

MOHAMED MEBTOUL,
AMEL HACHEM,
KARIMA ARAOUI

Corps de femmes sous tension en Algérie

NOUS SOUHAITONS ICI APPRÉHENDER sur le terrain algérien ce qui est dénommé « santé reproductive » dans ses dynamiques sociales et sexuées transversales aux institutions familiales et médicales. Il s'agit d'identifier les contraintes subies par les femmes algériennes au cours de leur grossesse et accouchement dans la famille et à l'hôpital. La perspective retenue ici est celle des rapports sociaux de sexe au cœur du processus d'enfantement de la femme confrontée à un rite de passage devant lui permettre d'accéder au statut socialement valorisé de la mère. Le désir d'enfant n'est pas uniquement du ressort de la femme. Il est l'objet de tractations et d'ingérences des parents du couple, de façon plus visible par ceux du mari. Il semble important de rappeler que la sexualité en Algérie accède à la reconnaissance institutionnelle, que par la médiation du mariage qui a pour fonction sociale la reproduction de l'ordre familial (Mebtoul, 2005). Dans le langage ordinaire (Wittgenstein, 1961), « la femme du dedans » doit intérioriser les normes dominantes de l'institution familiale. À contrario, « la femme du dehors » est fustigée par sa volonté d'autonomie, mais aussi de rupture avec une sexualité légitimée par et dans le mariage. L'institution du mariage reste, encore, aujourd'hui, malgré quelques fissures, la « gardienne du temple » qui doit assurer la pérennité de la famille hiérarchisée, au profit de l'homme. Elle est définie de façon

• Mohamed Mebtoul, sociologue, Amel Hachem, démographe et Karima Araoui, psychologue clinicienne.

biologique par les pouvoirs publics, comme une « cellule de base ». Or, « l'évènement biologique n'est que le substrat autour duquel vont se développer des processus sociaux et symboliques qui rendront possible le statut de mère » (Oria, Camus, 2013, p.111).

Il nous a donc semblé important de montrer que le processus d'enfantement de la femme (grossesse et accouchement), est dominé par des violences institutionnelles qui contribuent à la reproduction de l'ordre familial en Algérie. Même si dans la société des transgressions sont déployées par la femme, pour résister à la domination de l'Homme. Pour ce faire, une enquête qualitative a été menée dans six régions d'Algérie. Des entretiens individuels et collectifs ont été conduits avec les femmes, les professionnels de la santé et les responsables locaux chargés d'encadrer et de contrôler la santé reproductive.

Dans une première partie, nous appréhenderons la question de la médicalisation du corps de la femme devenue une « parturiente », réduite essentiellement à un corps organique qui doit se plier aux injonctions brutales du personnel de santé. Dans une deuxième partie, nous tenterons de décrypter les enjeux de pouvoir au cœur de l'enfantement dans l'institution familiale, en privilégiant le point de vue des femmes.

La médicalisation du corps de la « parturiente »

La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement légitime le travail des responsables et du personnel de santé. Il est donc important de transmettre aux femmes qui se présentent dans l'institution étatique de santé, les règles, les injonctions, les prescriptions mais aussi d'imposer les silences et les non-dits face aux questions posées par celles-ci, qui sortent du cadre strictement technique et médical. Pourtant, les femmes n'en pensent pas moins. Elles sont conduites à construire la compétence du « bon » gynécologue considéré comme celui qui écoute leurs propos, et prend le temps de les informer sur l'évolution de leur grossesse, avec des mots qu'elles comprennent. La grossesse représente un évènement central pour les femmes, particulièrement dans une société dominée par le voyeurisme collectif (Bourqia, 1996), où le regard de l'Autre sur soi est important. Elles sont donc conduites à intérioriser leur nouvelle façon d'agir, de s'habiller, de manger et de dormir (Oria, Camus, 2013). Elles accèdent souvent à la connaissance de leur nourrisson, par la médiation de l'échographie qui semble représenter, à leurs yeux, un moment « magique », de l'ordre de la visibilité de leur corps, se substituant aux

propos compliqués du personnel de santé. Michèle Fellous identifie l'échographie à un « positivisme de l'œil » (Fellous, 1991, p.141) qui permet de produire sa propre « vérité » sur l'état du nourrisson.

