

Corps biologiques, corps désirants, corps politiques

Les interfaces sociales et techniques des programmes de « santé de la reproduction » en Afrique de l'Ouest

Yannick Jaffré

Dans le monde, malgré de très importants programmes sanitaires¹, 358 000 femmes décèdent pour des raisons liées à la grossesse ou l'accouchement, dont 204 000 en Afrique Subsaharienne (Ronsmans 2006, de Bernis 2010). Autrement dit, ou « plus humainement dit », en Afrique, une femme enceinte sur cent meurt de sa grossesse ou de ses suites.

Ces décès - dont les causes médicales directes sont les dystocies, les hémorragies, les éclampsies et les infections – relèvent aussi, si l'on adopte une perspective plus englobante, de deux vastes dimensions sociales.

La première de ces causes concerne la fécondité. « Quand une femme européenne a en moyenne, 1.6 enfants, une femme africaine en a 5.2, multipliant évidemment d'autant le risque de mourir d'une grossesse » (Pruval 2009 : 9). Pourtant, même s'il existe d'importantes différences entre les pays, « en 2008, ce sont seulement 9% des femmes africaines qui utilisent une méthode contraceptive moderne » (Pruval *ibid.*).

La seconde concerne l'efficacité de la prise en charge médicale des accouchements. Bien que les mesures efficaces pour réduire les décès maternels soient identifiées (césariennes de qualité, disponibilité de sang, usage du partographe ...), la mortalité hospitalière ne régresse que très lentement (Pruval 2004, Jaffré 2009).

Autrement dit, bien que dans ces deux domaines les problèmes soient connus et que des solutions techniques économiquement accessibles existent, les conduites reproductives des populations et les modalités de prises en charge obstétricales semblent « résister » aux propositions sanitaires supposées réduire les risques liés à la grossesse ou l'accouchement.

Comment comprendre cela ? Pourquoi, malgré d'importants financements, les programmes peinent-ils à atteindre leurs objectifs ? Comment expliquer la disjonction entre des propositions sanitaires qui devraient avoir l'assentiment de tous et des pratiques d'acteurs donnant l'impression de les ignorer, voire de les contrecarrer ?

Des enquêtes multi-sites sur des interfaces spécifiques

¹ Par exemple, lors du sommet de Muskoka en juin 2010, les pays du G8 et leurs partenaires se sont engagés à hauteur de 7 milliards d'euros d'ici 2015. La contribution française étant de 500 millions d'euros sur 5 ans (Source : Les Biens Publics Mondiaux /MAEE 2010).

Nous nous proposons de contribuer à l'analyse de ces questions et plus globalement à l'étude des interfaces entre une politique de santé publique et, pour le dire simplement, des conduites populaires. Pour cela, nous prendrons appui sur deux vastes enquêtes que nous avons réalisées en Afrique de l'Ouest² où, pour chacun de ces deux larges domaines des pratiques de fécondité et de la « qualité » des soins accordés aux parturientes, nous avons comparé les contraintes et les raisons d'agir des acteurs en regard des propositions sanitaires préconisées.

Méthodologiquement, définir l'objet de nos enquêtes à partir de questions de santé publique conduit à affronter deux types de difficultés.

La première question qui se pose est celle du terrain ou, plus précisément, d'une question de recherche englobant nécessairement plusieurs terrains distincts. En effet, notre choix pluridisciplinaire – ici effectué avec des praticiens de santé - éloigne notre travail d'une anthropologie « classique » où à la définition des objets de recherche s'effectue selon une sorte de pré-découpage bibliographique et disciplinaire induisant des modalités d'enquête monothématiques et des territorialisations simples (la parenté, la technique, la santé... chez telle population).

Notre posture est différente, puisque de fait, et pour ne prendre que cet exemple, ce que la santé publique subsume sous le terme des « risques liés à la reproduction » en fonction de données épidémiologiques évaluant les risques et leurs circonstances, correspond pour l'anthropologie à une discontinuité de terrains. Décrire les interfaces entre des projets de planification familiale et des pratiques de fécondité oblige à étudier le domaine des pratiques populaires liées à la sexualité et la reproduction sociale. L'autre domaine, celui des interactions de soins, relève, quant à lui, d'une analyse des espaces techniques de santé et des identités des professionnels de santé.

Les questions soulevées par cet éclatement des thématiques et l'usage de différents outillages conceptuels sont certes spécifiques à notre choix d'interdisciplinarité. Elles sont aussi très proches des postures et des questions méthodologiques posées par des « enquêtes multisites » où l'objet d'étude étant pluriel, mobile ou inscrit dans plusieurs territoires, il faut le « suivre » (*following*) ou le « pister » (*tracking*) (Marcus, 1998) et construire ainsi des îlots d'intelligibilités qui bien que discontinus sont complémentaires quant à la thématique étudiée.

La seconde question qui se pose, relève des liens entre la valeur des données et l'échelle d'analyse utilisée. Travaillant, en milieux urbains dans six pays d'Afrique de l'Ouest et usant de larges ressources bibliographiques il nous est bien évidemment impossible de dire que toutes les situations et interactions observables et vécues correspondent à ce que nous décrivons. En revanche nos études, bien que marquées par une discontinuité liée à l'usage d'une sorte de « carottage » de divers contextes sociaux qui caractérise globalement « le paradigme indiciaire » (Guinzburg 2010), permettent d'évoquer une régularité des processus organisant les interactions entre les genres ou les modalités de prise en charge des parturientes. La constance de ces « micro-systèmes » situés aux interfaces des programmes et des logiques sociales et/ou professionnelles constituent une sorte de

² Enquête AQUASOU (Financement MAEE) & Pratiques d'acteurs dans les domaines de la fécondité et de la contraception (Financement UNFPA). Les enquêtes se sont situées en milieux urbains et dans des structures de santé au Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée, Ghana et Togo.

« *Evidence based anthropology* »³. Si tout ne se passe pas toujours ainsi, les conduites des acteurs sont le plus fréquemment régies par les régularités comportementales que nos enquêtes rendent visibles, heuristiques des situations sanitaires et corrélées avec les données quantitativement construites par les études épidémiologiques.

Les pratiques de fécondité et l'accès à la contraception

A l'évidence, pour utiliser des méthodes contraceptives, il faut à la fois le vouloir, savoir comment faire et pouvoir le faire. Ces trois verbes qui pourraient évoquer une conjugaison assez simple des actes constituant une décision éclairée subsument en fait un ensemble complexe d'interactions et de jeux d'acteurs – ici, bien sûr, souvent « actrices » - négociant entre des rôles sociaux plus ou moins préconstruits et l'exercice d'une certaine autonomie décisionnelle impliquant fréquemment une subversion des normes comportementales les plus contraignantes. De ce fait, comprendre les manières d'agir des populations revient largement à étudier l'insertion de ces trois dimensions du vouloir, du savoir et du pouvoir dans des contextes socioculturels spécifiques.

