelle bien inscrit dans un contexte. « En matière d'accouchement, les phénomènes mécaniques n'expliquent pas à eux seuls les douleurs que les femmes éprouvent. [...]. Toute douleur est subjective, c'est-à-dire éprouvée par un sujet au filtre de son histoire personnelle, familiale, sociale, de son groupe culturel et de son appartenance religieuse. [...] Chaque parturiente produit une douleur qui lui appartient en propre » (Rouillier, 2015). Cette douleur temporaire, de nature aiguë est généralement dans bon nombre de sociétés le mieux, socialement et culturellement acceptée. Alors, quand la médecine rend pathologique la douleur, elle est pour certain un rite initiatique des femmes et devient en quelque sorte le support que la communauté inflige aux individus pour légitimer leur force. D'un escalier à un autre, la douleur se vit comme un passage d'un état plus subtil. De plus, « La douleur correspond au [...] passage d'un univers social à un autre, bouleversant d'un trait l'ancien rapport au monde. » (Le Breton, 1995 : 209, (Rouillier, 2015). Ce passage garantit le statut considéré et augmente les moyens d'existence.

X . L'accouchement : au croisement des facteurs institutionnels et techniques

Au travers des études sur l'accouchement, la naissance se trouve dans l'interface entre la technique appliquée et des représentations populaires et des affaires politiques, économiques et sociales. La normalisation des pratiques médicales remonte avec la montée progressive de la mortalité maternelle et infantile et une volonté puissante de professionnalisation et de médicalisation dans le domaine de la naissance. Cette pratique, comme le démontre Gaudillière (2006), correspond à une spécialisation du corps féminin. Ce modelage dit-il : « Il s'agit aussi d'un changement des images du corps et de ses dérèglements qui favorise la médicalisation des pratiques de santé, leur transformation en objets de savoir spécifiques [...]. De même, on se rend compte dans les travaux d'Anne Hugon sur la nécessité de fonder un établissement spécialisé pour les naissances (en d'autres termes une maternité) (Hugon, 2017, p. 7). L'auteur postule d'autres parts d'une volonté de former des sages-femmes africaines à l'européenne, qui, aux yeux de A. Hugon, relève d'un projet colonial (Hugon, 2004, p. 145-171).

Dans le contexte africain, cette normalisation offre une double facette au sens de l'auteur ; l'une qui consiste à offrir aux africains la possibilité d'accoucher en milieu hospitalier, l'autre est entendu sur le fait que les sages-femmes auront pour mission de régler leur compte.⁴¹ Cette histoire décrit l'évolution sanitaire de la protection maternelle et infantile dans son double visage⁴². Sa particularité permet de comprendre les transformations au cours de la reproduction et d'en servir les bases pour décrire les faits, analyser les controverses et expliquer le processus qui sous-tend l'évolution.

Toutefois, la naissance s'est profondément transformée avec l'évolution de la science, l'obstétrique en particulier. Même si l'objectif de cette normalisation des pratiques médicales s'avère très particulière sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, elle change

⁴¹ Anne Hugon, « Naître ou ne pas naître à la maison en contexte colonial africain. La remise en cause des pratiques « traditionnelles » (Gold Coast/Ghana, 1920-1950) », in Marie-France Morel, *Naître à la maison*, ERES « 1001 bébés », 2016 (), p. 171-188.

⁴² Une critique s'avère particulière dans la thèse de Michel Foucault sur l'état biopolitique. L'histoire longue de la protection sanitaire des mères et des enfants apparaît, derrière ces procédures administratives et médicales, dans son double visage : d'un côté, l'effort collectif ayant permis la réduction considérable de la mortalité maternelle et infantile au cours de l'époque contemporaine⁴, de l'autre (selon un regard plus critique inspiré notamment des thèses de Michel Foucault), la progressive montée en puissance de l'État biopolitique et de ses normes intrusives (CAHEN, 2014)

l'image du corps féminin. Ce corps modelé par la vision médicale, technique qui n'est pas sans répercussion dans la relation soignant-soigné, dans le rapport entre savoir technique et « profane », aussi bien même dans la relation de soins, sur l'observance thérapeutique.

Dans sa thèse, Raymond Gagnon montre que la révolution technique au profit du profane, a fortement changé les mentalités, dans un contexte de bio médicalisation. Cette analyse, un plus proche de celle de Fassin sur *le gouvernement du corps*, qui pour sa part, cette professionnalisation du médical sur la procréation avec une tentative de légitimation, correspond à une régulation de demandes par un travail de qualification. « Les modifications contemporaines en matière d'administration du vivant se traduiraient tout d'abord par une médicalisation croissante des comportements qui s'apparenterait à une nouvelle façon de formuler la morale dans les termes du biologique »⁴³. S'agit-il du *gouvernement de la vie* comme le montre Didier Fassin dans un article⁴⁴ que le pouvoir sur la vie s'exerce sur l'anatomo-politique du corps humain.

Si l'avancé des techniques a permis et permet encore de sauver des vies, elle a aussi façonné et modifié fortement le vécu des femmes et des familles autour de la naissance (Gagnon, 2017). Paradoxalement, la naissance est question médical, d'hôpital qui, à leur insu modifie la mentalité traditionnelle. Sous ce rapport, la vision de la naissance comme sujet, devient le fruit d'une objectivation. De ce fait, les avancées technologiques transforment le rapport au corps, modifient l'imaginaire de la grossesse et changent les rituels autour de l'accouchement et de la naissance (Gagnon, 2017). Ainsi, dans l'ère de la révolution technique, au sens de l'auteur, accordant un large travail de normalisations des pratiques médicales de la grossesse, de l'accouchement, avec la remise en cause de la sphère culturelle, le vécu des femmes est en profonde mutation. Au moment où cette normalisation est obligatoire comme l'illustre ce passage :

Le traitement de la grossesse et de l'accouchement par l'institution médicale est non seulement très majoritaire, mais également obligatoire en France : la déclaration de grossesse par un médecin ou une sage-femme est indispensable pour faire valoir ses droits sociaux (remboursement des

⁴³ Eric Farges, « FASSIN (Didier), MEMMI (Dominique), dir. *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, 269 pages. », *Politix* 2006/2 (n° 74), p. 199.

⁴⁴ Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95–116. Doi :10.7202/015638ar, p.1.

soins, allocations familiales) 9 et ses droits en tant que salariée (congé, aménagement du poste de travail, protection contre le licenciement⁴⁵

Il n'en demeure pas dans un contexte où la naissance relève d'un libre choix personnel. Par ailleurs, cette technicisation réduit les risques de la grossesse au même moment qu'elle augment des risques vis-à-vis des réticences populaires dans l'orientation de la grossesse.

Il convient donc de souligner en guise de remarque, que ces auteurs n'ont fait qu'établir la mise en scène de ce processus de normalisation procréative dans la sphère technique. Mais cette vision critique vis-à-vis de cette conception médicale sur le corps féminin reste largement à documenter. L'exception à ce niveau confirme la règle de Didier FASSIN quand il parle du gouvernement des pratiques médicales, des pratiques par extension sur la vie. Alors, il fallait mettre l'accent sur le fait qu'à un certain moment, que les pratiques médicales modernes atteignent un seuil vis-à-vis de leurs compétences. Ce fait, lié à la complexité de l'être, de sa nature biologique, aux influences réciproques de la communauté, aux perceptions et aux représentations sociales et culturelles.

(Marignier, 2015), s'exprime en termes de résistance face à l'accouchement médicalisé. « En effet, les féministes ont mis en avant l'importance du contrôle médical sur les corps féminins dans les processus de domination patriarcale ». Par ailleurs, les travaux de Maud Arnal seraient plus critiques vis-à-vis des savoirs dits « experts », ceux des professionnels, des savoirs dits « profanes » et la mise en application dans le processus d'interaction.

Dans son article intitulé « Les enjeux de l'accouchement médicalisé en France et au Québec », Maud ARNAL montre dans un contexte Français et du Québec que la controverse dans l'accouchement, dans une perspective médicale est le fruit d'une polémique qui est à l'œuvre dans des intérêts divergents. Ces intérêts sont à situer dans les secteurs professionnels, politiques, économiques, sociaux et ceux des mères et des familles. Ces dichotomies s'expliquent par une conception différente du corps, avec une distinction physiologique et pathologique. En prenant l'exemple de l'Amérique du nord, Maud illustre l'usage et l'appropriation de « l'idée de nature ». Ce corps façonné par la nature renvoie à

⁴⁵ Elsa Boulet, « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », Genèses 2018/2 (n° 111), p. 38

l'idée d'un « déterminisme endogène venu se superposer à celle de finalité » (Arnal, 2018 ; Guillaumin, 1978, p. 10). La contrainte qu'exerce le discours médical est à ce point de vue une « pathologisation » de l'existence. Ainsi, certains de ces travaux ont noté une exagération de la pratique médicale sur la nature humaine, en particulier la reproduction. À ce propos, « (...) ces approches ont dénoncé la reconfiguration pathologique des réalités individuelles et collectives qui s'opérationnalise à travers, notamment la création de maladies, l'expansion du champ de compétence de la médecine, la pathologisation généralisée de la vie et l'utopisation de la santé » (Fox, 1977 ; Colucci, 2006 ; Szarsz, 2007 ; Nader, 2012).

À partir de quelques récits de femmes, Béatrice Jacques analyse et montre les relations complexes qui existent entre les parturientes et les professionnels de santé. Elle montre en effet, que ce n'est pas qu'elles ignorent les services et les soins de santé mais parce qu'elles vivent un sentiment de déshumanisation : l'absence d'aide, la pression exercée sur elles, en donnant l'exemple de Géraldine : « J'avais opté pour le premier, pour une clinique soi-disant douce. Je me suis retrouvée très seule. J'ai très mal vécu ma péridurale, convaincue que si j'avais été humainement soutenue, j'aurais très bien pu m'en passer. Il y avait trop de pressions. ». De même, ces rapports directs ou indirects écartent le sentiment de confiance.

Même, dit-elle, les propos des sages-femmes, spécialistes sont assez éloquents du fait qu'elles n'optent pas au cours de leurs grossesses cette technisation.

Connaissant l'hôpital puisque c'est mon lieu de travail, je ne voulais absolument pas y accoucher. Je souhaitais accoucher sans technicisation, surtout sans la pression et les peurs des praticiens hospitaliers et j'étais persuadée que cela ne pouvait que bien se passer, malgré ma connaissance des accidents, le plus souvent induits par le non-respect de la physiologie. (Anne-Lise)

L'accouchement est technologique. Vu l'accroissement spectaculaire de la biomédecine, notamment, l'usage accru des techniques obstétricales, le vécu des parturientes est en profonde mutation. Ces expériences vécues créent des formes de résistances et des manières de penser et de vivre la maternité.

Béatrice Jacques, dans un article « Quand la technique échappe aux médecins », avance dans cette réflexion et montre les aspects de la médecine moderne qui prend le dessus sur toute la sphère de la vie humaine notamment dans le domaine la reproduction. De même, elle constate que la technologisation du système de santé correspond à une longue histoire dominée par l'idéologie du progrès qui valorise la maîtrise de la nature par le recours à la

connaissance scientifique et technique. Cette idéologie du progrès est décrite, de manière pareille dans la formulation de Bernard Hours par l'idéologie de la santé parfaite. Or, si ces idéologies qui attirent l'attention de ces auteurs orientent le contrôle de la médecine factuelle sur la santé des individus, ou bien une façon d'administrer le vivant (Fassin), elle perd aussi son contrôle dans la manière d'administrer ce même vivant. De ce point de vue, cette querelle dans les établissements de santé, maternités, en particulier, ne se limitent plus à la relation soignante-soigné mais découlent des contraintes techniques induites par la science. Ainsi, « le développement de la technicité a profondément modifié la pratique médicale et lui a donné une autorité incontestable » (Béatrice Jacques)⁴⁶.

Dans son œuvre intitulé *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Bernard HOURS s'inscrit dans cette même perspective et montre en effet, que cette quête acharnée de la « santé parfaite » fait du sujet une sorte d'espèce inhumaine écarté de son savoir. Ce qui permet à la médecine d'être au-devant de la scène et d'en servir les marqueurs biologiques et réduit la personne à ce qu'il appelle des « regards angoissés portés à des statistiques ou à des instruments de mesure ». Cette métaphore tient compte d'un sentiment de vulnérabilité et réduit les femmes à leur capacité d'autodétermination de l'activité reproductrice. À ce niveau, et à la perspective de Béatrice Jacques, de même que la réflexion critique de Hours adressée à la santé publique, le corps devient le lieu de jaillissement de la machine.

La nécessité à prendre en compte les facteurs individuels de l'accouchement à domicile dudit de l'expérience subjective est essentielle. Toutefois, si les pratiques d'hier de l'accouchement sont rendues modernes avec l'avancée de l'obstétrique, il est question de s'intéresser au rapport à la modernité, à partir du vécu des femmes enceintes dans les services de maternités, de l'accueil à la relation thérapeutique.

Dans une thèse intitulée *L'accouchement à l'ère de la biotechnologie*, Raymond Gagnon insiste sur le fait que la grossesse et l'accouchement représente une expérience à l'ère de la biotechnologie. « La présence et l'usage accru de la technologie transforme les attentes des femmes et la manière dont elles vivent ces événements » (Gagnon, 2017). De façon analogue, Béatrice Cascales et Laëtitia Négrié à partir du mémoire de Conseil Conjugal et

⁴⁶ Béatrice Jacques, « Quand la technique échappe aux médecins », in Jacques Besson et al. Que sont parents et bébés devenus ? ERES « Les Dossiers de Spirale », 2010 (), p. 124.

Familial écrit par Laëtitia Négrié « Enfanter où je veux, comme je veux – Plaidoyer pour l’extension des luttes féministes pour le droit à disposer de son corps » – *Planning Familial de Montpellier*, 2011. Elles partent du principe trop critique de l’hyper médicalisation qui inapte le corps féminin et met en danger le travail de l’enfantement. Ces expériences vécues par les mères sous l’effet de la technique et des pratiques obstétricales présentent des ambiguïtés. Dans cette perspective, elles mettent en lumière le principe formulé de *l’Evidence Based Medecine* qui confirme que le respect de la physiologie assure la sécurité de la parturiente et du fœtus. « Du point de vue éthique et politique, il convient de parler d’accouchement physiologique et social et non d’accouchement naturel pour l’accouchement respecté ». ⁴⁷

A la lumière de ces analyses, l’accent est mis sur le vécu des mères dans les services d’accouchement, qui d’une manière ou d’une autre transforme la physiologie du corps féminin à un objet. Cette manipulation du corps influence le lieu d’accouchement.

Cependant, si les femmes comme décrites Paola Tabet, Silvia Federici et al. Sont dépossédées de leur capacité d’autodétermination dans leur vie reproductrice, l’hyper médicalisation en fait partie. Elles montrent à ce point, « qu’en effet, l’histoire de la maîtrise de la fécondité montre comment les femmes, les femmes enceintes et en travail, ainsi que leurs alliés, ont lentement, mais sûrement, été isolés, diversifiés et placés ⁴⁸ ». À partir de ces expériences, les femmes s’écartent du pouvoir médical. Ces deux auteurs montrent des controverses avec des expressions comme : « domestication de la sexualité », « dressage psychique », contrainte, mutilation psychique telles reproduisent dans les travaux de Béatrice Cascales.