Le savoir médical est distillé de façon très parcimonieuse dans les structures de soins. Le personnel de santé semble sous-estimer la soif d'informations des femmes qui attendent, en raison d'une angoisse légitime, des précisions sur l'évolution de leur grossesse, de ce qui est permis de faire, ou de ne pas faire, pour ne pas brusquer le corps du bébé. Mais cette conscience très forte des précautions de la femme face à la grossesse, devant aboutir à une discipline de son corps, est une façon de faire plaisir aux parents respectifs du couple qui sont autant, sinon plus, attentifs au processus d'enfantement.

Le refus de reconnaître toute réflexivité de la femme (Giddens, 1994) à l'égard de son corps, pourtant détentrice de compétences invisibles (Mebtoul, 2010) issues de leurs expériences antérieures avec leurs enfants plus âgés et des échanges intenses avec leurs proches parents, conduit certaines d'entre elles, au silence ou à l'acceptation forcée des prescriptions du personnel de santé. Face au pouvoir des médecins, elles se limitent à hocher positivement la tête, ou à répondre de façon très laconique : « Oui, mon fils, vous avez raison. Je suivrai à la lettre vos paroles ».

Zohra a 34 ans. Elle n'exerce aucune activité professionnelle. Elle vient d'accoucher de son deuxième enfant. Elle indique ici l'absence de toute clarification donnée par la sage-femme, concernant son problème de décollement. Elle précise qu'elle était en mesure de comprendre le discours de la sage-femme.

« Quelques jour, avant mon accouchement, j'ai été vue par la sage-femme de la maternité. Elle m'a parlé de décollement. Mais elle ne m'a pas expliqué. Pourtant, c'est moi, la concernée. J'aurai tant aimé qu'elle me parle de mon problème et qu'elle m'explique ce qui m'arrive. Or, je peux très bien comprendre ce qui m'arrive... Et puis, je suis préparée dans ma tête, quand viendra le jour de l'enterrement ».

Nos données montrent de façon très nette, la volonté des femmes de tout savoir sur l'évènement important représenté par la grossesse. Il y va précisément de leur vie sociale et donc des rapports sociaux avec leur mari et leurs proches parents. Le désir d'enfant est loin d'être une affaire stricte du couple. Il est encadré et pris en charge par la lignée familiale. Nous n'avons pas été en présence d'une « individualisation de l'enfantement » (Gauchet, 2004, p. 103).

L'histoire singulière et complexe de la femme enceinte est souvent de l'ordre de l'impensé pour les institutions médicales qui fonctionnent à l'urgence et à la cacophonie socio-organisationnelle, laissant peu de place à une discussion libre sur sa subjectivité dans l'espace familial (Mebtoul, 2015). Pour Mary Douglas, les institutions « situent nos émotions à un niveau standard sur des sujets aussi standards » (1999, p. 108). Le centre hospitalier universitaire (CHU) fonctionne de façon dominante au capital relationnel. Le personnel de santé, porte une attention plus soutenue, en nouant une relation de proximité avec les patientes privilégiées qui ont une affinité personnelle avec certains professionnels de la santé. À contrario, les femmes anonymes sont contraintes à l'errance thérapeutique au sein même du service de gynécologie, pour tenter d'arracher quelques bribes d'information : « Le gynécologue, doit-il venir ? Quand ? ». « Je ne sais même pas à qui dois-je m'adresser ? ». « Je suis dans la salle d'attente depuis deux heures, sans qu'on puisse encore m'orienter ». Les incertitudes d'ordre cognitif, la distance sociale à l'égard des femmes anonymes, leur semblent des motifs importants pour recourir aux gynécologues privés pour le suivi de leur grossesse, même s'il faut pour cela emprunter de l'argent auprès de leurs proches parents (Mebtoul, 2010).