Au plus immédiat, les formes du vouloir individuel sont toujours variablement modelées par la langue ordinaire charriant de multiples normes et de continuelles rumeurs. Le « langage est une législation » (Barthes 1978 : 12). Il classe et ordonne entre ce qui est valorisé et ce qui est déprécié, créant ainsi, non pas de strictes obligations, mais des inclinaisons vers ce qui, repris par mille bouches, finit par apparaître comme étant « naturel » et évident.

C'est ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, qu'au Mali, la langue bambara, au fil des salutations ou de l'ordinaire des bavardages quotidiens, désigne la grossesse comme « maladie du bonheur » (*hérébana*) et la femme stérile comme *borogé* (animal que l'on a engraisé mais qui ne donne pas de « petits »). De même, tous les souhaits lors des mariages expriment cette attente de fécondité. « Que Dieu fasse sortir [du mariage] des jambes et des bras⁴ » est, en cette occasion, le plus commun des souhaits.

Tout cela est bien banal et, sans doute, aucun groupe humain ne valorise (?) la stérilité. Mais, différemment de sociétés où les femmes ont conquis, grâce à de multiples combats, une sorte de droit à une pluralité de destins socialement acceptables (Perrot 1997), ces expressions révèlent et confortent ici l'idée d'une équivalence entre féminité et fécondité (Moussa 2013). Devenir une femme « complète » et obtenir un statut social valorisé – ou tout au moins affectivement « soutenable » - implique d'être « féconde »⁵.

Il ne s'agit pas que de mots. Très concrètement, le statut de mère permet à la femme d'entrer dans le cycle du don et de la dette envers la famille (« confier » un enfant à ses propres parents ou beaux-parents, entrer dans des groupes de baptêmes, construire de l'alliance par les mariages...), de « garantir » son statut matrimonial et de tenir

³ Sur le mode de ce que la médecine isole comme approche de la certitude sous le terme d'*Evidence-Based Medicine*, correspond à un ensemble de recoupements bibliographiques et d'études dont la régularité et la rigueur construisent une sorte d'administration de la preuve (Evidence based Medecine Group , 1992)

⁴ *Ala ma senw ni bolow bor'a la*

⁵ Il existe bien sûr des procédés de « circulation des enfants », mais ceci n'est qu'une sorte de « mesure palliative », et les proverbes et les contes africains révèlent des positions très nuancées sur cette forme d'adoption. Dans le monde bambara on dit, par exemple, « *N'i ye kamiden ye syeba nò fè, syeba b'a don, k'a den tè, kamiden fana b'a don ko a ba tè* » : si tu vois un pintadeau derrière une poule, elle sait que ce n'est pas son petit, il sait aussi que ce n'est pas sa mère. Sur cette question pour le monde mandingue voir aussi Gorog (1979).

éventuellement sa place dans les inévitables jeux des rivalités qui s'établissent entre les coépouses (Fainzang et Jounet *al.* 1988).

« Réciproquement » la fécondité de leur compagne permet aux hommes – même si cette catégorie est plurielle et demande à être qualifiée selon les situations et les interactions (Broqua et Docquet 2013) - d'afficher leur virilité et de légitimer un couple d'autant plus indispensable que l'extrême sexuation des activités ordinaires (cuisine, eau, linge) les dissuade d'effectuer certaines tâches sous peine de déroger à leur statut de genre.

Outre ces accordances sémantiques, affectives et statutaires, d'autres dimensions plus socio-économiques disjoignent les propositions sanitaires de maîtrise de la fécondité des conduites populaires. C'est ainsi que l'on oublie trop souvent que sous l'acronyme « PF » se dissimule le terme de « planifier ». Autrement dit : « anticiper » sa vie, la prévoir, miser sur l'efficacité de certaines pratiques corporelles comme on épargne des ressources ou comme l'on place des revenus dans l'espoir d'un bénéfice futur.

Cette forme d'anticipation est bien éloignée des pratiques induites par les mondes de la précarité⁶. La pauvreté se caractérise, en effet, par un certain type de rapport à la vie et au travail où l'on est obligé de se « dépenser » pour survivre et où, en l'absence de « moyens » et de pouvoir, « on ne sait jamais vraiment de quoi demain sera fait ». Dans ces situations, de multiples débrouillardises – ou « braconnages » comme les nomme de Certeau (1980) - permettent d'assurer un présent toujours incertain, et aucun pouvoir pécuniaire, professionnel ou relationnel ne permet raisonnablement d'espérer que ses projets modèleront son futur ou celui de ses proches.

En fait, dans ces situations de fragilités économiques et sociales, et radicalement à l'inverse des propositions des programmes de planification familiale, la principale anticipation consiste à avoir de nombreux enfants en misant sur une certaine constance des liens de proche parenté afin d'être pris en charge lorsque la vieillesse viendra.

« La vieillesse ne donne droit au repos que lorsque l'on a sur qui se reposer⁷ » dit un proverbe bambara. Ces choix de fécondité, permettant de se constituer une « assurance générationnelle » sont donc loin de n'être que des sortes d'erreurs liées à diverses incompréhensions des « messages sanitaires ». Ils correspondent véritablement à des actions « rationnelles en finalité » (Weber 1971) adaptées aux socles socio-économiques régissant les identités sociales des acteurs.

Certes, les situations changent avec le passage du rural à l'urbain, entraînant un recul de la polygamie, un accroissement de la mono-parentalité, la naissance de nouveaux réseaux associatifs et une plus importante scolarisation notamment des filles (Tabutin 1995). Cependant, l'enfant reste encore dans bien des milieux le meilleur « placement » ou « investissement à faible coût » puisque dans des familles importantes sa charge éducative est, le plus souvent, partagée par l'ensemble de la parenté et parfois déléguée à « ceux qui ont réussi en ville »... Par ailleurs, la présence de sœurs ou des « petites bonnes », permet d'appréhender les « petits » comme des distractions tendres faisant oublier la rigueur du quotidien plutôt que selon les modalités « modernes » d'un projet de vie centré sur un seul ou un nombre restreint d'enfants qui, de ce fait, seront l'objet d'un très fort investissement affectif corrélé à un très important investissement financier (Zelizer 1994).

⁶ Robert Castel souligne ainsi que « d'autres individus manquent des supports nécessaires pour pouvoir affirmer un minimum d'indépendance sociale. [...] Il leur manque les ressources pour pouvoir conduire leurs projets et être maîtres de leurs choix » (2009, 27). Sur cette question voir aussi le travail synthétique de Diallo à propos de « pauvreté et maladie » en Afrique de l'Ouest (2003)

⁷ « Kòrò te mogo sigi n'a kè бага t'i bolo »

Les valeurs et les conduites que nous venons de décrire sont fluides. Elles imprègnent à bas bruit un quotidien tellement banal qu'il n'est pas questionné. Pourtant ces habitudes comportementales, confortées par une valorisation de la fécondité par l'ensemble des normes socio-religieuses, orientent des choix et induisent à minima des sortes de conduites « par défaut », où ne rien faire pour éviter la grossesse – ou tout au moins les grossesses socialement acceptables – est souvent la solution affective la plus simple et socialement la plus « rentable ».