XI . Le risque

Le concept de risque est largement discuté dans plusieurs niveaux d’analyse avec autant d’ambiguïtés. Nous convenons avec Pesqueux, qui montre que le risque est un objet « frontière ». Autrement dit que le risque peut conserver la même appellation et circuler à l’intérieur de plusieurs communautés sans pour autant recouvrir les mêmes significations.

⁴⁷ [Infokiosques.net] - La grossesse et l'accouchement : histoire d'une maladie pas comme les autres

⁴⁸ <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2018-1-page-179.htm>

Quand on prend en compte les différentes définitions relevées par (Hansson, 2004 ; Hansson, 2005a), le risque est vu comme :

- Un événement indésirable susceptible de se produire (le cancer du poumon est l'un des risques les plus importants pour le fumeur) ;
- La cause d'un événement indésirable susceptible de se produire (fumer constitue un risque pour la santé) ;
- La probabilité d'apparition d'un événement indésirable (globalement, pour l'ensemble des fumeurs, le risque de voir leur espérance de vie diminuer à cause de la cigarette est de x %) ;
- L'espérance mathématique des conséquences d'événements indésirables susceptibles de se produire (dans les pays industrialisés, le risque total lié à la cigarette est plus élevé que le risque associé à toute autre cause ayant fait l'objet d'une analyse de risque) ;
- Le fait qu'une décision soit prise dans des conditions où les probabilités sont connues (décisions sous risques – en opposition aux décisions sous incertitudes où les probabilités ne sont pas connues – par exemple : les probabilités liées aux différentes maladies associées au tabac sont si bien connues que la décision de fumer ou non peut être considérée comme une décision sous risques).

Ces définitions, bien qu'elles soient communes mettent en avant la notion de dommage potentiel. Et c'est typiquement la perspective développée dans les approches épidémiologiques dans le champ de la santé, le risque considéré comme la fréquence de survenue d'un événement dans une population avec une période et un ciblage de certaines couches de la population. C'est souvent une population à risque. Sous ce rapport, le risque est indépendant des communautés ou des populations qui le perçoivent et du contexte parce qu'il est calculé pour répondre à une priorité médical, politique ou institutionnelle. Par contre, le risque en tant qu'objet d'analyse des sciences sociales est considéré comme une construction sociale, David LE BRETON parle d'une représentation sociale du risque. Il le souscrit sous des formes changeantes d'une société et d'une période de l'histoire selon des catégories sociales différentes. Les appréhensions de ces derniers différencient les uns des autres, c'est-à-dire le risque prend un sens divers selon ceux qui le représentent. Dans ce cas, le risque

n'est plus une chose perçue, élément du monde extérieur mais construit dans un contexte socio-culturel donné (Peretti-Watel, 2003, p. 199). Dans cette perspective, le risque n'est plus le danger mais devient l'interaction entre le monde social et le monde physique. Ce positionnement rejoint la conception constructiviste défendue par Mary Douglas dont les travaux sont à l'origine de la théorie culturaliste du risque.

Dans les années 1970, Mary Douglas porte l'attention sur le rôle de la culture dans la construction de l'ordre social. Douglas pense en d'autres termes que la perception et la gestion du risque participent également à la construction de l'ordre social. Il critique l'attitude du monde contemporain, qui a constitué et inventé à ses yeux un ensemble de pratiques pour distinguer ce qui est sale, impur, méprisable et qui doit être combattu bien évidemment. Dans le domaine de la santé ces différentes conceptions du risque brouillent les frontières entre les expertises profanes et professionnelles ainsi que les pressions sociales sur les pratiques médicales contemporaines.

XI . 1. L'approche biomédicale

Généralement en obstétrique, puisqu'on fait référence à la médecine moderne, le risque dans l'accouchement est étroitement lié à la probabilité du danger, comme le confirme toujours les données épidémiologiques au niveau de la mortalité maternelle et néonatale. En épidémiologie, on parle aussi de facteurs de risque. Historiquement, cette notion fut abordée par la médecine scientifique, mais tout d'abord avec celle de l'incertitude. Les premiers travaux de Talcoot Parsons sur la médecine (1951) avaient conclu que l'incertitude apparaît comme caractéristique intrinsèque à l'exercice de cette discipline et se présente comme limite à la situation de médecin (Danièle Carricaburu, Michel Castra, Patrice Cohen, 2010). Cette incertitude est rendue possible via l'usage de la statistique.

(René Fox, 1988), en s'inscrivant dans cette perspective, montre que cette traduction professionnelle du risque repose sur un raisonnement probabiliste. Or, dans la posture de Danièle Carricaburu, cette médecine moderne dont fait référence Fox s'est construite dans l'intégration du raisonnement probabiliste au lendemain de la seconde guerre mondiale et plus particulièrement à la gestion politique de la santé (Fassin, 1996). En paraphrasant (Berlivet, 2001 ; Carricaburu, 2010), ce type de raisonnement a pu pénétrer par le biais de l'épidémiologie transformant ainsi en partie cette incertitude intrinsèque à la médecine en « risque », c'est-à-dire en occurrences que l'on peut calculer, et donc prendre en compte pour

agir (Peretti Watel, 2001 ; Carricaburu, 2010). Ces positions montrent de manière objective les approches interventionnistes dans le champ de la santé. Avec l'argument du risque, cette vision biomédicale est rendue légitime avec la mainmise de la gestion politique de la santé comme le montre bien le travail de Didier Fassin.

Particulièrement sur la question de l'accouchement, les écrits de (Naiditch et Bremond, 1998 ; Carricaburu, 2007, p. 123) considère que le risque est omniprésent, car, dans le contexte français, l'obstétrique est structurée à partir de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant. Le risque était évalué à des degrés différents selon les niveaux de maternité. C'est du bas, moyen au haut risque dans les maternités de niveaux 1, 2 et 3. Poursuivant l'évolution de cette tradition du risque, on s'aperçoit que ces dispositifs émanent de la « médecine des preuves », communément désigné en anglais *The evidence based medicine*. Or, dans une perspective scientifique, cette médecine factuelle fait valoir la prédominance de la preuve, du fait scientifique. Mais l'histoire nous illustre combien les faits d'un jour sont dépossédés de toute crédibilité le lendemain (Guillaume, 2003). De plus, une médecine des preuves serait un outil universel, avec une évaluation positive et une rationalisation parfaite de l'activité médicale avec la prise en compte des individus. Si Fourier affirme qu'il n'est pas acceptable de privilégier une prise en charge individuelle dès lors qu'elle (la médecine) peut priver d'autres individus de l'accessibilité aux soins, en raison de la limitation des moyens, c'est justement que l'évidence se trouve dans un conflit de l'éthique du bien individuel et du juste collectif qui limite la première et repose principalement sur un postulat économique pour reprendre sa posture.

Progressivement dans la même question du risque dans l'accouchement, le rapport des parturientes à la technicisation est lié à l'imprévisibilité de la situation et à l'urgence. Sous ce rapport, les femmes se trouvent dans la contrainte des exigences obstétricales. D'autant plus important que le risque s'accompagne toujours de l'action thérapeutique. Face à cette situation ambivalente, dépistage et prévention deviennent consubstantielle à la compétence médicale.

(Bongard, 2015), montre que les différentes contributions médicales sont liées à la mise en évidence des facteurs de risques modifiables. Changer les modes de vie des femmes, prendre conscience des dangers potentiels au cours de la grossesse et de l'accouchement deviennent leurs maîtres mots. Dans le même ordre d'idées, (Lupton, 1995), considère ces

changements, ayant pour objectif, d'intégrer la promotion de la santé et de participer aux programmes d'éducation pour la santé.

D'ailleurs, les approches épidémiologiques acheminées avec les données quantitatives, en faveur du raisonnement par probabilité cadre dans cette logique. Puis, encore, l'intérêt porté par la santé publique dans le domaine de la santé. Au sens de Lupton, (Bongard, 2015) reprend la même idée et dégage trois visions principales du risque portées par la santé publique. D'abord, le risque est perçu comme danger environnemental pour la santé, ensuite compris comme les conséquences des choix du mode de vie entrepris par les individus et enfin par l'impact du manque d'accès aux soins. Toutes ces remarques donnent un sens objectif du risque et mettent en absence la notion de personne. Le risque ne se présente pas toujours comme donnée factuelle ou tout en ayant une existence extérieure. Il peut être aussi subjectivement représenté.

XI . 2. La perspective des sciences sociales

La question du risque est sans doute évoquée dans les sciences sociales ces dernières années. Il s'est imposé comme support conceptuel pour caractériser et comprendre les sociétés contemporaines, au point que certains, à l'instar du sociologue allemand Ulrich Beck, annonce l'émergence d'une « société du risque ». L'accouchement entre dans ce cadre d'affirmation relevant d'une théorie sociale qui considère le risque comme une nouvelle forme de modernité, plaçant la peur, le danger au centre du problème. (Rivard 2013) le conçoit comme mode de contrôle anticipé au sein de sociétés radicalement orientées vers l'avenir...Le risque constitue la trame culturelle des sociétés modernes qui comptent sur le savoir des experts pour identifier et «probabiliser» les menaces que les individus auront à éviter durant leur vie. Dans la poursuite de son analyse, il montre d'abord, que depuis le milieu du XXe siècle, les avancées de la statistique médicale et de l'épidémiologie ont élaboré le risque comme un moyen potentiel de réduire les dangers.

Mais ceci ne peut avoir de réussite quant à la mainmise de l'État providence et du développement des systèmes de santé publique. Pour faciliter et rendre opérant ces interventions, ils mettent à leur préoccupation des expressions comme : les « facteurs de risques », les « populations à risque » et les « conduites à risque ». L'articulation du risque autour de l'accouchement renvoi notamment aux peurs et aux angoisses des femmes ou à une construction sociale. Mais une approche compréhensive et interprétative exige de caractériser

ces éléments dans leur contexte, du point de vue sémantique et syntaxique. La lecture du sociologue Marc Mormonts (2009) permet de rebondir sur cette composante des sociétés industrielles, puisqu'ils ont développé de nombreux dispositifs techniques, technologiques qui facilitent le contrôle des individus et de ses activités.

Progressivement, la réflexion de Mary Douglas sur *la souillure* permet de reprendre la distinction entre risques perçus et risques représentés, qui sont centrale dans le domaine de l'anthropologie des risques (Keck, 2006). L'auteur se veut d'une démonstration à visée comparative entre les risques perçus par les individus, qui, selon lui, sont plus ou moins fantasmées et imaginaires et les risques représentés par l'institution à travers les outils de la probabilité. À la reprise de Douglas, (Frederick Keck, 2006) part d'une analyse très critique entre l'opposition de ces deux expressions. Dans son acceptation, cette opposition est une illusion puisque l'institution part toujours des risques représentés par la société pour tenir compte des plus supposés dangereux possibles.

De plus, pour légitimer l'approche anthropologique des risques, Mary Douglas met de côté tous calculs probabilitaires et considère une anthropologie des risques comme des façons de construire le monde et d'y agir en rapportant un ensemble de phénomènes perçus comme dangereux (Douglass, Keck, 2006). Sous l'angle de la question de l'accouchement, le risque apparaît sous deux formes contradictoires, opposées bien à leur utilisation qu'à leur conceptualisation. Du point de vue biomédical, accoucher à domicile est un risque puisque la probabilité souligne des taux de mortalité maternelle et néonatale directement ou indirectement lié à l'hémorragie ou à l'hypertension artérielle. Ceci peut être compris comme un réductionnisme médical. Par contre, accoucher en milieu hospitalier introduit les femmes dans des risques qu'elles ignorent les conséquences. La preuve s'appuie sur bon nombre de décès maternels lié pour la plupart des cas à une intervention par césarienne. Tout ce qui peut être à l'origine des soupçons lorsque le choix du lieu d'accouchement revient aux femmes.

Chapitre 2 : Cadre méthodologique

I . Le travail exploratoire

I . 1. Recherche documentaire

Étape importante dans toute recherche scientifique, la recherche documentaire consiste à s'informer sur le sujet, prendre appui sur des connaissances théoriques sur la base d'informations existentielles. Cette étape, aussi importante, soit -elle nous a permis de faire le point sur les ouvrages, les articles scientifiques, les thèses, les mémoires et les rapports de recherche afin de déconstruire notre objet de recherche. Pour y parvenir, nous avons consultés quelques sites et revues scientifiques comme : cairn info, google scholar, Hal. archives-ouvertes.fr, journal des anthropologues (Open Edition), persee.fr, érudit.fr, LEH Édition, des revues en ligne de sciences humaines et sociales comme ethnographiques.org, la vie des idées.fr et des bibliothèques comme la bibliothèque universitaire (B.U), Enda Tiers-monde, etc.

I . 2. La pré-enquête

Elle est réalisée dans la commune d'arrondissement de Djilor du département de Foundiougne avec des entretiens exploratoires. Elle a permis aussi de compléter des informations et d'orienter nos questions de manières beaucoup plus spécifique et plus précise sur le thème. Cette pré-enquête est faite à travers d'entretiens libres dont les questions sont ouvertes et en nombre restreint. Elle nous a permis de se familiariser de la façon la plus complète possible avec notre sujet de recherche. À ce niveau, une part importante des déterminants de l'accouchement à domicile a été retenue grâce notamment aux possibilités de relances et d'interactions dans la communication avec les différents acteurs à savoir : les parturientes, les communautés, les familles, les maris, le personnel sanitaire, mais aussi les données des différentes enquêtes démographiques continues etc. Par ailleurs, une puissance évocatrice des citations étaient à l'œuvre.