Outre ces attitudes, un second ensemble de causes ayant un impact sur la fécondité relève, bien évidemment des connaissances. Savoir, ou malheureusement, le plus souvent, ne pas savoir comment fonctionne son propre corps, est déterminant. Mais, ici encore, il importe de préciser comment ces termes prennent concrètement place dans les diverses interactions langagières caractérisant la vie collective.

Les expressions évoquant la sexualité sont partout présentes, variant simplement selon les contextes et les situations. Par exemple, l'isomorphisme des manières de tables, de lit et de langage transforme les aliments et les sauces – souvent supposées être aphrodisiaques – en « messages érotiques » et irrigue un humour fait de plaisanteries usant de termes « à double sens » (Pouillon 1972). Partout aussi la danse ou les vêtements évoquent, construisent et mettent en scène spécifiquement les différences de genres et permettent ou interdisent l'accès des femmes à certains espaces publics (Assayag 2005, Le Renard 2011).

Mais évoquer la sexualité de manière allusive et faire chatoyer les jeux du désir – comme cela se fait fréquemment entre pairs – n'est aucunement équivalent à transmettre un savoir précis sur la reproduction, ses risques et la contraception. Au contraire, l'allusion ou la plaisanterie jouent avec les normes de la pudeur – ils évoquent sans vraiment dire – et le rire marque justement les limites du dicible en fonction des interlocuteurs.

Ces circonvolutions humoristiques sont donc bien différentes des connaissances qui exigent pour se dire un langage clair, précis et explicite. De ce fait, les questions liant la sexualité à la procréation ne sont que très rarement abordées dans un discours compréhensible et direct entre parents, éducateurs et enfants.

Ces conduites d'évitements sociolinguistiques expliquent que malgré de nombreuses campagnes de « sensibilisation » au HIV – se limitant cependant souvent à une description « mécanique » de la sexualité et à une unique promotion du préservatif – aucune connaissance concernant la fécondité n'est véritablement acquise par les jeunes filles (Jaffré 2012a). Pire, une certaine physiologie « intuitive », très largement répandue, peut inciter à adopter des conduites sexuelles inappropriées. Ainsi à notre question « *ne vous arrive-t-il pas d'appliquer la méthode du calcul ?* » une jeune femme, se faisant l'écho de nombreuses autres réponses similaires, nous répondit : « *oui, sept jours après la fin de tes règles tu peux reprendre les relations sexuelles parce que ton utérus sera refermé...* » (Jaffré, *ibid.*).

Enfin, quand bien même des connaissances sont disponibles, les asymétries caractérisant les relations de genres empêchent, bien souvent d'user de ces savoirs « théoriquement acquis » pour agir rationnellement et éventuellement se protéger⁸.

Par ailleurs, outre savoir, il faut aussi pouvoir. Et, en ce domaine, le plus immédiat des pouvoirs – mais peut être est-ce aussi le plus déterminant – est celui des hommes d'avoir la latitude, quelles que soient les situations, de « ne pas se soucier » des conséquences de leurs relations sexuelles.

⁸ Sur ces logiques de l'action, et sur l'insuffisance des réflexions supposant qu'il suffit de savoir pour vouloir et pouvoir nous renvoyons aux belles analyses de Fay (1999).

D'autres agencements, plus « actifs » ou « volontaires », peuvent encore accroître la dissymétrie entre les genres et l'emprise des hommes. Ainsi, dans certains mariages l'exigence de la virginité de la jeune fille ou le différentiel d'âge faisant du mari une sorte de père, peuvent conforter le pouvoir du masculin.

Ajoutons que les mariages « arrangés par les familles » « verrouillent » - ou tout au moins entravent - toute velléité de séparation de la femme qui risquerait de perdre dans cette désunion son statut d'épouse et parfois la garde de ses enfants sans pouvoir espérer le soutien explicite de sa propre parenté...

Certes, en ces domaines mêlant des dimensions affectives et de reproduction sociale, rien n'est aussi strict ou dichotomique. Les divorces sont nombreux dans les villes africaines⁹ et la beauté, la jeunesse et la séduction sont de formidables contre-pouvoirs (Laurent 2010, Cole *et al.* 2009). Mais ces dissymétries statutaires induisent cependant des définitions de soi et de son autonomie fort différentes. Ainsi, dans cette construction relationnelle des genres, alors que les hommes énoncent que la femme doit dépendre de son mari, les femmes disent ne pas s'autoriser à disposer de leur propre personne. « *C'est mon mari qui dispose de moi. S'il me dit de faire quelque chose, je m'en tiens à cela* » nous dit une jeune femme d'un milieu rural proche de Bamako au Mali. Ces valeurs comportementales, étant d'ailleurs, largement promues par d'autres femmes aux noms de normes religieuses. « *The female [religious] leaders admonish their followers to invite others "to embark on the path of God" (ka alasira ta) and demand that a women's dedication to her spiritual quest should manifest itself not merely in the performance of the obligations of worship, such as the five daily prayers, but in cultivation of emotional capabilities, essential to socially responsible conduct, among maloya (modesty, shame), sabati (endurance, patience), and the capacity for self-control and submissiveness (munyu) towards husbands and seniors* » (Schulz 2010: 123).

Certes, il ne s'agit dans ces quelques extraits d'entretiens, que de mots et de déclarations. Et, dans bien des cas, ici comme ailleurs, les propos « officiels » peuvent différer des conduites réelles (Kintz 1990). Cependant, les asymétries de genres existent et ne sont pas uniquement de langage. Elles correspondent notamment pour les femmes, à de réelles restrictions dans leurs capacités d'agir. Concrètement, pour obtenir le droit d'utiliser une contraception, elles doivent soit le demander à leur mari, parfois le « supplier » ou l'attendrir ou enfin, lorsque toute négociation s'avère impossible, dissimuler les produits et la prise des contraceptifs.

Ces stratégies permettent aux femmes d'agir, malgré tout, dans le sens de leurs intérêts. Cependant, ces contournements ne remettent aucunement en cause une sorte de droit statutaire des hommes de refuser ou d'accorder. « L'exercice du pouvoir ne passe pas seulement par la répression, mais – surtout dans les sociétés démocratiques – par la réglementation de l'infime, l'organisation des espaces, la médiation, la persuasion, la séduction, le consentement » souligne précisément Michèle Perrot (1998 : 213).

La position des hommes quant à la contraception est elle aussi complexe. En effet, bien que nombre d'entre eux soient plutôt favorables à une réduction du nombre de leurs enfants, ils refusent cependant l'usage de méthodes contraceptives à leurs épouses. Le paradoxe n'est qu'apparent. Ils pensent ainsi contrôler la sexualité de leurs femmes par leur fécondité, supposant qu'ayant peur « *d'attraper une grossesse* » hors mariage « *elles resteront tranquilles* » dans leur ménage. Là où les programmes évoquent une maîtrise de la

⁹ « Diverses enquêtes réalisées en Afrique de l'Ouest apportent des données convergentes : à peu près une femme sur deux n'est plus en première union à 50 ans, le veuvage étant responsable d'un tiers environ des ruptures et le divorce-séparation des deux tiers » (Thiriart et Locoh 1995)

fécondité, les hommes agissent avant tout en fonction d'une volonté de contrôler par la fécondité – qu'accompagne parfois une réelle violence¹⁰ - le corps et la sexualité de leur partenaire¹¹.

Enfin, la décision contraceptive prise, il faut encore accéder physiquement aux services délivrant des produits contraceptifs.

Ce parcours n'est pas non plus exempt de difficultés, notamment parce que la signification sociale de ces produits pharmaceutiques ne se limite aucunement à leur simple définition « médicale » ou composition pharmacologique. De fait, l'usage d'une méthode contraceptive sépare la sexualité de la reproduction énonçant ainsi que la sexualité peut être aussi du « simple » plaisir (Corbin 2008).

Certes, cette dimension du désir et cette conception d'une sexualité de plaisir est loin d'être absente des sociétés africaines contemporaines. Mais au Sahel, ces jeux de séduction - art culinaire pour émoustiller le mari et art du lit pour le satisfaire¹² - ou les figurations de la sexualité diffusées notamment par les clips de danse à la télévision sont en tension avec un idéal de conduite – ou de civilité - puisant dans des valeurs « aristocratiques » locales diversement étayées par certains préceptes religieux valorisant, au contraire, tout au moins dans la présentation sociale de soi, un contrôle de ses pulsions qu'elles soient, comme nous l'évoquions précédemment, langagières, alimentaires ou sexuelles¹³.

A l'évidence, pour les couples et plus encore pour les femmes qui en dépendent, l'usage d'une méthode contraceptive signifie, à l'inverse, le souhait de céder à ses envies, ou tout au moins de s'accorder le droit de jouir sans autre motif que celui du désir. Et d'une certaine façon, user d'un moyen contraceptif revient toujours à avouer, à l'encontre d'une sorte de représentation d'une féminité faite de réserve et de pudeur, que l'on ne peut se maîtriser.

Cette condamnation sociale – parfois directe et parfois diffuse - de ce qui est perçu comme une faiblesse morale et une insuffisance de caractère relève d'une sorte de bienséance pulsionnelle rappelant à l'ordre, de manière discontinue, ceux qui « s'oublie » ou dérogent à ces normes liant la réserve à la civilité. Par exemple, l'abstinence post natale étant supposée régler les relations de couple tant que l'enfant n'est pas sevré, les enfants trop rapprochés sont désignés, suscitant la honte des parents, par la notion bambara de « *séré* ». La notion de « *sonti* » en pays haoussa moque ceux qui, tout à leur gourmandise, se laissent aller à trop parler autour du plat. De même, une femme laissant transparaître une certaine lascivité sera péjorativement désignée, en pays mandingue, par le terme très critique de *jato*¹⁴ ...

Au cœur des actes de soins, cette posture « morale » affleure aussi dans les propos violents de sages-femmes qui acceptent de prendre en charge la fécondité des parturientes mais insultent ces mêmes femmes à propos de leur sexualité. « Tu ne criais pas tant lorsque tu

¹⁰ Les « chroniques amoureuses au Mali », décrivant dans la région de Ségou, du point de vue masculin une centaine de séductions suivies de relations sexuelles témoignent ainsi d'une grande violence des hommes pour atteindre leurs buts sexuels (Dumestre 1998).

¹¹ Ce qui explique sans doute, tout au moins en partie, les différences entre se déclarer favorable à la réduction des naissances et la réalité des pratiques contraceptives. Cet écart perçu par la santé publique et subsumé sous le terme de « besoins non couverts » (Brouwere *et al.* 2000) doit évidemment être précisément analysé pour chaque contexte.

¹² Sur l'art érotique baoulé, voir, par exemple, Etienne (1972).

¹³ Qu'il suffise ici d'évoquer les périodes de Carême ou de Ramadan qui se présentent aussi comme des exercices de maîtrise de soi. Le travail de Flandrin illustre parfaitement ces liens entre normes morales, continence périodique et démographie (1983).

¹⁴ Que l'on pourrait traduire par une forme argotique vulgaire : « c'est une chaudasse... »

t'amusais avec ton mari » est une des remarques les plus courantes dans les maternités pour stipendier les femmes qui geignent lors de l'accouchement¹⁵ corrélant symétriquement ainsi les douleurs et les plaintes de l'enfantement avec les plaisirs et les cris de la jouissance.

Une fois de plus, ces valences comportementales - opposant la maîtrise de soi à l'abandon - à ses passions - existent partout, que ce soit de manière informelle ou sous la forme de postures morales revendiquées. Mais en Afrique de l'Ouest, le choix d'une certaine liberté du corps n'a jamais été vraiment ni affirmé ni revendiqué par des collectifs ou exprimé dans l'espace public. Elle n'a pas fait l'objet d'une « prise de parole » publique ou politique (Hirschman 1995). De ce fait, la maîtrise de soi - que désigne l'expression populaire « se respecter » - construit la référence normative du collectif reléguant largement les autres choix au statut d'attitudes individuelles le plus souvent désignées comme déviantes.

Ces multiples dimensions du désir, forcloses des programmes sanitaires, façonnent de manière discontinue le réel de l'accès à la planification et certaines interactions obstétricales. Et une nouvelle fois les écarts sont importants entre des programmes corrélant la contraception à la fécondité, alors que les populations mettent en rapport les conduites sexuelles avec l'évaluation morale des personnes.

Il serait absurde de déduire de ces remarques que ces normes populaires empêchent l'usage des services de planification. Cependant, accéder à la contraception oblige de passer d'un régime de discrétion caractérisant la sexualité, à un certain dévoilement, non seulement de sa propre sexualité, mais surtout d'un désir dont il est difficile de se prévaloir légitimement.

Dans des sociétés qui, bien que s'urbanisant, restent largement d'interconnaissances cela induit, pour le moins, des « hésitations » et incite à des contournements. Sans doute est-ce pour cela - outre le pouvoir des maris précédemment évoqué - que bien des femmes ne viennent demander des produits contraceptifs aux soignants que discrètement, en dehors des séances de planification ; qu'elles préfèrent des injections contraceptives plus simples et dissimulables ; ou que d'autres produits - souvent inefficaces - soient achetés à de furtives vendeuses ambulantes qui les dissimulent parmi des produits de beauté (Jaffré 1999, Baxerres 2012).