II . Présentation du cadre de l'étude

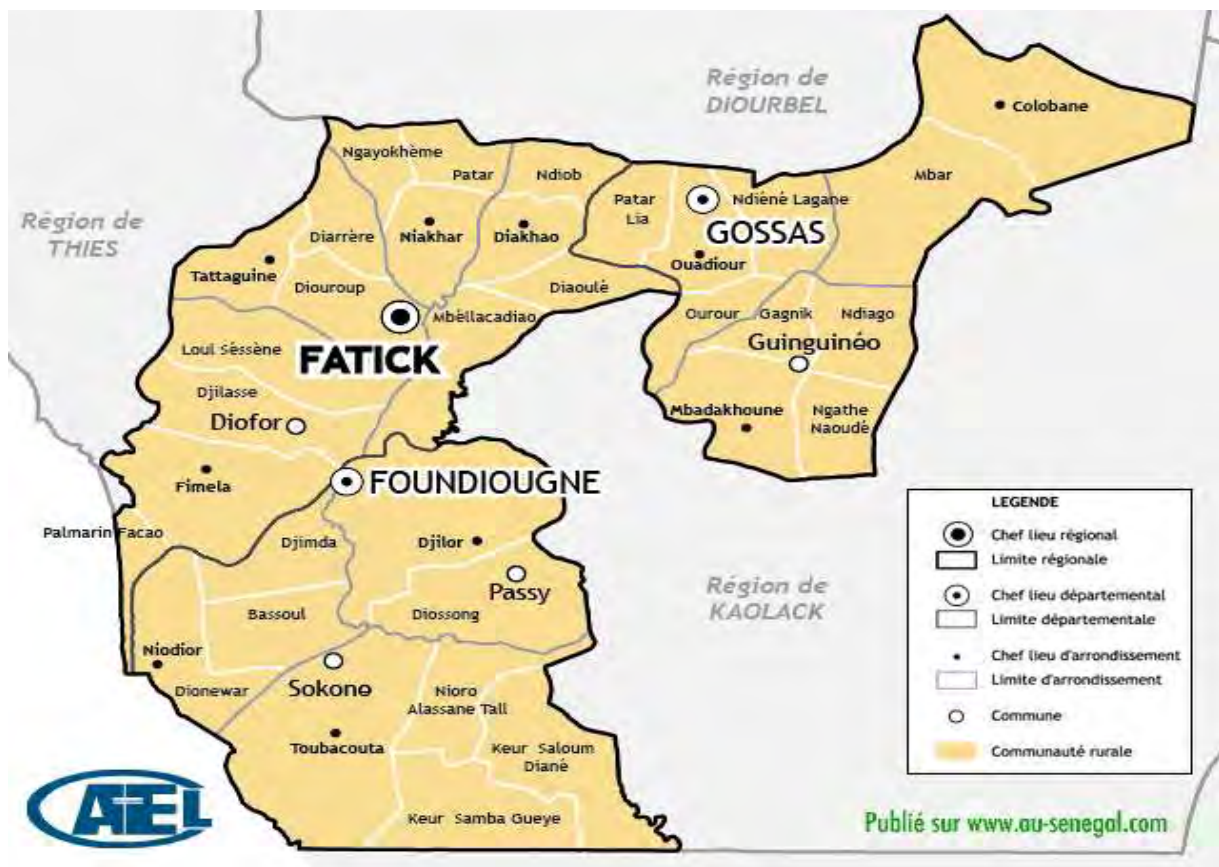
II . 1. Présentation de la région de Fatick

La région de Fatick est entourée au nord et au nord-est par les régions de Thiès, Diourbel et Louga, au sud par la République de Gambie, à l'est par la région de Kaolack et à l'ouest par l'océan Atlantique. Un tiers du territoire est composé de tannes, c'est-à-dire de

terres salées (0,5 à 3 g/l) et riches en fluor (2 mg/l). La plupart sont situées dans les départements de Fatick et de Foundiougne. La région possède une façade maritime sur l'océan, est limitrophe de 4 régions sénégalaises et frontalière de la Gambie au sud. Elle est limitée au nord et nord-est par les régions de Diourbel et de Louga, au nord-ouest par la région de Thiès, à l'est par la région de Kaolack, au sud par la Gambie et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Les résultats du RGPHAE réalisé en 2013 montre que la population de la région de Fatick s'établit à 714 389 habitants, soit 5,3% de la population nationale. Elle est la septième région la plus peuplée du Sénégal derrière Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Saint-Louis et Louga. Selon le sexe, on a dénombré 353 716 hommes et 360 673 femmes. Ainsi, il y a donc plus de femmes (50,5%) que d'hommes (49,5 %) dans la région. Le rapport de masculinité qui exprime le nombre d'hommes pour 100 femmes s'établit à un taux de 98 hommes pour 100 femmes.

En ce qui concerne le domaine de la santé la région a encore beaucoup à faire. En 2015, la carte sanitaire de la région comprend 01 hôpital, 8 centres de santé, 90 postes de santé et 153 cases de santé. Sur le plan des infrastructures, on note, au niveau régional, un déficit en centres de santé, postes de santé et cases de santé. La situation donne un centre pour 112951 habitants, un poste pour 8068 habitants et une case pour 2344 habitants contre les normes OMS d'un centre pour 50 000 habitants, un poste pour 5000 habitants et une case pour 1000 habitants (norme admise). Le personnel accuse également un déficit notamment en dentistes, médecins, et sages-femmes. Les ratios sont d'un médecin pour 52 527 habitants, 1 dentiste pour 227 621 habitants, un IDE pour 12 645 habitants, une sage-femme d'État pour 8 266 femmes en âge de reproduction (FAR) alors que les normes sont d'un médecin (ou dentiste) pour 10 000 habitants, un IDE pour 5000 habitants et une sage-femme pour 1500 FAR.

Carte 1: Carte de la région de Fatick



Source : www.au-senegal.com

II . 2. Le département de Foundiougne

La ville de Foundiougne se situe dans la région de Fatick, au bord du Sine Saloum, entourée par les villages du Log. Fondée en 1917, elle fait partie des communes doyennes du Sénégal. Jadis port de commerce de premier plan, elle est située dans l'ancienne région du Sine Saloum dont elle fut la capitale. Elle a joué ce rôle de par sa position sur le fleuve Saloum qui était une voie d'eau très utilisée par le système économique colonial. Sa population compte environ 6000 habitants répartis sur 1000 hectares et dont la moitié a moins de 18 ans⁴⁹.

⁴⁹ Association BATIK, Groupe d'amitié Martignas - Foundiougne

Deux communautés rurales (CR) sont limitrophes de Foundiougne : la CR de Djilor avec les villages du log (Soum, Mbassis, Thiare, etc....) et la CR de Djirnda avec les 19 îles du delta (Felir, Ndiamdiarokh, Fayako, Ndakhonga et Diamniadio pour les plus proches de Foundiougne). La population des deux CR avoisine les 20000 habitants.

Carte 2: Carte du département de Foundiougne



Source: https://www.google.com/url: wikipedia.orgFoundiougne_arrondissements.png

III . Délimitation du cadre d'étude

III . 1. La commune d'arrondissement de Djilor

Au plan géographique, la commune de Djilor se trouve dans la région de Fatick, particulièrement au département de Foundiougne. Administrativement, elle couvre une superficie de 362,894 km². Limitée à l'est par la commune de Ndiaffate, à l'ouest par la commune de Djirnda et la commune de Bassoul, les communes de Mbam et Thiomby au nord, Diossong et Diagane Barka au sud, elle compte plus de 44 villages, 6 hameaux. Elle se subdivise en zones agro-écologiques, socio-culturelles et économiques : Zone de Kamatane au nord-est, Zone de Djilor au centre et Zone de Keur Cheikhou ou Zone ouest.

Au niveau démographique, la commune de Djilor compte 19 732 habitants avec 9 921 hommes et 9 811 femmes⁵⁰. Sur le plan sociolinguistique, les sérères sont majoritaires et côtoient d'autres groupes tels que les wolofs, peuls, bambaras tous anciennement installés.

Sur le plan des infrastructures sanitaires, la commune dispose d'un poste de santé, au niveau périphérique du système de santé. Supposé qu'en 2014, le poste de santé de Djilor dispose d'une sage- femme et jusqu'à maintenant, des difficultés s'imposent surtout au niveau du personnel. Représentant un carrefour médicamenteux, elle s'alimente plus de 44 localités environs au plan pharmaceutique. À côté de ces institutions modernes, figure la pharmacopée traditionnelle qui occupe une place très importante dans un espace culturellement censé.

La pharmacopée traditionnelle, dans les zones rurales et même en ville, est très importante pour soigner les maladies. En effet cette médecine est peu coûteuse et s'avère efficace. Elle a pris un bel essor dans cet espace surtout avec la baisse des revenus chez les paysans. Par ailleurs, selon l'OMS, plus de 80 % de la population rurale fait recours aux plantes médicinales diverses pour leurs soins de santé primaire du fait principalement de leur accessibilité et de leur faible coût. À l'échelle locale, les feuilles jaunes de *Rhizophora racemosa* repoussées à la berge et en voie de putréfaction sont pilées et appliquées sur une plaie ouverte. C'est un remède efficace. C'est en guise d'exemple. Les feuilles fraîches sont coupées et attachées à la tête d'un malade que se plaint de céphalées. Les racines sont utilisées pour calmer les maux de dents. Le malade essaie de mordre la racine préalablement bouillie,

⁵⁰ Source : Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Fatick 2013. Situation Économique et Sociale Régionale 2013, ANSD, 2015, 115p.

fait des bains de bouche avec l'eau de cuisson. Les femmes utilisent les feuilles de *Rhizophora* après l'accouchement. Dans un premier temps, les feuilles sont bouillies et la femme en couche inhale la vapeur dégagée. Dans un second temps, les feuilles sont retirées et servent à masser la même femme. Enfin, elle boit l'infusion pour arrêter l'hémorragie de la délivrance et pour éliminer les dernières lochies (DIOUF, 2017).

Sur le plan socio-économique, la commune est essentiellement agricole dans ses terres inoccupées mais la majeure partie des activités agricoles est accompagnée d'activités d'élevage. Les principales spécialités agricoles sont l'arachide, le mils et sorgho, le maïs et un peu le riz.

Carte 3: Carte de la commune d'arrondissement de Djilor Saloum



Source : Nébédjay⁵¹, l'environnement au cœur du développement

III . 2. Population cible

La population mère de cette étude sera l'ensemble des femmes en âge de reproduction dans la commune de Djilor comprise entre [15-45] ans. Ainsi, notre étude sera focalisée sur les femmes récemment accouchées qui ont déjà vécues l'expérience, sur les membres de la famille, la communauté, considérés comme des acteurs susceptibles d'influencer le choix du lieu d'accouchement en fonction de leurs représentations et de leurs pratiques. L'importance sera de saisir les logiques sociales des populations autour de l'accouchement. Pour rendre compte des barrières structurelles et institutionnelles, le personnel de santé sera une autre cible.

⁵¹ **L'arbre de vie** est utilisé avec grand succès par les équipes Nébédjay lors des **séances de cinéma débat** qui sont menées dans les villages pour sensibiliser les populations aux enjeux environnementaux et pour parler ensemble de solutions.

IV . Méthodes et techniques de collecte

IV . 1. Méthode qualitative

L'objet de notre recherche nous exige une approche de type qualitatif. Ceci étant directement lié au fait que nous serons en contact direct avec les femmes déjà accouchées et les femmes enceintes, en d'autres termes, celles qui vivent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

La recherche qualitative touche des questions concernant l'expérience humaine. Une manière de donner sens aux discours, sur le sens des actions, sur l'opinion de femmes, la narration. Sur ce, nécessité exige de partir sur les récits des femmes. Analyser et décrire le sens que les individus donnent à leurs actions est son principal objectif. En d'autres termes « Rendre compte du point de vue de l'acteur est la grande ambition de l'anthropologie. L'entretien reste un moyen privilégié [...] pour produire des données discursives donnant accès aux représentations émiqes. » (Olivier De Sardan, 1995 : 6). Elle semble dotée de la volonté et des outils méthodologiques pour étudier les conceptions populaires adaptées à des problématiques et à des contextes de vies spécifiques. Les notions de représentations, de constructions sociales, de risque par exemple, liées à l'idée de l'accouchement à domicile est-elle plus présente dans les sociétés façonnées au discours scientifique et médical ? Chez quel type de femme, dans notre société, est-elle la plus forte ? Quel type de comportement adopté ? Comment sont construits socialement cette pratique ?

Aujourd'hui, les parturientes se retrouvent maintenant dans l'embarras des faits, ne sont plus à la merci des protocoles médicaux et en même temps dépossédées de leur autonomie de régulation du corps. En effet, comme le pense Raymond Massé :

L'approche phénoménologique ne nie pas l'existence du poids des violences structurelles pour se concentrer sur le seul être-au-monde quotidien, sur l'expérience première de la souffrance ; son niveau d'analyse est plutôt celui de l'incorporation (non réfléchie) du poids des structures (intérieurisation des extériorités, des structures extérieures à l'individu) ici, de l'incorporation des rapports de pouvoirs. (Massé, 2010 : 14).

Ainsi, le recueil des données et d'entretiens semi-dirigés doit être complété par l'analyse des contextes, des habitudes et habitus des individus, des déterminismes en jeu dans les décisions personnelles et collectives.

IV . 2. Le recueil des données

La démarche de recherche étant basée sur la compréhension des choix et des vécus des différents acteurs ; les premiers entretiens ont été préparés sur la base d'un guide semi-directif, composé de questions ouvertes. En plus, d'autres questionnements ont été aussi préparés sur des groupes de discussion ou focus groupe. Bien que chaque entretien soit unique et adapté au contexte de vie, de l'environnement de la rencontre, aux comportements de l'interlocuteur, l'expérience acquise en ce domaine tout au long de mon parcours universitaire, en sociologie et en anthropologie, a permis d'établir quelques règles de base pour leur bon déroulement de ce travail de recherche. Après avoir présenté et avoir expliqué ma démarche, la demande d'autorisation d'enregistrement de l'entretien est faite rapidement afin de ne pas perdre les premières réactions de l'enquêté en réponse à la présentation du sujet.

IV . 2 . a. Entretien semi-directifs avec femmes accouchées

Ce type d'outils de collecte avec de telles cibles était utilisé dans notre démarche pour permettre aux femmes de mieux s'exprimer librement sur les logiques sociales, culturelles et individuelles qui dictent leur choix et animent leurs représentations. Il nous permet de décrire les pratiques et analyser les expériences personnelles et d'établir un lien direct entre les interlocuteurs. Cette relation permet de ressortir des données et d'accéder à de nombreuses informations qui ne peuvent être accessibles qu'à terme d'interaction. Sur ce point, Jean Pierre OLIVIER DE SARDAN nous rappelle que : « L'entretien reste un moyen privilégié, souvent le plus économique, pour produire des données discursives donnant accès aux représentations émiques, autochtones, indigènes, locales ». L'entretien nous sera utile dans notre confrontation avec celles qui ont vécu l'expérience de l'accouchement, dans leur rapport au corps, leurs interactions avec le personnel soignant et leur représentation dans l'environnement hospitalier. Ce questionnement porte sur les expériences des femmes lors de l'accouchement quand elles sont en interaction avec les professionnels de santé, les motivations et les logiques sociaux et culturelles qui dictent leur choix.

IV . 2 . b. Entretien avec la communauté, la famille, les collectivités

Généralement, ces différentes catégories représentent pour la plupart du temps des acteurs sociaux susceptibles d'influencer les décisions dans la vie conjugale, surtout quand celle-ci rentre dans le cadre de la naissance, du lieu d'accouchement. Ces rencontrent avec ses

différents acteurs nous permet d'établir le réseau de connaissances des populations dans les pratiques populaires autour de l'accouchement, sur le niveau de vie socio-économique des ménages.

IV . 2 . c. Entretien avec les professionnels de santé

La première phase de collecte s'est déroulée au poste de santé de référence où les femmes avaient été reçues, afin de consulter le personnel de santé et les registres d'accouchement. Avant toute chose, nous avons rendu visite aux personnels de santé pour leur expliquer les objectifs de la recherche et le mode de collectes des données. Du côté des professionnels de santé, les acteurs concernés sont les sages-femmes, les infirmières, les matrones. Il nous permet de documenter sur les barrières institutionnelles liées à l'offre de soins, de sa disponibilité, la qualité mais aussi sur le dispositif en ressources humaines.

IV . 3. Le focus groupe

Le focus groupe est une méthode qualitative qui nous sera utile dans la diversification de l'information, dans la diversité des points de vue. Il sera constitué des cibles suivantes :

- Les femmes accouchées à domicile et à l'hôpital pour la diversification de l'expérience et les déterminants de ses choix

Ce focus nous permet de revenir sur les points manquants lors des entretiens individuels mais aussi de trianguler les informations afin de saisir la limite des données et de saisir le phénomène dans sa totalité.

IV . 4. L'Échantillonnage

Puisque nous travaillons sur l'accouchement de manière générale, en particulier la population de femme comprise entre 15-40 ans, la technique d'échantillonnage que nous proposons d'adopter est celle de l'échantillonnage non probabiliste. Cette technique impose dans son cheminement des critères d'inclusion que l'unité statistique doit remplir au préalable avant d'être pris en compte.

La cible de cette étude est constituée par toutes femmes ayant accouchées à domicile dont l'âge est compris entre 15 et 45 ans et couvert par le poste de santé de la commune de

Djilor. Afin d'identifier les femmes qui accouchent à domicile, nous avons consulté à l'aide des matrones le registre d'accouchement annuel. C'est un document sur lequel tous les accouchements de l'année sont répertoriés y compris les accouchements en milieu hospitalier et les accouchements à domicile. Ainsi, nous nous sommes intéressés par la structure sanitaire, en particulier aux différents acteurs de l'offre de service de soins, par exemple les ICP, la sage-femme, les matrones sans pour autant oublier les acteurs communautaires.

IV . 5. Histoire de la collecte : réalités du terrain et stratégies d'adaptations

Notre travail de terrain a débuté au mois d'Avril 2018 et s'est poursuivi jusqu'en octobre 2020. À présent, ce mémoire est une continuité de mon rapport de Master 1. Et jusque-là, des passages réguliers au poste de santé de la commune ont été déjà faits. Ce qui me permet en fin de compte d'appréhender la situation à travers des entretiens exploratoires avec le personnel sanitaire, les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé mais aussi commencer à entrer en contact avec nos cibles.

Comme tout travail de recherche, les difficultés étaient apparentes. Mais celles plus rencontrées étaient les difficultés d'ordres intégrationnelles. En effet, j'ai été pris comme un curieux de la part du groupe à étudier compte tenu du genre à les étudier. Ceci étant lié à la complexité du terrain et à la sensibilité des informations que je devais recueillir. Puisqu'il s'agit là de question d'accouchement, de naissance et d'expériences essentiellement féminines dont la différence de sexe pour y enquêter pouvait être à tout moment l'objet de controverses, de malentendus, encore plus de rejets. Tout ce qui relève de la naissance est considéré comme tabou, encore moins quand il s'agit d'un homme. C'est en quelques sortes le fruit des représentations tout en sachant que ces difficultés n'enlèvent en rien à la faisabilité de cette recherche.

Ces lacunes ont été palliées via la consultation du réseau des *Bajenou gox*, personnes importantes au niveau de la communauté féminine pouvant déjouer toutes les contraintes de la présente étude. Elles étaient des guides, éclaireuses, du fait que leur voix est légitime. Dans la moindre des choses, ces actrices, du fait de leur capacité à influencer et de convaincre, réduisirent les entraves de notre démarche.

IV . 6. Procédure de traitement et analyse des données

Les enregistrements audiovisuels, c'est-à-dire les entrevues ont été transcrits après collecte et ont été codé après avoir créé un tableau de codage. Nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenu du type thématique.

IV . 6 . a. VI. Transcription

Les entretiens sont réalisés avec un appareil téléphonique permettant d'enregistrer. La transcription a été faite mot par mot tel que nous les entendons pour ensuite les organiser. Ai. Après chaque entretien réalisé, nous l'avons retranscrit directement sur un ordinateur via le logiciel Word.

Le traitement des données a été réalisé avec le logiciel Atlas ti (pour la réduction, la classification et la connexion de ces informations recueillies par les outils de collectes).

Tableau récapitulatif des personnes enquêtées en fonction de la tranche d'âge

Tranches d'âge	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	45+	Total
Effectifs	0	6	7	8	5	0	26
Pourcentages	0%	23%	27%	31%	19%	0%	100%

Répartition des enquêtées en fonction de l'ethnie

Ethnie	Sérère	Wolof	Peulh
Effectifs	16	6	4
Pourcentage	62%	23%	15%

Répartition des enquêtées en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Élémentaire	8	31%
Moyen-secondaire	8	31%
Jamais fréquenté l'école	10	38%

**DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION
DES RÉSULTATS, ANALYSE ET
INTERPRÉTATION DES
DÉTERMINANTS DE
L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE**

Chapitre 1 : Présentation des résultats

I. Le processus de codage des données

Après avoir collecté les données, tout le travail reste à les organiser, les rassembler mais aussi de les ordonner et de les classer ainsi les analyser et les interpréter. Il s'agira de retravailler les données brutes collectées en masse comme les notes de terrain, les transcriptions d'entrevues, divers, les documents issus du carnet de bord. Au final, une analyse minutieuse du phénomène s'impose au chercheur.

Le processus de codage était d'attribué différentes catégories à des codes à partir des informations recueillies au fil du processus. Les codes sont composés de lettres d'où le codage alphabétique rapportant à certaines catégories comme : représentations, pratiques populaires de la naissance, l'effet de la médicalisation, l'expérience de l'accouchement, le parcours de soins et les itinéraires thérapeutiques, dans le but de rendre cohérent nos données.

Tableau 1: Codage des thèmes clés

Catégories	Codes
Représentations, pratiques populaires de la naissance	Rep_prat_popnais
Le déficit de confiance	Déf_conf
Le parcours de soins	Parc_soins
Médicalisation de l'accouchement	Méd_acch

Chapitre 2 : Les représentations sociales et culturelles de la naissance

I . Pratiques populaires habituelles autour de l'accouchement

Les pratiques populaires de la naissance sont décrites comme une valeur fondamentale aux yeux des femmes, des familles et de la communauté. Cette femme de trente-cinq ans (K.T, 35ans, CM 2, Primaire), après avoir accouchée son dernier enfant à domicile montre que la naissance est une condition sociale féminine qui implique des attentes comme l'écart du risque de déshonneur social. Chez les femmes, l'accouchement réussi est celui accompli par soi-même, signe de courage et de détermination sociale. Elle affirme que :

L'accouchement est un aspect important de notre vie et sa réussite est relative à l'affrontement la douleur du travail sans l'aide de quelqu'une d'autre, à s'écarter de la peur et de la faiblesse. C'est une valeur de notre société. Et puisque c'est notre destin, nous adhérons au poids de la malédiction dans le vécu des accouchements d'autrefois, avec le dicton qui dit que : tu enfanteras dans la douleur. Pour nous les femmes, accoucher à domicile est une préservation de notre tradition (*addae* en langue sérère, de notre culture et humanité. Parce qu'au cas contraire, nous risquons l'exclusion sociale, notre valeur féminine sera dévolue. Nous accouchons juste à la maison pour ne pas être des marginales.

L'affrontement de la douleur pour elles, démontre l'état de bravoure. La manière de porter la douleur, de se porter à la douleur, de se comporter s'exprime où exprime tout le rapport au monde social. Le rapport à la douleur est une manière particulière d'éprouver la position dans l'espace sociale féminine à travers l'expérience de l'écart entre la douleur réelle et la douleur légitime. Et si la douleur n'est pas considérée pour ces femmes comme une souffrance, elle est associée aux termes de maturation, de douleurs éducatives qui permettent aux parturientes d'affronter les épreuves sociales de la vie des femmes plus la quête de statut. À travers les représentations, la culture détermine l'attitude du comportement des femmes enceintes face à la douleur. Les attitudes qui relèvent de la peur et de la crainte sont mises hors de portée par un modèle culturel dominant auquel les femmes appartiennent. Pour certaines enquêtées, l'accouchement reflète en quelque sorte l'autonomie et la responsabilité, au-delà des représentations, dont sa réussite est en plus synonyme de femme mature. C'est ce que souligne cette femme sérère (N.S.D, 30 ans) :

« La douleur du travail d'enfantement, on l'incorpore, puisqu'elle est indissociable à la procréation, ça façonne notre devenir en tant que femme, qu'elle que soit la durée du travail et la souffrance endurée. Quel que soit le degré de la douleur, nous gardons toujours à l'esprit ce que nos ancêtres nous ont inculqué comme par exemple, moi, en accouchant, je n'ose pas pleurer ou crier, c'est une honte... ».

D'autres représentations sont aussi notées, comme ce qui relève de la différence d'âge. Elles apparaissent au niveau de l'interaction entre les femmes et la sage-femme au niveau de l'accouchement. Certaines femmes enceintes préfèrent être accompagnée dans leur travail par des personnes du même âge. Elles se sentent trop gênées par la prise en charge de celles qui ont le même âge ou l'âge de leurs filles. Les propos de cette femme confirment que :

...tu sais moi ça me dérange en tant qu'adulte comme moi avec mes 43 ans, quand je vois une sage-femme moins âgée que moi venir m'examiner alors que nous savons que nous avons tel âge avec autant de naissances. En tout cas, je suis blessée par cette façon d'aborder notre intimité. Cela arrive souvent. A. Seck, 43 ans, niveau d'étude élémentaire.

Les femmes gestantes sont décrites à travers : l'expérience de leur accouchement, par extension de la naissance, les rites magico-religieux qui définissent la protection des nouveaux nés, garant d'une sécurité, les représentations sociales qui animent leur mode d'action et rationalisent une bonne partie des choses, la manière de se comporter et de supporter la douleur, l'évaluation cognitive des pratiques hospitalières etc. Du côté de l'institution : infirmières, sages-femmes, matrones, étant sous le contrôle de l'ordre politique administrative, veillent aux protocoles médicaux : contrôle, sécurité, surveillance, dépistage, diagnostic, test... Ce monde de la rencontre est éminemment varié, voire contradictoire même, souvent complexe et déteint parfois la relation.

De ce fait, ce qui compromet cette relation thérapeutique provient toujours de cette rencontre médecins et patients, ou encore celle des sages-femmes, matrones et des parturientes. Et lorsque ces deux acteurs sont en présence l'une de l'autre et proviennent de culture différentes, il y'a une chance que chacun ou chacune interprète les choses à travers son propre système de référence, sans tenir compte, d'une manière ou d'une autre des réalités de l'autre. En conséquence, leur interaction se complexifie et aboutit à une incompréhension mutuelle quand ces différentes parties prenantes sont en présence. Leur rapport consiste en une rencontre de cultures différentes, de savoirs différents d'autant plus complexes en se compliquant. Aline Sarradon-Eck utilise des terminologies pour qualifier ces acteurs

lorsqu'ils sont en présence mutuelle dans le vaste champ de la santé, surtout quand celle-ci s'accompagne de l'action thérapeutique.

En spécifiant le savoir « populaire » ou « profane » pour les uns, l'autre est qualifié de « culture savante ». De l'autre côté, Serge Moscovici compare les représentations sociales à des théories du sens commun, des sciences populaires qui se diffuse dans une société[...].Elles sont construites dans le cadre des pratiques quotidiennes et partagées par l'ensemble d'un groupe social au-delà des particularités individuelles(Diallo 2016), tout en sachant que le sociologue Edgar Morin conçoit la représentation comme un outil de différenciation, voire de démarcation d'un groupe social vis-vis des autres. C'est cette différenciation qui va jouer ce rôle ici. C'est par le biais de cette différenciation de savoirs entre parturientes, membres d'une société, d'une culture et du personnel chargé de l'accouchement, responsable et adepte des normes et protocoles médicaux que la démarcation trouve son origine. Elles orientent les modalités d'accouchements, et via les pratiques et les représentations, contribue aux accouchements à domicile. L'existence de normes culturelles en regard des pratiques d'accouchement influence les attentes des femmes. De même, les valeurs culturelles et les propriétés structurelles de l'organisation des soins sont importantes dans la compréhension des dynamiques entre l'idéologie, la pratique et l'expérience individuelle (Christiaens et Bracke, 2009).

Naturellement, L'enracinement historique des femmes dans la société a longtemps fait de la douleur l'occasion d'un dépassement de soi, une épreuve qui rejoint le sacrifice. La douleur en elle-même porte toutes les empreintes de la culture. L'épreuve serait consubstantielle à la condition d'être femme. Elle dépasse le simple fait de la réaction physiologique du corps, celui des affects et des sensations guidées par l'action motrice. C'est en quelque sorte, le sens et la signification qu'elles l'attribuent. En effet, (Rouillier, 2015) montre que c'est à la personne qui vit la douleur de lui accorder un sens qui variera selon les représentations du corps auxquelles l'individu et sa société de référence adhèrent et qui seront influencées par l'époque, la religion, le sexe, l'origine ethnoculturelle, les conditions socioéconomiques. C'est ainsi que la peur de la douleur n'en est rien aux origines des réticences des parturientes, mais c'est le fait de ne pas être à la hauteur.

Par contre, l'usage mécanique du corps favorisé par le développement des anesthésiques, range le corps du côté de l'institution qui se forge le pouvoir de le soigner, réparer ou de le soulager. Or ce discours « scientifique » ne coïncide pas toujours de celui du

sens. On sous-entend ici l'évaluation et les significations données par les sociétés, des réalités qui dictent les mots, les actions, les attitudes, les habitudes par le biais des normes conventionnelles qui régissent la stabilité des individus. En matière d'accouchement, les phénomènes mécaniques n'expliquent pas à eux seuls les douleurs que les femmes éprouvent. Ce qui fait d'ailleurs que les femmes se montrent, le plus souvent réticentes aux protocoles médicaux assistés, d'autant plus qu'ils remettent en cause leur statut de femme, socialement admise. En milieu populaire conservatiste, encore aujourd'hui, la femme ne semble s'épanouir en toute liberté, en vivant concrètement sa féminité, dans la mesure où elle est socialement acceptée. Enfin, lorsqu'on tient compte de ses exigences populaires, de ces réalités, il est évident de constater que les femmes se conforment littéralement à la pensée collective, sinon forcément à leur plein gré. C'est ainsi que le sens de l'identité se développe. Alors si la douleur prend un sens différent selon les divers contextes de vie, elle est même parfois recherchée, revendiquée et mise en scène (Vinit 2010).

II . L'enfant à naître : représentations sociales du fœtus

Dans cette partie, les parturientes et certaines familles, membre de communauté montrent que la production symbolique et sociale des gestes et des paroles autour du fœtus ne spécifie pas tout simplement les représentations de la vie intra-utérine.

Depuis longtemps et suivant l'origine de nos traditions, la naissance était toujours une affaire sacrée au point que certains fœtus refusent le milieu public, du fait de leur état de nature. Ils sont souvent de grandes créatures sous l'action de la providence, dont leur nature ne se réjouit pas au simple fait de l'évidence. Tous ce qu'ils veulent, est l'intimité, la discrétion absolue, en quelques sortes êtres à l'abri des regards. Ici chez nous, on doit accoucher en silence pour ne pas alerter les esprits. Et autre chose est que le savoir d'autrefois est toujours présent dans les représentations autour de la naissance. Certains fœtus refusent la maternité comme quand il s'agit de grands créatures et ça arrive souvent. Chez nous, dans la culture sérère, l'enfant en devenir peut être un ancêtre réapparu, en sérère, nous l'appelons *o mako dakkohidou*. Alors quand 'il s'agit d'accoucher à la maison, le savoir des ancêtres était un rituel pour faciliter la naissance, la sortie du fœtus. Dans ces conditions, la seule option pour les personnels de santé est l'évacuation pour le recours à la césarienne parce qu'ils n'ont plus de solution. L'hôpital ne tient pas en compte les paramètres du milieu, du savoir des communautés. Et moi honnêtement, j'ai peur d'être césarisé. (D. Fall, 38 ans).