Bien des grossesses non voulues résultent de cette configuration complexe entrelaçant des dimensions sémantiques, morales et interactionnelles. Mais plus encore, ce même agencement explique pourquoi il est parfois plus simple d'avorter que de demander un contraceptif¹⁶. En effet, l'avortement reste dans le registre d'une certaine « discrétion » médicale¹⁷ et sociale et présente la grossesse comme un accident résultant d'une « sexualité involontaire » alors que la contraception oblige les jeunes filles à l'affirmation d'un désir désarrimé de la reproduction sociale.

Il s'ensuit - même si une fois de plus bien des nuances s'imposent notamment selon le statut des partenaires ou du couple - que dans les représentations locales de nombreux groupes sociaux, l'avortement se présente comme une faute que l'on regrette et que l'on « expie » - ou que l'on « paye » - par l'acte même d'avorter alors que la contraception peut être perçue

¹⁵ Cette violence des sages-femmes est à rapprocher de la violence des mères à l'encontre de la sexualité de leurs filles. Voir notamment Lacoste-Dujardin (1985)

¹⁶ Le nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans est estimé à 28 en Afrique de l'Ouest (OMS, 2007).

¹⁷ Pour des raisons certes de discrétion médicale et de risque légal, mais aussi parce que l'avortement se présente comme un faire sans dire, à l'hôpital, l'avortement même lorsqu'il est évident est dissimulé, « euphémisé » sous des termes médicaux. Nous renvoyons sur cette question aux travaux de Siri Suh (2014).

comme le projet d'une faute – ou tout au moins d'une défaillance morale - avec préméditation¹⁸.

Enfin, lorsque le produit est acquis, il faut encore maintenir une constante vigilance permettant d'éviter les effets des « régimes de faible intensité » (oubli de la contraception, pertes des produits...) dans des logements qui souvent ne permettent ni le rangement des produits ni un comptage rigoureux du temps. De cet aléatoire résultent bien des grossesses non prévues.

Pour compléter l'évocation des interactions entre conceptions populaires et propositions sanitaires, il faut encore souligner combien les « programmes PF »- nombreux, hiérarchisés et parfois contradictoires - se résument le plus souvent, dans leurs interfaces réelles avec leurs « publics » féminins, à quelques « messages d'éducation pour la santé » souvent énoncés par une sage-femme, elle-même mère de nombreux enfants, et présentés dans des structures sanitaires étouffantes et bruyantes où les femmes attendent longuement une brève consultation¹⁹...

« Bonjour, tout le monde.

La causerie que l'on va faire porte sur le *planning*. Est-ce qu'il y en a qui veulent parler ? (...)

Selon moi, les avantages du *planning* sont nombreux.

Si tu n'utilises pas le *planning*, ton corps sera courbaturé. Ton ventre sera fatigué, et puis ton mari va dépenser beaucoup pour le baptême et pour l'achat des médicaments.

Faire deux ou trois ans sans être enceinte, n'est-ce pas un grand avantage ?

Au moment où tu t'apprêtes à avoir ton deuxième enfant, ça trouve que ton ventre est reposé (*i kono bara lafiyalen don*) et le père a un peu oublié les dépenses liées à l'enfant précédent.

C'est ce que font les blancs. Nous sommes en retard de quoi ? C'est parce que l'on a accumulé les naissances avant de comprendre.

Si on doit parler de tous les avantages du *planning* on n'en finira pas ! »

Ces quelques propos « éducatifs » - empruntés au travail de A Coulibaly (2010 : 45) - sont sans aucun doute nécessaires. Mais, si l'on s'accorde sur nos précédentes remarques, on comprend aisément combien ils sont éloignés des véritables enjeux sociaux de la fécondité. On verra aussi, dans la suite de cet article, que la référence aux pratiques « des blancs » peut être maladroite.

Mais, globalement, là où les programmes segmentent et « médicalisent » - nécessairement mais aussi naïvement - le social, les acteurs conjuguent à tous les genres et à tous les temps de la vie les multiples dimensions constituant les domaines de la reproduction humaine, mêlant ainsi ce que les programmes, focalisés sur d'uniques dimensions techniques, croient pouvoir séparer.

L'accès aux soins et la qualité des soins obstétricaux

En aval de ces choix de fécondité, les morts maternelles résultent aussi de questions plus directement médicales et notamment des modalités du suivi de la grossesse et de la qualité technique de la prise en charge des parturientes au moment de l'accouchement.

En ce domaine, les larges défaillances de l'offre de santé sont maintenant bien documentées. Un ensemble de textes attestent de déficiences du système de santé mais

¹⁸ Il va de soi que le fait que le fait que 92% des africaines en âge de procréer vivent dans un pays à législation restrictive concourt à cette perception.

¹⁹ Nous renvoyons sur cette pluralité des programmes, leurs implicites idéologiques et la confusion de leurs interventions au livre de A Coulibaly (2010).

aussi de phénomènes de corruption, de négligences médicales et parfois de violences à l'encontre des femmes (Jaffré et Prual 1994, Gruénais 1996, Jewkes 1998, Gobatto 1999, Mebtoul 2001, Jaffré & Olivier de Sardan 2003, Behague 2008, Jaffré 2012 a et b) Ces études réalisées dans divers pays d'Afrique durant une dizaine d'années, documentent et soulignent ainsi les différences entre les idéaux des projets et la réalité des situations, et incitent à une réflexion sur l'existence, la récurrence et la persistance de certains dysfonctionnements de l'offre obstétricale.

Différentes par les lieux où elles ont été effectuées, ces enquêtes s'accordent cependant sur l'importance de quatre vastes difficultés : l'impact de la précarité sur l'accès aux soins, les défauts de l'organisation des services, l'importance des éthiques pratiques des soignants et l'impossibilité de sanctionner des erreurs médicales ou des actes délictueux.

Précarité et organisation des soins

Tout d'abord, le poids des dimensions économiques et sociales sur l'accès aux soins est constant. Pour ne prendre qu'un exemple, dans des situations de grande précarité le prix d'un taxi pour accéder à l'hôpital, ou l'achat de simples gants médicaux qu'attendent les sages-femmes pour s'occuper de l'accouchement peuvent entraîner un retard dans la prise en charge, et être fatals à une parturiente (Jaffré op cit. 2009).

Un second ensemble de difficultés concerne l'organisation des soins et des services. Partout le contraste est fortement marqué entre les normes sanitaires officielles et les logiques pratiques mises en œuvre par l'institution et/ou les personnels de santé.

Au plus large, des choix différents ou des raisons d'agir divergentes entre des segments techniques de l'offre médicale – par exemple entre une banque de sang préservant ses stocks et une maternité nécessitant des produits sanguins en urgence ou une consultation d'échographie dépendant d'un seul médecin et n'assurant pas de ce fait une continuité des examens – induisent de multiples désajustements parfois dramatiques.

De même, un ensemble de causes semblant éloignées de l'acte médical proprement dit – comme la modeste absence d'un manoeuvre privant cependant l'équipe chirurgicale de bouteilles d'oxygène – peuvent entraîner la mort d'une mère ou d'un nouveau-né qu'il faudrait urgemment réanimer (Jaffré *ibid.*).

Largement, là où les directives sanitaires soulignent l'importance d'une certaine standardisation des gestes techniques, les personnels usent de « tours de mains » et d'habitudes plus ou moins empiriquement adaptées aux conditions locales²⁰. Et de fait, sauf lorsque la perception immédiate de l'urgence joue comme un rappel à l'ordre comportemental, les interactions de soins sont plus régies par des routines qu'en référence aux gestes standardisés présentés dans les « guides de bonnes pratiques ».

Une éthique des soins spécifique

Un troisième vaste ensemble de dysfonctionnements, concernant l'éthique des soins, résulte de la complexité des liens conjoignant ou disjoignant les identités sociales et professionnelles. Mais précisons notre propos.

Ces services - avec bien évidemment de grandes variations selon les contextes - ne correspondent pas à de véritables « systèmes experts » accordant à tous, une relative égalité de traitement et une équivalence des prises en charge. Globalement, pris entre une demande infinie et une offre limitée, les soignants mettent en œuvre une éthique relative où puisque l'on ne peut tout faire pour tous, on fait tout pour certains et rien pour d'autres.

²⁰ Comme surveiller un accouchement sans tensiomètre, utiliser plusieurs fois les mêmes gants...

Viennent prioritairement les « parents, amis et connaissances », puis les nantis dont on peut espérer un paiement et enfin le « tout venant » (Jaffré & Olivier de Sardan 2003).

De ce fait, la qualité de chaque soin et notamment le suivi de l'accouchement, plus qu'être défini selon des normes stables et des compétences uniformes, est liée à la reconnaissance sociale de la parturiente et aux liens unissant le professionnel de santé au malade. Et bien des femmes peuvent mourir parce que n'étant pas socialement reconnues, le suivi médical de leur accouchement a été négligé.

Il suffit de conjuguer ces diverses dimensions pour comprendre l'écart entre les logiques pratiques des sages-femmes et ce qui est préconisé dans les guides de bonne conduite.

Tout d'abord, d'un point de vue technique, à l'inverse des évaluations médicales insistant sur les notions de « mortalité maternelle évitable²¹ » (Brouwere *et al* 1998), les sages-femmes évaluent l'efficacité de leurs pratiques en fonction des accouchements « réussis ». Pour le dire très simplement, de nombreux d'accouchements étant eutociques, on en réussit heureusement plus que l'on en « rate ». Mais adopter cette perspective naïvement optimiste revient à négliger la nécessité d'user d'un principe de précaution que concrétise, par exemple, l'usage d'un partographe.

Parallèlement, d'un point de vue social et affectif, dans certains services, notamment de référence, l'importance des décès fait qu'ils ne font plus événement. Nous ces deux dimensions vécues : la « banalité du pire » associé à un certain anonymat des parturientes induit une mise à distance affective des drames obstétricaux.

Pour comprendre ces dysfonctionnements de l'offre, il suffit donc de conjuguer ces deux caractéristiques. De dresser une sorte de carte des configurations à risque. Ici, la justification médicale faisant que l'on s'exonère d'avoir commis une faute technique et l'estompage affectif entraînant une certaine indifférence des soignants envers les parturientes concourent à l'apurement répétitif des erreurs même lorsqu'elles sont avérées.

Enfin divers mécanismes - l'obligation de « pardonner » liée à une société d'interconnaissance, le manque d'analyse des erreurs médicales dans les services et notamment dans les staffs, l'incapacité des instances professionnelles ou étatiques de réguler les conduites des professionnels - expliquent les difficultés ou l'impossibilité de sanctionner les erreurs médicales et fautes éthiques observées.

En fait, là où les programmes « ciblent » des gestes techniques, ces quelques analyses soulignent combien la compréhension des dysfonctionnements des structures sanitaires relève d'une problématique transversale où les acteurs traversent de multiples plans d'existence aux contraintes adverses et souvent en un seul geste unissent des dimensions affectives, sociales et professionnelles que les programmes croyaient pouvoir traiter séparément.

Une nouvelle fois, les normes pratiques articulant les conduites des acteurs sont bien différentes des normes idéales édictées par les multiples « guides de bonnes conduites » et espérées par les programmes²².

Face à cela, sans doute est-ce une des tâches de l'anthropologie de dire le monde des maternités tel qu'il est et de « mettre un visage sur ces morts maternelles » trop souvent anonymes et, préventivement, de trouver les moyens de « mettre en existence » ces

²¹ Selon Vangeenderhuysen & al., (1995) « Les facteurs "d'évitabilité" sont les suivants : négligence des services de santé, thérapeutiques inadaptées, absence de transfusion, insouciance des patientes, absence de prise en charge médicalisée de l'avortement, erreur de diagnostic, problèmes de transport ».

²² Sur cette question voir notamment Olivier de Sardan (2010)

femmes qui trop souvent décèdent parce qu'elles sont restées anonymes : n'ont pas été socialement reconnues dans les structures sanitaires comme étant dignes de soins.

La santé de la reproduction au regard de l'anthropologie

Les décès maternels, qu'ils soient liés à la fécondité, à des défauts de suivi médical ou à des avortements, constituent l'une des plus violentes injustices de nos mondes contemporains. L'anthropologie, en décrivant les raisons d'agir des acteurs et les interactions construisant cette sorte de configuration « socio-pathogène » mêlant des socles biologiques à des formes spécifiques de relations de genres et de gestion des espaces techniques, peut contribuer à combler ces « silences de l'histoire » (Perrot op. cit. 1998). Plus encore, l'étude qualitative confronte les praticiens de santé aux conséquences de leurs actes. Et c'est ainsi qu'une certaine éthique de l'anthropologie consistant à user de méthodologies précises pour décrire le monde dans sa complexité rejoint les fondements de toute pratique éthique consistant à examiner sa conduite, ce qui très concrètement signifie ici contribuer à construire un espace de réflexivité pour ces acteurs de la santé. Cette question est aussi scientifiquement une occasion de s'interroger sur les différences et les complémentarités entre les approches de la santé publique et celles des sciences sociales.

Sans que cela ne soit, en aucune manière, exhaustif, trois larges lignes de réflexion peuvent baliser ce parcours mêlant intimement des questions de recherche et un certain engagement dans l'action.