Nos enquêtes décrivent brièvement cet être en devenir comme ayant des attributs mystiques, avec des mystères et des paradoxes au-delà de la considération biologique et génétique. Il présente dans le ventre de sa mère tous les symptômes d'un être suprême et d'une culture supérieure d'existence et de connaissance. Par sa condition, il est petit du fait de son caractère inachevé mais grand par la réincarnation d'un ancêtre, du point de vue des enquêtées. C'est un produit du monde des esprits et après sa naissance, se réinvente dans le monde des humains. Et tous, pour accompagner la symbolique du paraître avec des rites et des coutumes.

Les attitudes de la famille, de la communauté et des mères se fondent sur ce paradigme de l'ancêtre revenu *o mako dakkohidou*. Sous cet angle, les communautés participent à la fabrique d'un être humain en tenant en compte les interdits qui régissent leur volonté de vivre ensemble en préservant leur savoir d'autrefois. Ces différentes perceptions présument la valeur de la reproduction. D'ailleurs, le processus de fabrique de l'enfant rentre dans un champ de conflit entre les nouvelles cultures scientifiques et les savoirs traditionnels.

Par ailleurs, le fœtus vu comme une entité biologique, par l'intermédiaire de la médicalisation et le développement des technologies de visualisation de la grossesse ; on pensera, par exemple à l'échographie ; une pratique dont certaines familles ignorent et refusent d'après des enquêtées, empêche d'autres représentations et perception de la vie interne et externe. Autrement dit une vision déséquilibrée, d'un conflit d'intérêt opposant différents protagonistes. Ce qui crée en fin de compte une forme de désapprobation. D'ailleurs, ces techniques de visualisation de la grossesse sont une façon banale d'aborder l'idée de nature aux yeux des certaines femmes et familles. À ce propos, N.F, 40 ans pense que :

L'échographie est une mauvaise pratique qui s'oppose à l'éthique et à la morale traditionnelle, *bida yo ka haram*. Moi, personnellement, je suis contre, tu imagines, regarder un enfant qui n'est pas encore né dans l'écran. Je préfère attendre les choses arrivées comme elles doivent. Toutes ces pratiques, moi je les considère comme hors norme sociale et d'ailleurs ça n'a jamais existé. Cette pratique a amplifié l'apparition des nouveaux critères hors normes. Tu vois la croissance fœtale, la description de son état de nature. Tu vois, c'est vraiment déplacé et ça augmente mes troubles psychologiques.

Certaines terminologies en langues locales peuvent en rendre compte. Ces notions reviennent au niveau des entretiens. Celles de *bidda* et de *harram*. D'après nos enquêtes, elles peuvent

être comprises comme n'ayant pas aucun fondement spirituel, social. Les arabes les prononcent souvent pour dénoncer une pratique illicite, dans le vocabulaire islamique. Une façon de signaler, ce qui est communément illicite et qui se trouve dans l'ordre du sacré. Dans certains cas de figure, comme dans les accouchements exceptionnels, l'idée de grands êtres, suprêmes, de créatures anime leur opinion. Conscientes et convaincues de ce fait, elles considèrent que les normes institutionnelles entravent les normes sociales. La présence du corps médical et paramédical peut empêcher la sortie du fœtus. Au point de leurs représentations, il sent, ressent, entend sous peine de refuser toute sorte de dérégulation voire de dérangement même si sa conception de l'engendrement physique n'est pas encore certaine.

À la longue, la vie qui se dessine dans le ventre de la mère ne relève en aucun cas du commun et dépasse le fait du hasard ou de la représentation scientifique au sens médicale. Elle est socialement préconçue dans cette logique d'exceptions. Et comme dans toutes sociétés, les enfants ne naissent pas *ex nihilo* à partir de la relation sexuelle des hommes et des femmes. Ils y participent toujours comme le pense (Walentowitz 2005), « [...] des puissances invisibles, divinités ou génies, disant autrement que l'être humain n'est jamais issu de la seule chair, et qu'avant de se destiner à la société, il est aussi un enfant de l'univers ». Donc, l'essence de l'être fœtus précède son existence. Il est d'abord ce qu'il doit être avant que la société ait une idée de qui il est lorsque sa présence est confirmée.

Par ailleurs, le fœtus constitue un élément de l'univers qui préexiste vraisemblablement dans le cosmos, le monde visible, de l'invisible au point de ne pas être maîtrisé, connu, conçu, sous l'effet de l'intelligence humaine ou de son pouvoir de rationalisation du monde. Il s'agit là encore d'une histoire qui reflète un passage, un voyage, une histoire, qui, de tout façon, supposée comme réel ou pas sans faire recours au jugement fait de lui un être qui est capable d'effectuer un potentiel retour. Compte tenu de ces aspects, les enquêtées émettent l'idée selon laquelle et en l'absence de toutes les circonscriptions nécessaires de son accompagnement, mais aussi des pratiques routinières hospitalières, son éventuel retour est toujours possible. C'est ce que relate cette femme de 38 ans, ND. F « l'enfant à venir peut-être un extraterrestre qui dépasse le simple fait d'être un homme ou une femme, on ne sait jamais et une fois conçu, serait en mesure de toute chose, mais à moins qu'il naisse loin des regards envieux ». Ici, les enjeux de la représentation relèvent d'une multitude de facteurs. Elles sont à la fois des représentations sociales, symboliques mais aussi des représentations mystiques.

Ce faisant donne une autre vision entre le rapport que les humains entretiennent avec la nature. S'agit-il d'une nature dénaturée ou d'une nature désacralisée ? D'une nature multiforme, d'une nature complexe ? Le changement du rapport à la nature anime tout un débat. En tenant compte de leurs discours, ce changement correspond à celui du vécu de la nature de l'intime, des émotions ; celle contemplée au cœur des perceptions, des représentations et des affects.

III . Conception du corps : corps social, corps individuel et corps pathologique

Dans cette partie, deux variables retiennent notre attention : la vulnérabilité du corps, comme définit le corps médical et la résistance face aux protocoles médicaux. Certaines femmes qui accouchent à domicile et les familles développent une autre conception du corps comme ne relevant pas simplement à la vulnérabilité.

Quand je décide d'accoucher à domicile, je prends tout en compte. C'est notre culture qui s'exprime, notre histoire de la naissance ou bien notre vécu. Donc, quand le personnel sanitaire refuse notre accouchement en dehors du milieu hospitalier, c'est nous manquer de respect. C'est aussi trop exigé de nous imposer un accouchement hospitalier. C'est aussi nier notre droit à disposer de notre corps, d'exprimer ce que nous voulons ou ce que veut notre entourage. En tout cas moi, je suis contre. Et je te le suis dit, notre corps représente une identité culturelle. L'accouchement n'est pas une maladie. Pourquoi donc, vouloir nous imposer tout ce que nous ne connaissons pas d'autrefois, ni nos ancêtres. J'apprécie ce que les médecins font mais le choix du lieu d'accouchement nous revient d'une part. Moi, mon corps n'est pas une machine, je veux décider tout ce que je veux, je ne veux pas qu'on me manipule et il y'a trop de pression à l'hôpital, trop d'exigence. C'est la raison pour laquelle nos différends sont un peu fréquents entre les infirmiers et les sages-femmes. Moi je ne vois pas les choses de la même manière. (K. F, 37 ans,)

Ce corps résistant, c'est ce corps qui éprouve un dommage suite à des séquences de manipulation. Et pourtant, on a tendance à constater que le corps est plus que matière immuable, il est en perpétuelle mouvement et continuellement améliorable. Lorsque la science objective conçoit jusqu'ici le côté apparemment manifeste, autrement dit le corps visible, elle a tendance à sous évaluer la réalité invisible, qui loin d'être imparfaite et médiocre, présente tous les mystères du corps. À ce propos, les remarques de Lamine Ndiaye sont assez révélatrices : Le corps étant l'un des « lieux » d'expression de la culture donc de manifestation de l'identité groupale (...). Puisque ce corps est reconnu comme marqueur de l'identité sociale, il est engagé dans une dynamique d'apprentissage et de façonnement.

Le corps semble aller de soi" (D Le Breton, 1992) puisque la condition humaine est corporelle, "que l'homme est indissociable du corps qui lui donne épaisseur et la sensibilité de son être au monde". Et pourtant Le corps n'est pas un donné en soi, la conscience du corps ne va pas de soi, "il ne prend sens qu'avec le regard culturel de l'homme", il "est une construction symbolique". "Les représentations du corps et les savoirs qui l'atteignent sont tributaires d'un état social, d'une vision du monde, et à l'intérieur de cette dernière d'une définition de la personne.

Cette préoccupation de Le Breton tient compte de notre analyse, dans la mesure où le corps, par l'entremise du sens et de l'imagination qu'il revêt, reflète une réalité multiple, du point de vue des représentations symboliques, sociales et culturelles mais aussi religieuses dont s'immerge le corps. Considérée comme une zone à forte connotation religieuse pour insister et rebondir sur cet aspect, le corps de la femme dans la religion musulmane est un lieu investi de sensualité, de sexualité et d'érotisme. Certaines conceptions ont été notées dans les discours. Toute la physiologie féminine est recouverte de ce qu'elles appellent *Aoura*, qu'il faut par la force des représentations doit être caché.

Ce corps, lieu de fabrique de l'espèce, est un corps sexuel et sexué. De plus figure la notion de souillure. Plus généralement, il s'agit du domaine de l'intime, de la vie et de la maladie, d'autant plus chargé de symboles et de sens. C'est cette particularité du corps que cette femme essaye de montrer dans ce passage.

« Nous les femmes, dans cette vie, nous n'avons rien de plus important que notre corps, c'est sacré, c'est quelque chose que nous devons préserver, c'est le lieu de la vie, en tout cas pour moi, ce n'est pas quelque chose à négliger. Lorsque que nous interagissons avec l'environnement hospitalier, nous mettons notre vie en jeu, c'est-à-dire notre vie sociale et culturelle que nous partageons avec la famille, la communauté lesquelles nous accordons une importance. Tu vois le problème, nous n'avons pas les mêmes points de vue par rapport à la manière dont les médecins conçoivent notre corps. (Diouf, 39 ans, CM1)

De par ces aspects éducatifs, individuels, les femmes intègrent les manières de modeler leurs corps qui deviennent par la suite discours et langage, l'expression et le véhicule des modèles. Le rapport dialogique qu'elles entretiennent avec leur corps fournit à la société les moyens d'agir sur elles, celui de l'intériorisation des pratiques et des techniques. Le canal entre le corps individuel, celui des parturientes et le corps social ; quand on adhère à la pensée de Mauss est l'apprentissage des techniques du corps. C'est l'usage déterminé du corps et l'art d'en saisir le sens. Au sens Bourdieusien, on parlera d'habitus corporel, véritable "principe

producteur de pratique" (Bourdieu, 1980), "structure structurée appelée à fonctionner comme structure structurante" (Bourdieu, 1972), « cette loi immanente *lex insita* inscrite dans le corps par une histoire identique" devient l'organisateur et des pratiques corporelles et du rapport au corps, en même temps que la référence pour apprécier l'autre dans la relation sociale et décrypter la réalité pour agir »(Le Breton, corps, identité et socialisation). L'hexis corporel permet une reconnaissance sociale des parturientes. « Notre corps nous appartient, à notre communauté, il est le produit de la culture. Nous donnons du sens à notre corps, nous le vivons par rapport aux normes sociales. Par exemple le corps de la femme ne doit pas s'exposer, tout accouchement est une relation intime entre soi et la communauté » (K.D, 37 ans, marié). Dans cette perspective, le corps est porteur d'histoire, il est à la fois produit et producteur, le résultat d'une socialisation.

Certaines femmes s'accordent à dire que la perception du corps a une influence sur le recours aux soins pendant l'accouchement. Cette conception différente du corps crée parfois des formes de résistances et affecte le lieu d'accouchement. L'interaction complexe entre les accoucheuses et les femmes est liée à la définition que chacune d'entre elle attribue au corps. « L'accouchement n'est pas une maladie » dit N.SD. On se rend compte que le processus de matérialisation de la naissance, c'est-à-dire la régulation de la fécondité qui va des dépistages prénatals à l'intervention obstétricale augmentent la controverse. Dans la mesure où le corps des femmes devient un objet médical, elles se sentent gêner, une manière de perpétuer la domination. C'est le moment du médicalement correct et recommandé.

De ce point de vue, l'imaginaire corporel n'est plus au rendez-vous d'autant plus vrai d'ailleurs que le « je » féminin disparaît, c'est-à-dire le corps qu'elles passaient des vies, à rechercher et à lui donner des contours et une existence. Ce corps, du point de vue médical est un corps vulnérable, puisque la grossesse et la naissance, tout en se naturalisant, sont considérées comme risque potentiel de toutes les maladies qui peuvent entraver le bon fonctionnement du fœtus. C'est ce corps décrit par Hubert et al. Le corps saisi à la troisième personne, celui de l'extérieur qui n'est rien d'autre qu'un assemblage de processus physiques et chimiques, de cellules et d'organes. « Quand tu accouche à la maison, vous courez le risque de saignement qui peut causer la mort de la mère comme celle du fœtus. Les accouchements à domicile sont souvent accompagnés de saignement » (T.S, matrone).

De ce fait, la transmission des savoirs sur l'accouchement entre femmes est dangereuse et invalide à ce niveau. Le corps, dans cette perspective doit être contrôlé,

diagnostiqué. Or, le corps de la femme est toujours appréhendé en fonction de l'image qu'elle porte, de ses symboles qu'il véhicule et du regard que les autres portent sur elle. Ainsi, donner un sens à la vie des corps vivants revient donc à chercher s'ils recèlent au-delà du mécanisme une finalité qui ne se réduise pas à la simple conservation d'eux-mêmes, une finalité qui renvoie à une signification pour l'homme (Buisnière, s. d.). Donc, le sens du corps est toujours en adéquation au sens de la finalité qu'il revêt. Donner un sens à la vie des corps des femmes revient à mesurer la finalité qu'il éprouve. Une finalité aux attentes de la culture et d'une jouissance sociale.

Ceci dit que le corps des femmes est au-delà des particularités culturelles ou en dehors, sinon c'est un corps de participation qui contribue à la survie du groupe mais aussi une manière d'être en complicité avec son environnement, de vivre son corps. En vivant de leur corps, elles s'engagent à la participation dans un milieu donné, un environnement social, celui du fondement et de la continuité. Ici, vivre son corps, c'est une manière d'accès au monde, de vivre autonome, libre de soi afin de répondre aux activités telles que percevoir, sentir, décider qui assurent le dialogue avec son environnement. En réalité, en faisant une expérience subjective de leur corps, elles agissent en pouvoir d'actions sur les choses. Leur rapport au corps pose la question de : qu'est-ce que ce corps peut faire de moi ? Elles développent, en fin des attitudes, des aptitudes qui enrichissent leur répertoire corporel, d'autant plus que sa dimension intégratrice se maintient à l'arrière-plan.

Par contre, la construction médicale du handicap corporel permet aux femmes de faire, d'après l'expression de l'Allemand Hubert « le deuil de son ancienne vie ». De par cette divergence d'opinion entre les femmes et le personnel médical, l'approche phénoménologique revient à expliciter dans le domaine de la naissance les principes d'existence et de dialectique. Et qu'on le sache, dans leur rapport au corps, les femmes contemplent et questionnent l'existence, en principe le sens du corps des femmes dans l'existence.