La première différence porte sur la place que l'on accorde au réel des situations sociales ou sanitaires. Quels que soient les domaines envisagés, les conduites des acteurs ne correspondent ni aux « cadrages²³ » programmatiques, ni ne s'accordent avec les catégories explicatives préconstruites proposées par les programmes de développement sanitaires. C'est ainsi que là où les planificateurs évoquent la fécondité, les populations répondent en termes de sexualité, là où l'on parle de connaissances, les femmes s'affrontent à des pouvoirs... Là enfin, où les équipes de santé publique s'attachent à définir des relations fonctionnelles de soins, les conduites des professionnels de santé sont régies par des éthiques sélectives liées à diverses échelles de reconnaissance du patient ou de la parturiente.

Pour toutes ces raisons, bien des programmes ne correspondent aucunement avec le réel des situations qu'ils sont censés améliorer. Le monde du développement apparaît ainsi comme largement virtuel, son référentiel plus constitué par une sorte d'intertextualité construite par d'innombrables séminaires qu'accompagnent une litanie de recommandations que par le réel des pratiques professionnelles et populaires empiriquement décrites et analysées.

C'est pourquoi l'apport des études qualitatives est essentiel. Elles offrent des descriptions « par le bas » des actions proposées, analysent les véritables contraintes des acteurs et permettent de situer précisément les points d'intersections entre des programmes sanitaires proposant l'adoption de normes techniques abstraites et des valeurs et pratiques populaires qui, au contraire, sont toujours « en situations ».

Par ailleurs, les programmes de santé se présentent – et sans doute, bien souvent se pensent-ils ainsi – sur un mode éducatif et médical oubliant, dans cette illusion d'un

²³ Et les gadgets comme les « plans » ou des « cadres d'action » loin d'améliorer cette disjonction entre les programmes et la réalité des situations ont tendance à l'accroître (Cf Giovalucchi et Olivier de Sardan 2009)

présentisme neutre, qu'ils participent à une histoire longue marquée par de nombreux débats.

Il s'agit tout d'abord, dans cet espace Ouest-Africain, d'une confrontation coloniale nouant intimement la sexualité à des dimensions politiques comme la formation de couples de sages-femmes et d'instituteurs indigènes afin de constituer des élites (Barthélémy 2010), ou d'une histoire des corps produisant des discriminations raciales à partir d'une distinction de l'infime : séparation des maîtres et des domestiques par un travail sur le linge et ses couleurs, éloignement des peaux des nourrissons de celles de leurs nourrices, inquiétudes politiques face à des enfants métis dévoilant des pratiques sexuelles entre les mondes des dominants et des serviteurs... (Stoler & Cooper. 2013 ; Stoler 2013). Certes, les contextes sont bien différents, mais de l'époque coloniale au monde du développement, une sorte de démographie morale sous-tend bien des raisonnements uniquement présentés en termes de santé publique. Qu'il suffise ici d'évoquer les variations dans les financements selon les orientations politiques des pays ou des agences de développement. Mais si ces programmes sont amnésiques de leurs origines, ces questions abritées par le sédiment des mémoires locales sourdent régulièrement dans les débats assimilant – ou usant de cet argumentaire pour assimiler - la contraception ou la médicalisation des avortements à une volonté d'imposer des normes comportementales « occidentales » externes et « corruptrices » des mœurs « traditionnelles. En témoignent notamment les argumentaires et les violents débats sur les codes de la famille au Mali ou au Niger (Famanta 2012).

Ces débats et crispations sociopolitiques sur l'intime dévoilent combien ces programmes sanitaires ne sont qu'un des épisodes d'une longue confrontation liée à une mondialisation des valeurs affectives, des corps et des passions où s'articulent de manière extrêmement complexe des injonctions sociales et religieuses avec des « scripts » (Gagnon 2003) recomposant ces champs normatifs en proposant, par les romans sentimentaux, feuilletons, sites informatique et films pornographiques, d'autres modèles d'identités et d'autres narrations fantasmatiques.

Enfin, il s'agit, bien sûr, de pouvoirs et partout la contraception oblige à de nouvelles relations entre les sexes. Les méthodes contraceptives en découplant la fécondité de la sexualité, induisent d'autres partenariats sexuels et d'autres formes de conjugalité. Et sans doute est-ce cette résistance à ces transformations statutaires et affectives qu'il faut entendre dans les refus des codes de la famille et le recul des droits des femmes qui les accompagnèrent (Villalón 1996). « Sans doute ne s'agit-il pas de voir ce qu'il en est du sexe et du genre, mais de dire ce qui surgit dans la pensée quand égalité et liberté révèlent des enjeux sexués dans la politique et la création, l'économique et le corps, la pensée et l'agir » (Fraise 2010).

Débutée sous les auspices d'une question de santé publique, la recherche s'est trouvée obligée de parcourir les multiples champs – rapports de genres, organisation des espaces techniques, formes des imaginaires sociaux, dynamiques religieuses – configurant les identités des acteurs, les sémantiques sociales où ils puisent leurs raisons d'agir et les contradictions qui définissent leurs situations politiques et économiques. Si la reproduction et ses douleurs sont de l'ordre du biologique et appartiennent en grande partie à la médecine, la sexualité et la maternité comme valeurs, enjeux et débats sont de l'ordre de l'historique et du social. C'est pourquoi, en ce domaine, articuler les approches médicales et de sciences sociales est indispensable pour améliorer concrètement la situation des femmes.

Références bibliographiques

- *Assayag J., 2005. *La mondialisation vue d'ailleurs. L'Inde désorientée*, Paris, Seuil.
- *Barthélémy P., 2010. *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes
- *Barthes R., 1978. *Leçon*, Paris, Seuil
- *Baxerres C., 2102, Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique industriel au Bénin, Paris ; Ed des Archives Contemporaines
- *Behague P. D., Kanhonou L. G., Filippi V., Légonou S., Ronsmans C., 2008. A study of how patients in Benin negotiate blame and accoutability in the context of severe obsteric events, *Sociology of Health & Illness*, 30(4): 489-510.
- *Bernis (de) L., 2010. Mortalité maternelle, estimations et stratégies, Communication orale au Colloque MAE, Mortalité Maternelle. Paris ; 19 – 20 octobre 2010.
- *Broqua C., Doquet A., 2013. Penser les masculinités en Afrique et au-delà. *Cahiers d'Etudes Africaines*, [Masculin pluriel, LIII(209-210) : 9-41.
- *Brouwere de V., Van Lerberghe W., 2000. *Les besoins obstétricaux non couverts*, Paris, L'Harmattan.
- *Castel R., 2009. *La montée des incertitudes. Travail, Protection, statut de l'individu*, Paris, Seuil.
- *Certeau (de) M., 1980. *L'invention du quotidien. Arts de Faire 1*, Paris, UGE 10/18
- *Cole J., Thomas L.M. (ed.), 2009. *Love in Africa*, Chicago, University of Chicago Press.
- *Corbin A., 2008. *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir, du Siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Perrin
- *Coulibaly A., 2010. *La planification familiale au Mali: étude anthropologique*, Berlin ; Editions Universitaires Européennes
- Diallo Y., 2003, Pauvreté et maladie, dans « Une médecine inhospitalière » Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. (sous la dir.), Paris Kathala, 157-215
- *Dumestre G., 1998. *Chroniques amoureuses au Mali*, Paris ; Karthala.
- *Etienne P., 1972. Les interdictions de mariage chez les Baoulé, Abidjan, ORSTOM, doc multigraphié.