En somme, ces différents facteurs liés au corps suscitent un principe d'opposition, de dialectique, de controverse. Quand les professionnels de santé conçoivent le corps comme une matière, c'est-à-dire percevoir le corps comme entité biologique, les femmes enceintes et leur communauté perçoivent une réalité socio-culturelle. L'image de ce corps reflète l'origine et tous les mystères de la vie. Le comportement des femmes qui s'appuient sur ces considérations d'ordres symboliques, sociales, individuelles et culturelles constitue un frein sur le recours aux services de santé modernes concernant l'accouchement. Puis, dans ce

contexte de la rencontre, femmes, sages-femmes, sont toutes animées par leur monde social, qui constitue à leur tour des acquis sociaux qui orientent leur intégration. Elles sont toutes acclimatées à une culture, un ensemble de savoir-faire qui aura le caractère de ce qu'Alfred Schutz appelle des « allants de soi ». Prises par leur quotidien, elles le prennent comme une certitude dans le même ordre de vraisemblance.

Chapitre 3 : Le déficit de confiance et les interactions difficiles entre le personnel de santé

I . La relation thérapeutique comme facteur déterminant du lieu d'accouchement

Si l'aspect relationnel est un facteur déterminant dans les modèles organisationnels de la pratique de sage-femme, c'est-à-dire de la relation entre le donneur de soin et les parturientes, du recours aux interventions pendant le travail, de la structure sanitaire, il n'en demeure pas moins dans cette partie.

Notre relation est de nature conflictuelle même si parfois elles sont gentilles. Une fois arrivé, elles veulent profiter du travail, déranger notre corps alors qu'on soit en état de fragilité et quand tu refuses, c'est la dispute. Nous, on ne peut pas s'enchaîner avec deux douleurs à la fois. Notre relation n'est pas aussi confortable qu'on le pense. Elles n'ont qu'affaire à leur travail, c'est méprisant, sont négligents et on est souvent humilié. (K.T, 35 ans, élémentaire, cm2).

« Nous entendons, par relation thérapeutique, une relation établie dans un lieu approprié (hôpital, institution soignante, cabinet privé) entre un sujet souffrant et un professionnel qualifié disposant d'un savoir et d'une pratique spécifique l'autorisant à se positionner dans la relation comme dispensateur de soins » (Delage & Junod, 2005 : 26). Cette définition rend compte d'une contextualisation de la relation, ce qui est nécessaire pour une analyse adéquate. Par ailleurs, si la non-observance demeure une priorité de santé publique, il implique à ce niveau une gestion optimale de la continuité des soins pendant la grossesse et l'accouchement. Freeman et al. (2007) définissent trois principaux types de continuité : une continuité de gestion, d'information et de relation. La continuité de gestion relève d'une prise en charge optimale du soin ; celle de l'information concerne la disponibilité de celle par les acteurs concernés et celle de la relation implique une relation d'interaction de confiance, de la réciprocité par rapport aux professionnels. À la particularité de cette analyse, une difficulté s'impose sur l'utilisation de ces services via l'expérience des utilisateurs. Les données montrent un déficit de confiance dans la relation de soins, ce qui, par la suite implique un problème de continuité.

L'image du personnel soignant qui n'a jamais été citée comme une cause directe aux accouchements à domicile constitue un frein sur l'utilisation des services concernant l'accouchement. L'utilisation de ces services peut être appréciée et appréhendée selon deux perspectives : celle du patient et celle du médecin. La première perspective, celle du patient,

est quelque peu subjective puisqu'elle se base sur les services tels que rapportés par les patients. La deuxième perspective est plutôt objective puisqu'elle s'appuie sur des indicateurs économiques, les données probantes telles que le nombre d'hospitalisations et le nombre de consultations. Or, L'établissement d'un lien de confiance dès le début et tout au long de la rencontre entre les parturientes et les professionnels de santé concernant l'accouchement serait essentiel à la réussite du traitement du soigné. S'il s'avère très importante dans cette réussite, elle n'est pas récente. Des études ont démontré l'effet de cette rencontre. Au sujet de Bordin (1994), l'alliance ou la relation thérapeutique permet une optimisation de l'efficacité du traitement suggéré au soigné, elle va de pair avec l'intervention. Quand on poursuit cette analyse, l'étude des relations sous l'angle psychologique demeure inépuisable dans la mesure où les parturientes sont uniques dans chaque rencontre sur des cas différents et dans une dynamique interactionnelle. Elles témoignent donc de la prise en compte des aspects psychosociaux, ceux de la compassion, de l'empathie, de la sympathie. Toutes ces considérations suggèrent une partie des déterminants de la perception des qualités de soin. Elle est de nature individuelle et correspond à un jugement personnel par les femmes dans la relation de soins concernant l'accouchement.

II . Les effets de la perception de l'offre de soins et de services de la maternité

La quête du médicament ou le dénouement heureux d'un accouchement sont au centre des préoccupations des usagers dans l'accès aux soins⁵². Elle l'a été toujours et dans différents contextes de vie. Faciliter l'accès aux soins de santé primaires et assurer une couverture sanitaire universelle à la population reste un défi de grande taille au Sénégal. À Djilor, le problème d'accessibilité aux soins est loin d'être résolu. Outre le problème épineux des ressources humaines s'ajoutent des difficultés liées à l'organisation et au fonctionnement du poste de santé, au financement des systèmes de santé pour partir de la globalité, à la prestation de soins de qualité et à l'accès aux médicaments de base. Ces facteurs tiennent lieu des déterminants liés aux accouchements à domicile. Dans la plupart des entretiens, plusieurs discours rendent compte de la faiblesse de l'offre de soins concernant l'accouchement. « On nous donne que du fer pendant l'accouchement et c'est insuffisant ». Ces remarques sont à la portée du public. Dans cet ordre de réflexion, l'offre de soins a un effet direct sur les modalités d'accouchement. Plus les femmes ne s'attachent le prestige d'avoir un accès à des soins adéquats et suffisants et de qualité, plus elles ignorent les services de santé relatifs à l'accouchement.

En effet, si l'offre de soins suit la pyramide sanitaire avec au sommet l'hôpital de référence, le centre de santé au niveau intermédiaire et les postes de santé au niveau périphérique, on assiste de plus en plus aux défaillances du système de santé. Étant donné que l'offre de soins en matière de santé de la reproduction est intimement liée au mode de fonctionnement du système de santé imprégné de la politique de soins de santé primaires et celle de la décentralisation dessinée depuis l'Initiative de Bamako⁵³. Si toutefois la Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé, elle est loin d'être atteinte, dans la mesure où ce droit est défini par le pouvoir opportun d'accès à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée. De même, ce droit à la santé comporte quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé. Cependant, dans les zones rurales du Sénégal, l'offre et l'accessibilité aux soins soulève un problème majeur, notamment dans la commune de Djilor comme constaté dans les données du terrain. C'est ainsi que l'offre semble être insuffisante à la demande car la plupart des structures de soins sont incapables d'offrir des

⁵² Sardan et Jaffré, 2003

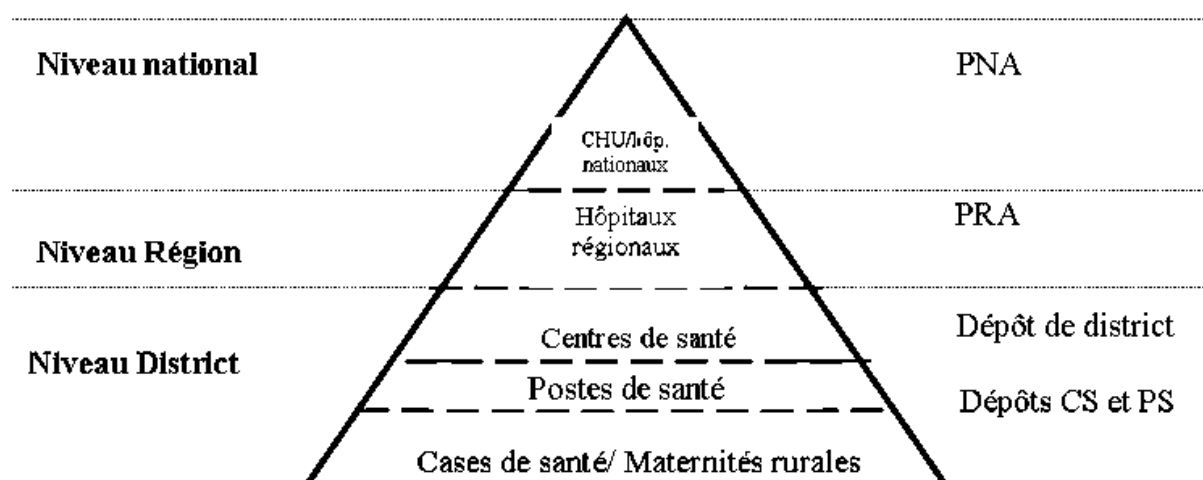
⁵³ Faye, 2008

soins de qualité et de quantité adaptés aux usagers. En effet, la seule issue est de recourir à la médecine traditionnelle. Ce qui de toute façon conduit les femmes au syncrétisme médical.

On est obligé de faire recours à la pharmacopée traditionnelle puis la structure sanitaire nous offre simplement du fer, c'est insuffisant, chaque mois, chaque visite, on vous donne que du fer pour augmenter du sang alors tous les arbres de la pharmacopée traditionnelle dispose du fer et même pour l'échographie, on n'est obligé de faire un long voyage comme le poste n'en dispose pas. Par ailleurs, il y'en a même des maries qui l'interdisent leurs femmes. Et pour le faire, il nous faut disposer une carte UDAM plus dix milles francs CFA ; d'aucunes ne le conçoit comme une mauvaise pratique, hors norme sociales, religieuses. (K.T, 35 ans)

Ces facteurs combinent à la fois un déficit de l'offre de soins et des effets économiques existants qui conditionne parfois à une multitude de recours thérapeutique. Cependant, du fait de l'emprise coloniale, le système sanitaire sénégalais est basé sur le modèle français typiquement très hospitalo-centriste. C'est ainsi que même si la décentralisation était l'idéal souhaité, l'offre des soins ne correspond pas aux découpages des collectivités territoriales. On constate alors, que les logiques politiques créent toujours des clivages à la gestion de la santé des populations.

Figure 1: schéma pyramidal de l'organisation du système sanitaire au Sénégal avec l'acte 3 de la décentralisation



Source : nioxor.com

III . Peut-on encore renouer le dialogue entre traditionalisme et modernisme ?

Si la modernité s'impose comme évidence dans le domaine de la santé, elle se caractérise essentiellement par l'amplification progressive des technologies médicales et l'uniformisation par le recours forcé à la doctrine médicale. Ceci étant dit, le recours à la science est de mise, impeccable et fort probable. De plus, le recours objectif à des évidences scientifiques rejette en toute sorte l'usage d'une thérapie qualifiée de non scientifique parce que n'est pas soumise à la preuve et la justification scientifique. Malgré tout, les données montrent que cette médecine qualifiée de traditionnelle est plus accessible. Elle est peu coûteuse et s'avère efficace pourtant. L'OMS montre que plus de 80% de la population rurale ont recours aux plantes médicinales diverses pour leurs soins de santé primaire du fait principalement de leur accessibilité et de leur faible coût. En guise d'exemple, à Djilor, les femmes utilisent les feuilles de *Rhizophora* après l'accouchement. Dans un premier temps, les feuilles sont bouillies et la femme en couche inhale la vapeur dégagée. Dans un second temps, les feuilles sont retirées et servent à masser la même femme. Enfin, elle boit l'infusion pour arrêter l'hémorragie de la délivrance et pour éliminer les dernières lochies. Donc, entre inefficacité et incertitude, la différence entre médecine traditionnelle et médecine moderne est plus qu'indécise d'ailleurs.

En effet, ces différents recours thérapeutiques en milieu rural sont autant dans un dilemme stratégique puisque le syncrétisme s'annonce considérable. À ce niveau, les concepts de traditionnaliste et de modernité caractérisent des ambiguïtés intrinsèques difficilement repérables. L'usage de ces mots à limiter donc la frontière de leur champ thérapeutique.

IV . L'expérience de la maternité : entre sécurité, surveillance et punition

Mon choix d'accoucher à domicile est lié à mon expérience personnelle lors de mes derniers accouchements à l'hôpital. Ce choix est un chemin par rapport à la maternité que je vis comme une pression, une humiliation. Après mes derniers accouchements, j'ai fini par réalisé que lors de mes consultations pendant la grossesse et jusqu'au travail de l'accouchement, mon corps est livré aux infirmiers, aux sages-femmes sans que je puisse avoir la moindre capacité de décision. Je ne me sentais plus autonome, libre de mes choix et pourtant l'accouchement est aussi une expérience personnelle, une relation à soi. C'est juste qu'avant toute assistance, l'accouchement est une relation à soi même. Donc, accoucher à domicile pour moi est une suite logique des événements ou simplement la continuité de faire les choses librement, comme je les sens et que personne ne me les impose. Quand j'accouche à la maison, je me sens très détendue et heureuse. Et tu sais, il

y'a une grande différence entre l'accouchement à domicile et l'accouchement en milieu hospitalier en matière de liberté. Vous savez, il y'a des bruits habituels et qui accompagne le processus du travail de l'accouchement qu'on ne peut pas faire au milieu de l'hôpital, comme marcher, faire des vas et des viens, circuler aux alentours de la maison, alors qu'en milieu hospitalier, on reste sous l'emprise des recommandations. On vous dit, tu dois rester sur place. Tu vois, ce n'est pas la même chose. (Faye, femme 42 ans, niveau d'étude seconde).

Cette façon d'aborder la nature est vécue par les femmes comme une sorte de punition, dans la mesure où l'action est toujours guidée par des processus contraignants, parfois même obligatoires qui justifient et légitiment la pratique médicale. Les examens systématiques tels que : la prise de poids, la tension, l'analyse d'urine pour mesurer le taux d'albumine au niveau des consultations prénatales sont d'emblée des rites médicaux obligatoires. L'impression qu'il règne toujours un risque, un doute dans le travail de l'accouchement, entraîne de toute évidence la surveillance des femmes, de tous ceux qui recouvrent leur fonctionnement physique.

Or, La grossesse et l'accouchement, s'il faut le rappeler, sont des étapes intimes de la vie des femmes et représente à son tour un moment de transformations profondes.

Les femmes qui portent la vie ont souvent comme l'impression que leurs corps ne les appartiennent plus. De ce point de vue, la grossesse et l'accouchement sont devenus une affaire publique comme s'ils appartenaient au domaine de l'État.

Cette politique hospitalière, si l'on tient compte des données du terrain et du discours des femmes, est sans doute limitée à la sécurité physique qui englobe la prévention en termes de morbidité et de mortalité. Or, l'accouchement a une dimension profondément personnelle, une relation à soi qui est spécifique à la nature procréative de chaque femme. En effet, la maternité sans risque est au-delà de la prise en charge pathologique des phénomènes de naissance qui, non seulement limite l'usage des méthodes préventives. Cette prise en charge médicale de la naissance qui oriente le regard sur la sécurité physique, doit élargir aussi sur le respect des droits civils des femmes. Ils se définissent notamment sur le respect des femmes au moment de l'accouchement, le respect des sentiments, la préservation de l'autonomie et de la dignité, du choix et des préférences.

Ces divergences sont d'autant plus préoccupantes dès l'instant que les femmes ressentent un besoin d'aide dans le travail. Même la phénoménologie de l'expérience est liée au besoin d'empathie, difficultés à partager l'expérience une fois que le besoin se fait sentir, le manque de traitement en termes de soins et de relations apaisantes.

C'est dans ce sens que ND. F, 36 ans affirme que « Elles ne font pas parfois preuve d'empathie et on dispute souvent avec ». Cela montre en particulier une prédominance de la relation basée sur les rapports de pouvoir dans les services de santé, tout en sachant que la maternité est un lieu par excellence de domination et des rapports de forces. Et, si véritablement la charte du droit des femmes s'inspire du cadre de la charte des droits sexuels et reproductifs, il n'est pas moins ressenti lorsque les catégories de mauvais traitements qui reposent en particulier en l'abandon, refus de soins par le personnel privent leur droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé. Donc, les notions de sécurité, de risque et de surveillance, s'ils recèlent du simple mécanisme de diagnostic, ils laissent des traces d'inquiétudes, de refus et d'ignorances dans leur rencontre.

En définitive, si les femmes sont dépossédées de leur corps, la maternité en fait partie. « Lieu par excellence des rapports de pouvoir, de domination et de soumission » (Odier, 2014 ; Vozari, 2015). Décrit comme le lieu de cristallisation des apparences et d'exercice de pouvoirs, elle est sans doute un espace privilégié pour contrôler les femmes, leur corps et d'une mutation au niveau des statuts et des responsabilités. Et plus que le contrôle des corps des femmes est important, plus elles sont méfiantes face aux services concernant l'accouchement. Autrement dit, la contrainte qu'exerce le corps médical favorise l'ignorance des structures de santé et contribue aux accouchements à domicile.

V . Une déconstruction de la portée anxiogène du risque

La médicalisation est définie classiquement comme la prise en charge des problèmes de santé. Celui de la prise en charge techniques à travers des actes médicaux et prise en charge financière comme l'assurance maladie, la réduction des frais de santé, comme moyen d'accompagnement, de réduction des couts même s'il existe un décalage par rapport aux réalités du terrain. Dans la mesure où les données révèlent que la naissance est un fait normal mais médicalement prise en charge, l'analyse socio-anthropologique conçoit que jusqu'ici, les phénomènes non médicaux sont définis en termes de maladie et de dysfonctionnements. Ce

qui justifie cette médicalisation sur la base d'une thérapie et d'un diagnostic repose sur l'évaluation des bénéfices et des risques.

Ce processus, de nature interventionniste et envahissante met l'accent sur les deux volets de l'art médical : la thérapie et la prévention. Alors, si ces facteurs sont dominés par le modèle thérapeutique, ses réussites transformant les caractères « normaux » en forment pathologiques, ils induisent une montée en puissance du doute. Et si elle s'avère passionnant au départ, dans sa politique de réduction de la mortalité maternelle, elle entraîne, bien évidemment par la moindre mesure la dépendance du monde médicale. Dépendance du professionnel de santé versus dépossession des femmes. Cette dépendance s'articule autour de l'usage contraignant, inconscient et routinier des techniques de prévention pendant la grossesse et des méthodes procréatives incessantes. Ce phénomène s'oppose parfois à la morale du personnel. Ainsi, avec l'emploi du concept de risque, une notion qui leur semble vague à leur égard, des réactions se multiplient sous cet angle. À ce niveau, le pouvoir politique s'annonce considérable au moment que le pouvoir des femmes entre en récession.

Cependant, la notion de risque est différemment interprétée par les enquêtées. Ce qui paraît évident pour elles, c'est de considérer l'accouchement comme une chose potentiellement risquée d'où les notions d'angoisse, d'anxiété, d'inquiétude et de peur assurent le champ lexical. En effet, la culture dominante du risque est largement critiquée. Lorsque le monde médical conditionne les femmes au système du risque, c'est-à-dire la succession des examens de dépistage prénatal dès les premiers mois de la grossesse, ceux de l'échographie, les effets iatrogènes ne sont jamais absents par la moindre occasion. Surtout survenu au cours des interventions au moment de l'accouchement. Ici, les données montrent que certains risques sont pris aux quotidiens sans être questionnés. Accoucher hors de l'hôpital constitue une protection contre les risques médicaux. Elles méprisent un espace médical qui ne serait être gouverné par la gestion des risques. Au lieu de parler de risques, elles mettent en avant certaines dimensions de la naissance comme la famille, la maturité du corps féminin. Donc, les inquiétudes et les probabilités adoptées par la culture dominante peuvent être repoussées par une manière sereine de vivre l'expérience de la naissance. Plutôt qu'à miser sur l'angoisse et la peur, elles acceptent les risques sans les conscientiser.

L'accouchement est toujours risqué, qu'on le veuille ou non, qu'on le pense ou non. Rien n'est sûr totalement dans la vie, c'est notre condition féminine. Tout est risque même en cas

d'évacuations. Le fait d'être évacué est un risque, négliger aussi le savoir-faire des ancêtres est un risque même si ceux qui le détiennent aujourd'hui ne sont plus nombreux, F.D, 38 ans.

De ce point de vue, les risques inhérents à un accouchement normal existent, mais ne justifient pas nécessairement qu'il se déroule à la structure sanitaire. Contrairement aux prévisions médicales, les risques sont ici normalisés. C'est d'ailleurs la vie du risque ou bien une nature féminine programmée au risque. Toutefois, la médicalisation et la gestion quotidienne des risques ne sont rien d'autre qu'une forme idéologique de domination et de réduction du pouvoir matriarcale comme le confirme cette femme, K.F : « depuis que les naissances sont transférées vers les hôpitaux, notre savoir-faire est complètement diminué, nous sommes plus autonomes, plus responsable de notre destin ». Conduire les femmes au système de risque revient à le circonscrire dans sa forme multiple puisque son ambiguïté intrinsèque est difficile à cerner, sur le plan de la perception et de la représentation aussi bien de l'objectivation et de la subjectivation. La réduction médicale du concept affaiblit son sens large puisqu'il est complexe et rend compte d'une multitude d'acceptation. Lorsque les risques se mesurent, dans le fait de prévoir, c'est-à-dire sur l'ordre de la probabilité, leur matrice devient plus qu'une simple présupposition et construction permanente et immanente de la réalité. Tandis que les risques, s'ils se matérialisent, ils ne s'agissent plus de risques mais de dangers potentiels pouvant nuire au travail de l'accouchement dont les conséquences peuvent induire la mort. Ces idées sont révélatrices dans la mesure où les parturientes construisent leurs propres appréhensions du risque qui se réduisent à des interventions obstétricales non maîtrisées.

Conclusion générale

En définitive, la présente étude montre que plusieurs facteurs participent dans l'explication des déterminants liés aux accouchements à domicile. Ce qui résultent de ces déterminants ne peuvent être d'un part appréhendé qu'en faisant une approche phénoménologique dans une perspective interactionniste tant au niveau social, culturel, qu'au niveau biotechnologique. Le choix d'un accouchement à domicile ne relève pas simplement de facteurs géographiques, économiques comme l'ont déjà fait plusieurs études. Ces attitudes se lisent également où se rencontrent plusieurs cultures différentes dans l'action thérapeutique mais également le fruit des représentations et des logiques sous-jacents qui dérive de la conduite sociale d'un groupe de société. Ces derniers viennent s'ajouter au processus de médicalisation de la naissance qui a envahi la conception de l'objet corps. Même si on n'est pas en mesure d'affirmer sa causalité directe, son introduction dans les phénomènes de naissance a favorisé les accouchements sans assistance médicale et implique une reconversion contraignante des mères à l'ère de la biotechnologie. En effet, les résultats révèlent l'importance des facteurs sociaux et culturels dans l'explication du phénomène impliquant d'autres facteurs à l'étude :

Les représentations populaires : les accouchements à domicile sont d'abord une réponse motivée par les croyances populaires et habituelles à la survenue de l'accouchement jusqu'à la conception de l'enfant. Elles se déclinent sur les valeurs sociales, culturelles et religieuses dont une part importante attribué à la confrontation de la douleur afin de garantir l'honneur sociale d'autant plus vrai d'ailleurs que cette douleur est généralement recherchée et accepté. Ces déterminants affichent encore des facteurs symboliques et religieux liés aux prescriptions divines dont l'importance capitale du corps sacré de la femme. L'existence de protocoles institutionnels fortement imprégnés par la gestion politique de la santé entraine des frictions entre le savoir traditionnel et le pouvoir scientifique et politique.

La dimension interactionniste implique la complexité des relations entre le social, le culturel et l'institution hospitalière dominée par le politique. Cela rend compte de la relation de soins qui montre un déficit de confiance entre les différents acteurs impliqués dans le processus d'interaction. Ce manque de confiance et les relations difficiles entravent l'optimisation de la continuité de soins et l'utilisation des services pendant la grossesse et l'accouchement.

L'offre de soins concernant l'accouchement est dans son ensemble le principal handicap du système de santé. L'accès aux soins de qualité et des services était à l'origine de plusieurs plans d'ajustements structurels qui impliquent en toute sorte des politiques de populations dont leurs échecs se font toujours ressentir dans plusieurs coins de la sous-région, le Sénégal, en particulier. Ceux-ci se manifestent à Djilor par : déficit de soins de qualité et de quantité concernant l'accouchement, l'insuffisance du personnel soignant comparé aux exigences de l'organisation mondiale de la santé, l'assistance qualifiée à l'accouchement. Ces facteurs tiennent lieu de la précarité du système de santé.

La médicalisation de l'accouchement, un phénomène dont la terminologie rend compte de l'usage accru des outils technologiques pénétrant en son terme les phénomènes naturels. L'intervention médicale routinière, favorisée par l'emploi de la culture dominante du risque a été appréhendée comme une idéologie dominante de la modernité. Sa caractéristique principale repose sur les statistiques et les calculs de probabilité. Elle est considérée comme une stratégie de domination féminine avec le système de surveillance continue. Celle-ci regroupe un ensemble de privatisation de l'autonomie féminine et exalte le garant de l'ordre politique et technique. Alors, même si on peut affirmer que la naissance était toujours le fruit des représentations sociales, il est évident que les conditions de matérialisations de la procréation enterrent certaines réalités.

Cette étude avait comme objectif principale de décrire et d'analyser les déterminants (raisons, logiques, motivations économiques, sociales, culturelles, individuelles et collectives) de l'accouchement à domicile chez les femmes enceintes de Djilor.

D'emblée, nous avons mis en avant quelques hypothèses pour expliquer les représentations et les logiques sociales autour des déterminants de l'accouchement à domicile dans la commune de Djilor. D'après cette phase de collecte des informations, nous avons vu que les hypothèses, que nous avons posées au préalable, qui mettaient en corrélation l'accouchement avec les représentations, perceptions, construction sociale et culturelle, la médicalisation sont confirmées sur le terrain d'étude.

Par contre, l'approche interactionniste qui a souvent été convoquée pour l'analyse des déterminants de l'accouchement à domicile a montré ses limites ainsi que l'étude qui portait sur les déterminants de l'accouchement à domicile à Djilor. La sensibilité des informations recueillies auprès des femmes a favorisé d'une part l'insuffisance des données. Ce faisant a par la suite limité la connaissance profonde sur les facteurs qui déterminent les

accouchements à domicile dans cette localité. Du point de vue théorique, l'approche phénoménologique, même si elle respecte l'intégrité des phénomènes, présente une trace de subjectivité dans l'analyse des données. Les femmes accouchées comme sujets, et point de départ de l'analyse ne conduisent pas inévitablement à une description de type phénoménologique. Malgré l'absence de données ethnographiques, nous adoptons moins une attitude véritablement anthropologique. Cependant, nous disposons peu d'éléments pour affirmer que les accouchements à domicile sont la résultante des facteurs liés à l'expérience de grossesse et d'accouchement au sein des interactions réciproques entre les parturientes et les professionnels de santé. La description de type phénoménologique, principalement bâtit sur le récit de la personne était souvent absent dans la description et l'analyse des données.

Bibliographie

Ouvrage :

CANGUILHEM G., 2015, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.

CARRICABURU D., MENORET M., 2004, *Sociologie de la santé : Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin.

CHARRIER P., et CLAVANDIER G., 2013, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin.

COLLIN J., OTERO M. et MONNAIS L., (dir.), 2006, *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

FASSIN D., et DOZON J.-P., 2001, *Critique de la santé publique : une approche Anthropologique*, Paris, Balland.

FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presse Universitaire de France.

FASSIN D. et DOZON J.-P., 2001, *Le culturalisme pratique de la santé publique : critique d'un sens commun*, Paris, Balland.

FASSIN D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France.

FREIDSON E., 1970, *Profession of Medicine*, New York, Dodd Mead.

FOURNIER P., HADDAD S. et RIDDE V., 2013, *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, Paris, l'Harmattan.

GAUDILLIÈRE J.-P., 2006, *La médecine et les sciences. XIXème-XXème siècles*, Paris, La Découverte.

GORI, R. et M.J. VOLGO, 2005, *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.

GUMUCHIAN H. et MAROIS C., 2001, *Initiation à la recherche en géographie. Aménagement, développement territorial, environnement*, Presse Universitaire de Montréal.

HOURS B., 2001, *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala.

JACQUES B., 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.

JAFFRE Y. et DE SARDAN J.-P.-O., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

JODELET D., 2003, *Les représentations sociales*, Paris, PUF.

KALIS S., 1997, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer Siin du Sénégal. La connaissance de la nuit*, Paris, l'Harmattan.

KNIBIEHLER Y., 2016, 2ème ed. *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Presse de l'EHESP.

LE BRETON D., 2008, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

NDIAYE L., 2014, *Culture, crime et violence. Socio-anthropologie de la déviance au Sénégal*, Collection Palabres africaines. Diversités anthropologiques, Paris, L'Harmattan.

PARSONS T., 1951, *The social system*, Glencoe, The Free Press of Glencoe.

SAILLANT F., et O'NEILL M., 1987, *Accoucher autrement: repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Québec: Éditions Saint-Martin.

Articles, Thèses et mémoires:

ANDRIEU B., 2007, « le corps humain. Une anthropologie bioculturelle », *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, p. 87-106.

BAXERRES C., DUQUENOIS S., et al., 2018, « La bio médicalisation de la grossesse au Bénin s'accompagne-t-elle d'un processus de marchandisation ? », *In*: Haxaire C. (dir.), Farnarier C. (dir), *L'innovation en santé: technologies, organisations, changements*. Rennes: PUR, p. 171-118.

BENINGUISSE G., NIKIÈMA B., FOURNIER P. et HADDAD S., 2005, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique ». *In*, p. 244- 66.