Evidence-Based Medicine Working Group, 1992, Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine, JAMA, Novembre 4, Vol 268 N° 17, 2420-2425

*Fainzang S., Journet O., 1988. *La femme de mon mari, anthropologie et mariage polygamique en Afrique et en France*, Paris, l'Harmattan

*Famanta I., 2012. Le code des personnes et de la famille au Mali : un conflit de normes, in : Y. Jaffré (Ed.) *Fécondité & contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique*, Paris, Faustroll/WHEP. pp. 211 - 224

* Fay, Claude, (ed.) 1999, *Le sida des autres. Constructions locales et internationales de la maladie*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube/IRD

*Flandrin J.-L., 1983. *Un temps pour embrasser. Aux origines de la morale sexuelle occidentale (VI^e – XI^e siècle)*, Paris, Seuil.

*Fraise G., 2010. *A côté du genre : Sexe et philosophie de l'égalité*, Lormont, Ed du bord de l'eau

*Gagnon J., 2004. *An Interpretation of Desire: Essays in the Study of Sexuality*, Chicago University Press : The Chicago Series on Sexuality, Gender, and Culture

Giovalucchi F., Olivier de Sardan J.-P., 2009, Planification, gestion et politique dans l'aide au développement : le cadre logique, outil et miroir des développeurs, *Revue Tiers Monde*, 2009/2 (n° 198), 383-406

*Gobatto I., 1999. *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan.

*Gorog V., 1979. *Contes bambara du Mali*, Paris, Publications Orientalistes de France.

*Gruénais M.E., 1996. A quoi sert l'hôpital africain. L'offre de soins à Maman Bwale (Brazzaville), *Les annales de la recherche urbaine*, 73, 118-128

Ginzburg C., 2010, *Mythes emblèmes traces. Morphologie et histoire*, Lagrasse, Verdier, coll. « Verdier poche »

*Hirschman A. O., 1995. *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard.

*Jaffré Y., 1999, Pharmacie des villes, « pharmacies par terre », *Bull APAD*, 17 : 63-70

*Jaffré Y. (Ed.), 2009. *La bataille des femmes*, Paris, Faustroll/WHEP.

*Jaffré Y., 2012a, Fécondité & contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique, Paris, Faustroll/WHEP

*Jaffré Y., 2012b, Toward an anthropology of a public health priority : maternal mortality in four obstetric services in West Africa, *Social Anthropology*, Wiley Blackwell, USA, *Social Anthropology/Anthropologie Sociale* 20, 1, 3–18.

Jaffré Y. Prual A., 1994, Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints, G.B., *Social Science and Medicine* Vol 38, 1069-1073

*Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P., 2003. *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala.

*Jewkes R., Naeemah A., Zodumo M., 1998. Why do nurses abuse patients ? Reflections from south african obstetric services, *Soc Sci Med*, 47, 1781-1785.

*Kintz D., 1990. L'amant blessé ou une discussion peule sur le pluralisme juridique. *Politique Africaine*, 40 : 42-50

Lacoste – Dujardin C., 1985, Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb, Paris La Découverte

*Laurent P.-J., 2010. *Beautés imaginaires. Anthropologie du corps et de la parenté*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.

*Le Renard A., 2011. *Femmes et espaces publics en Arabie Saoudite*, Paris, Dalloz

MAEE, 2010 Biens Publics Mondiaux, , Site du Ministère des Affaires Etrangères,

*Marcus, G.E. 1998. Ethnography in/of the World System : the Emergence of Multi-Sited Ethnography. In: *Ethnography Through Thick and Thin*. Princeton, Princeton University Press, pp. 79-104.

*Moussa H., 2013. *Entre absence et refus d'enfant. Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey (Niger)*, Paris, L'Harmattan

*Mebtoul M., 2001, Les acteurs sociaux face à la santé publique en Algérie : médecins, Etat et usagers, in : B. Hours (Ed), *Systèmes et Politiques de santé*, Paris, Karthala. pp.103-116.

*Olivier de Sardan J.-P., 2010. Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques, *Anthropologie & Santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 29 octobre 2010, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/86>

*Perrot M., 1997. *Femmes publiques*, Paris, Textuel.

*Perrot M., 1998. *Les femmes ou les silences de l'histoire*, Paris, Flammarion

*Pouillon J., 1972. Manières de table, manières de lit, manières de langage. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 6 : 9 – 25.

*Pruval A., 2009. Introduction, in : Y. Jaffré (Ed.) *La bataille des femmes*, Paris, Faustroll/WHEP. pp. 7-11.

*Pruval A., 2004. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique, *Med Trop*, 64 : 569-575

*Ronsmans C., Graham W. J., 2006. Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368 : 1189–1200.

*Schulz D. E., 2010. May God let me share paradise with my fellow believers. Islam's « female face » and the politics of religious devotion in Mali, dans *Hard work, hard time*. Makhulu A.-M., Buggenhagen B. A., Jackson S. (eds) *Global volatility and African Subjectivities*, University of California Press. pp 113-129.

Suh S., 2014, *Rewriting abortion: Deploying medical records in jurisdictional negotiation over a forbidden practice in Senegal*, *Social Science & Medicine* 108 : 20-33

*Stoler A. L., 2013. *La chair de l'empire, savoirs intimes et pouvoirs raciaux en régime colonial*, Paris, La Découverte.

*Stoler A. L. & Cooper F., 2013. *Repenser le colonialisme*, Paris, Payot

*Tabutin D., 1995. Un demi-siècle de transitions démographiques dans le Sud. In : D. Tabutin, T. Eggerickx, C. Gourbin C. (eds), *Transitions démographiques et sociétés*, Paris / Louvain-la-Neuve ; Academia / L'Harmattan. pp. 33-70.

*Thiriat M.-P., Locoh T., 1995, Divorce et remariage des femmes en Afrique de l'Ouest. Le cas du Togo, *Population* 50(1) : 61-93

*Vangeenderhuysen C., Banos J.-P., Mahaman T., 1995. Mortalité maternelle évitable à Niamey (Niger), *Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones/Santé*, 5(1) : 49-54.

Villalòn L. A., 1996, The moral and the political in African democratization: The code de la famille in Niger's troubled transition ; *Democratization*, Vol. 3, Issue 2: 41-68

*Weber M., 1971 (pour la trad. française). *Economie et société*, Paris, Plon

*Zelizer V. A., 1994. *Pricing the priceless child : the changing social value of children*, New Jersey, Princeton University Press.