- BERGAMASCHI A., 2011. « Attitudes et représentations sociales. Les adolescents français et italiens face à la diversité ». *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, n° 49- 2 (décembre): p. 93- 122.
- BOT J-M., 2014. « Construction sociale et modes d'existence. Une lecture de Bruno Latour ». *Revue du MAUSS* n° 43 (1): p. 357- 73.
- BRUGEILLES C., 2014. « l'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? », *Autrepart*, p.143-164.
- BUISSIÈRE E., 2005. *Cours sur le corps*.
- CAHEN F., 2014, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, n°7, p. 34-57.
- CARRICABURU D. et MÉNORET M., 2004, « Le médecin : contrôleur social ou entrepreneur moral », *Sociologie de la santé*, p. 41-60.
- CASTEL R., 1983, « De la dangerosité au risque », *Actes de recherches en sciences sociales*, vol. 47-48, p. 119-127.
- CHANVALLON S., 2009. « Anthropologie des relations de l'Homme à la Nature : la nature vécue entre peur destructrice et communion intime », p.532.
- CHIARA Q., 2017, « L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ». *Anthropologie et santé*, p. 1-32.
- COLLIN J. et SUISSA A.-J., 2007, « Les multiples facettes de la médicalisation de social : enjeux et pistes d'intervention », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n°2, p. 25-33.
- DIALLO B., 2016, « Représentations et perceptions autour de la corpulence à Dakar : analyse de la gestion du corps chez les personnes dépistées obèses dans la commune d'arrondissement de la Médina », Lamine NDIAYE (dir.), mémoire de Master 2, Université cheikh Anta diop de Dakar, département de Sociologie. 76 p.
- DI VITTORIO P., 2005, « De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire », dans A. BEAULIEU (dir.), *Michel Foucault et le contrôle social*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 91-123.
- DURNERIN A-C., 2018, « Naître à la maison: modèle ou hérésie? L'accouchement programmé à domicile en France: un conflit entre la confiance en la nature humaine et la sécurité des normes médicales ». Aix Marseille Université.

- FAYE S-L., 2008, « Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé », *Cahiers Santé*, vol.18, n° 3, p. 175- 83.
- FOURNAND A., 2012, « Le corps des femmes, enjeu géopolitique », *Géographie et cultures*, p. 63- 80.
- FOURNIER L-S. et RAVENEAU G., 2008, « Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps », *Journal des anthropologues*, p. 112-113.
- GAGNON R., 2017, « La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec ». Université de Montréal.
- GENEL K., 2004, « Le biopouvoir chez Foucault et Agamben ». *Méthode*, n° 4 .
- GILBERT C., 2003, « la fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 114: p: 55 - 72.
- GOUILHERS-HERTIG S., 2014, « Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance », *Socio-anthropologie*, p. 101- 19.
- HUGON A., 2005, « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, p. 212- 29.
- JACQUES B., 2016, « Où en est-on en 2015 de la reconnaissance de l'accouchement à la maison comme pratique alternative ? », *Naitre à la maison*, p. 365-385.
- JODELET D., 1984b, « Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale », *Communication. Information Médias Théories* 6 (2): p. 14- 41.
- KECK F., 2006. « L'anthropologie des risques, entre modernité et pré-modernité », Groupe d'études « La philosophie au sens large »
- LABERGE Y., 2009, « Interactionnisme symbolique, ethnométhodologie et microsociologie. Un bilan partiel de la décennie 2001-2009 », *Recherches sociologiques et anthropologiques* 40 (40- 2): p. 151- 56.
- LACAZE G., 2008, « La notion de « technique du corps » appliquée à l'étude des Mongols », *Le portique*, p. 1-49.
- LE BRETON D., 2011, « Représentation en sciences du vivant (6) Images culturelles du corps Entre organisme et chair », *Médecine et sciences*, p. 311- 14.
- . 2014. « le corps entre significations et informations », *Hermès, La revue*, n° 68: p. 21-30.

- MBAYE E.-M., DUMONT A., RIDDE V., et BRIAND V., 2011, « en faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », *Santé publique* Vol. 23: p. 207 à 219.
- MEBTOUL M., AROUI K. et al., 2017, « Grossesse et accouchement: Les logiques sociales des responsables, du personnel de santé et des femmes (Algérie) ». *Face à face. Regards sur la santé*, n° 14.
- MOREL M.-F., 2014, « L'accouchement, une longue histoire ».
- MORRISSETTE J., 2010, « Une perspective interactionniste. Un autre point de vue sur l'évaluation des apprentissages », *Sociologie*.
- MOULIN A.-M., 1999, « Joël Colin, L'enfant endormi dans le ventre de sa mère, Étude anthropologique et juridique d'une croyance au Maghreb, (préface de Camille Lacoste-Dujardin) », *Sciences Sociales et Santé* 17 (2): p. 83- 85.
- NDIAYE L., 2015, « Corps du « oui », corps du « non », pour une socio-anthropologie de la grossesse en milieu wolof Sénégalais », *Revue de Sociologie, d'Anthropologie et de Psychologie*- n°6, p. 301-313.
- PÉOC'H N., 2014, « Représentations sociales de la douleur. La mise en perspective praxéologique des pratiques d'accompagnement et d'éducation à la santé », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, n° 31, p. 81- 99.
- POPPER K.-R., 1979, « La logique des sciences sociales », *De Vienne à Francfort : la querelle allemande des sciences sociales*, p. 73-105.
- QUAGLIARIELLO C., 2017, « L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? Une étude de cas en Italie », *Anthropologie et santé*, p. 1-32.
- QUÉNIART A., 1989, « Prévention des risques et contrôle social: l'exemple de la maternité », *Déviance et société*, n°13, p. 327- 37.
- RAFFAELI W., 2015, « Du symptôme douleur à la maladie douleur: Chronique d'une transformation incertaine », *Revue des sciences sociales*, n° 53, p. 10- 16.
- RAZAFIMANANTSOA E., ROBILLARD P.-Y., DESVEAUX C., et al., 2017, « Accouchements inopinés à domicile ou « en route » dans le Sud de l'île de La Réunion : 656 naissances en 15 ans ». *Revue de médecine périnatale* n°9, p. 37- 46.
- RIVARD A., 2013, « Le risque zéro lors de l'accouchement : genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain » n°16.

- ROUILLIER A.-M., 2015, « Corps, douleur et risque dans le processus menant à privilégier l'accouchement physiologique et le suivi sage-femme », Québec, Canada.
- SARDAN J.- P.-O., MOUMOUNI A., et al. 1999. « L'accouchement c'est la guerre »- De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien ».
- SARRADON-ECK A., 2014, « Les espaces de l'éthique en anthropologie : entre modèles et inventivité », *Journal des anthropologues*, n° 136-13.
- SCHLUMBOHM J., 2002, « Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830 », n° 143, p. 18-30.
- SPECHT M., 2010, « Les représentations sociales des risques à l'origine des risques de crise », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°87, p. 393- 422.
- SUSANNE C., 1999, « Anthropologie biologique : un futur ? », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 79, p. 155- 68.
- TIZIO S., et FLORI Y.-A., 1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? » *Tiers-Monde* 38, n°152, p. 837- 58.
- TOMASSO F., 2013. « Towns health, countries health : the reproduction case at Saint-Louis department in Senegal », Theses, Université Paul Valéry - Montpellier III.
- TREMBLAY J.-M., 2005, « Bernard Dantier, Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences sociales: Denise Jodelet, Les représentations sociales. »
- VAGUET A., RIVA M., et CHASLES V., 2011, « Les risques pour la santé : spatialités et contingences ». *Espace populations sociétés. Space populations societies*, n°1, p. 19- 31.
- VÉZINAT N., 2013, « La construction du social. À propos de M. Lorient, La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique ». *Sociologie*.
- VIMARD P., 2007, « Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne ». In *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, édité par Benoit Ferry, p. 329- 67.
- VINIT F., 2010, « Le Breton David, 2010, Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance (Florence Vinit) », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n°3, p. 254+
- WALENTOWITZ S., 2005, « la vie sociale du fœtus. Regards anthropologiques », *Spirale*, n° 36, p. 125-141.

ZOLA I.-K., 1972, « Medicine as an Institution of Social Control », *Sociological Review*, no 20, 487-504.

Table des matières

SOMMAIRE.....	I
Dédicaces	II
Remerciements	III
Liste des sigles et abréviations	IV
Table des illustrations.....	V
Résumé	VI
Summary	VII
Introduction	1
Première partie : cadre théorique et méthodologique.....	1
Chapitre I : Cadre théorique	5
I . Problématique	5
I . 1. Évolution des pratiques envers l'accouchement	5
I . 2. L'intervention médicale et la logique du risque.....	6
I . 3. L'accouchement : préoccupation des politiques publiques de santé.....	10
II . Les objectifs de la recherche.....	19
II . 1. L'objectif principal	19
II . 2. Les objectifs spécifiques.....	19
III . Hypothèses de recherche	20
III . 1. Hypothèse principale.....	20
III . 2. Hypothèses secondaires.....	20
IV . Définition des concepts et des termes clés ou mots clés.....	21
IV . 1. L'accouchement	21
IV . 2. Médicalisation.....	22
IV . 3. Représentation sociale.....	24
IV . 4. Construction sociale	25
V . Opérationnalisations des concepts.....	26
VI . Cadre théorique de référence	27
VI . 1. Modèle d'analyse	27
VII . Justification de l'étude	28
VIII . Chapitre 2 : Revue de littérature.....	30
VIII . 1. La grossesse et l'accouchement : représentations sociales et culturelles	30
IX . L'expérience de l'accouchement.....	36

IX . 1. Le rapport au corps	36
IX . 2. Le rapport à la douleur	40
X . L'accouchement : au croisement des facteurs institutionnels et techniques	42
XI . Le risque.....	47
XI . 1. L'approche biomédicale.....	49
XI . 2. La perspective des sciences sociales	51
Chapitre 2 : Cadre méthodologique	53
I . Le travail exploratoire.....	53
I . 1. Recherche documentaire	53
I . 2. La pré-enquête	53
II . Présentation du cadre de l'étude	53
II . 1. Présentation de la région de Fatick.....	53
II . 2. Le département de Foundiougne	55
III . Délimitation du cadre d'étude	57
III . 1. La commune d'arrondissement de Djilor.....	57
III . 2. Population cible.....	59
IV . Méthodes et techniques de collecte.....	60
IV . 1. Méthode qualitative.....	60
IV . 2. Le recueil des données	61
IV . 3. Le focus groupe.....	62
IV . 4. L'Échantillonnage.....	62
IV . 5. Histoire de la collecte : réalités du terrain et stratégies d'adaptations	63
IV . 6. Procédure de traitement et analyse des données	64
Deuxième partie : présentation des résultats, analyse et traitement des données.....	5
Chapitre 1 : Présentation des résultats.....	66
I . Le processus de codage des données	66
Chapitre 2 : Les représentations sociales et culturelles de la naissance.....	67
I . Pratiques populaires habituelles autour de l'accouchement	67
II . L'enfant à naître : regard anthropologique du fœtus	70
III . Conception du corps : corps social, corps individuel et corps pathologique	73
Chapitre 3 : Le déficit de confiance et les interactions difficiles entre le personnel de santé..	78
I . La relation thérapeutique comme facteur déterminant du lieu d'accouchement	78
II . Les effets de la perception de l'offre de soins et de services de la maternité.....	80

III . Peut-on encore renouer le dialogue entre traditionalisme et modernisme ?	82
IV . L'expérience de la maternité : entre sécurité, surveillance et punition.....	82
V . Une déconstruction de la portée anxiogène du risque	84
Conclusion générale	87
Bibliographie	90
Table des matières	97
Annexe	100

ANNEXE

Formulaire de consentement

Titre de la recherche : Étude socio-anthropologique sur les déterminants de l'accouchement à domicile (Djilor) : les renseignements portent sur les femmes nouvellement accouchées et celles au cours de l'année.

Chercheur : Mbaye NGOM, étudiant en Master 2, Département de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Directeur de recherche : Lamine NDIAYE, Professeur titulaire de sociologie et d'anthropologie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectif de la recherche. Ce mémoire vise à mieux comprendre les déterminants de la fréquence des accouchements à domicile et leur représentation sur l'accouchement, leur vécu et le sens qu'elles accordent à cette expérience.

2. Participation à la recherche

Votre participation à cette étude consiste à accorder un entretien au chercheur. Les entrevues portent sur les éléments suivants :

- ☐ Quel est le lieu d'accouchement préféré ? À la maison ou à l'hôpital. Comment vous concevez l'accouchement et les biotechnologies ?
- ☐ Votre expérience de l'accouchement
- ☐ À posteriori ce que signifie pour vous cette expérience

Ces entrevues seront enregistrées, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription et elles devraient durer entre 30 à 60 minutes. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec le chercheur, selon vos disponibilités.

3. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. De plus, les données seront conservées sous clé de l'étudiante-chercheur, à son domicile. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les

enregistrements seront transcrits et ensuite détruits. Les transcriptions seront détruites, ainsi que toute information personnelle, après la fin du mémoire. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de l'expérience des femmes lors de l'accouchement, sur les modalités d'accouchement et les raisons qui justifient un tel choix. Il n'y a pas de risque particulier à participer à cette étude. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver certains souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

B) CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus, après avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation et comprendre en quoi consiste cette recherche, j'accepte de prendre part à cette recherche et je sais que je peux me retirer en tout temps sans problème et sans donner de raison, simplement en prévenant le chercheur. Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée :

Oui ☐ Non ☐

Seriez-vous disponible pour échanger avec le chercheur ? Oui ☐ Non ☐

J'accepte que les données recueillies dans le cadre du présent mémoire de recherche soient utilisées pour d'autres projets de même nature, à condition que ces projets soient approuvés par un comité d'éthique de la recherche. Oui ☐ Non ☐

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

J'affirme avoir fourni toutes les informations concernant cette étude et je suis disponible pour répondre à toute question. Signature du chercheur : _____ Date :

Nom : _____ Prénom :

Mbaye Ngom, 77 858 39 53, ngombabacar652@mail.com, babacar291@outlook.fr.

Guide d'entretien en fonction des objectifs de la recherche par thèmes

Données sociodémographiques

- Nom
- Age
- Situation matrimoniale
- Ethnie
- Histoire personnelle et familiale de la grossesse et de l'accouchement
- Le parcours de soins

Le choix du lieu d'accouchement

- Quel type d'accouchement préférez-vous ?
- À la maison
- À la maternité
- Qu'est-ce qui justifie les modalités d'accouchement ?

Les représentations culturelles et sociales des femmes autour de l'accouchement

- Représentation de l'accouchement
- L'histoire familiale autour de la naissance
- Réaction de l'entourage
- Valeur de l'accouchement
- Rituel autour de l'accouchement

Avantages et inconvénients concernant les lieux d'accouchement

- Avantages perçus concernant l'accouchement à domicile
- Avantages perçus concernant l'accouchement en milieu hospitalier
- Inconvénients par rapport aux deux types d'accouchement
- Évaluation de l'offre de soins pour les deux modalités d'accouchement
- Degré de satisfaction pour l'accouchement en milieu hospitalier

- Relation avec le personnel (ICP pour les consultations prénatales ; sage-femme, matrones pour les accouchements)

Le savoir des femmes sur l'accouchement

- Suivi de la grossesse et préparation de l'accouchement
- Connaissance sur l'accouchement
- Sources d'informations

L'accouchement, vécu et expérience

- Signification de l'expérience de l'accouchement
- Le sens de ces expériences
- Changement du corps
- Perception de la douleur
- Changements ressentis, physiques, physiologiques et psychiques
- Réactions à ces changements
- Relation établie avec le personnel de santé

L'accouchement et l'intervention médicale

- L'expérience médicale de l'accouchement
- Représentation de la médicalisation de l'accouchement
- Réactions face à ces interventions

Risques et accouchement

- Connaissance de la notion de risque dans l'accouchement
- Risques perçus ou représentés
- Évaluation des risques au niveau des deux modalités d'accouchement