L'institution étatique de santé produit des rapports de domination et de violence symbolique à l'égard des femmes. Ils nous ont semblé plus radicaux dans le champ de la santé reproductive. Cette forme de violence du personnel de santé, peut être attestée par l'étiquetage négatif et a priori des questions posées par la femme, considérée comme ne relevant pas de l'ésotérisme médical, plaçant celle-ci dans une situation d'infériorité à l'égard de l'homme, « seul » détenteur de la « vérité ». Aïcha est âgée de 27 ans. Elle n'exerce aucune activité professionnelle. Elle attend son premier bébé dans 5 mois. Elle disait : « Mon gynécologue ne répond pas à toutes mes questions. Il me dit d'ailleurs : « posez des questions. Mais ne posez pas de questions bêtes ». Ces propos sont révélateurs du discrédit porté à l'égard de la femme contrainte de s'autocensurer face au pouvoir médical, en raison de la « non-pertinence » de ses questions.

Françoise Hériter insiste sur la dépossession du corps à la fois organique et social de la femme, en notant que « la procréation n'apparaît pas comme un phénomène où l'homme et la femme interviennent de façon égale, mais comme un phénomène qui émane de la volonté masculine, la femme n'étant que moyen » (Héritier, 2002, p.134). Durant

l'accouchement de la femme, moment décisif devant lui permettre d'accéder au statut de mère, nous avons pu noter les traumatismes vécus par celle-ci. Il nous a donc semblé important de montrer les multiples stigmates et les formes sociales de violence subies par les femmes, au cours de leur accouchement.

Vivre l'accouchement comme un cauchemar

La métaphore du cauchemar traduit le ressenti des femmes au moment de l'accouchement dans les hôpitaux publics. Certains médecins naturalisent la violence « nécessaire », selon eux, durant l'accouchement de la femme, s'agissant de forcer la femme à assurer un travail sur soi pour permettre au bébé de sortir de son ventre. C'est pourtant oublier le rapport social très violent entre les sages-femmes et les femmes contraintes d'accoucher dans un espace sanitaire dominé par les conditions de travail anormales (manque de lits, travail en urgence, moyens techniques archaïques, stress de la famille, etc.), donnant à voir des accouchements sous tension et « à risque » selon le mot d'une responsable de la maternité. Si les sages-femmes de l'hôpital usent de la violence à l'égard des femmes, il faut tout de même rappeler que leur métier souffre d'une absence de reconnaissance sociale des pouvoirs publics, (contraintes de travailler dans des conditions d'urgence, en assurant des accouchements en série), et sous la dépendance totale du gynécologue qui s'approprie les tâches les plus nobles (prescription, suivi des grossesses à risque, accouchements compliqués, etc.).

Nacéra, 26 ans, secrétaire de direction, vient d'accoucher de son premier enfant.

« Je ne vous cache pas que j'ai peur de retomber enceinte. L'expérience de l'accouchement a été terrible. Cela m'a profondément traumatisé, et je ne souhaite plus revivre les moments de l'accouchement ».

Claudine Delcroix questionne le rapport entre l'usage imposé au corps physique et la liberté des choix des femmes.

« Ce refus de considérer l'être physique comme partie intégrante du sujet me choquait : en niant les besoins de liberté de leur corps, pouvaient-elles construire un parcours de leur vie dans lequel la liberté de choix soit présente ? » (Delcroix, p. 108).

Radia a pourtant déjà trois enfants. Elle est âgée de 33 ans. Elle n'exerce aucune activité professionnelle. Elle évoque son errance sociale et thérapeutique d'une structure de soins à une autre, pour les raisons liées

au manque de personnel de santé ou à la peur de ce dernier, d'assurer un accouchement compliqué, provoquant son orientation forcée vers le CHU de Constantine. Trois mots chargés de sens sont mis en exergue par Radia : souffrance, violence et parole interdite de la femme face aux dysfonctionnements techniques et organisationnels du service de gynécologie. Elle disait :

« C'est pénible (en arabe : « tmermida »). Ils n'ont pas pitié. La femme souffre et elles, elles s'en foutent éperdument. Les sages-femmes crient. Elles sont violentes. Ils m'ont tué (en arabe : « katlouni »). Je leur ai dit que c'est la dernière grossesse (la quatrième) ».

Nos données montrent l'impossibilité donnée aux femmes de disposer librement de leur corps. Le statut de mère s'incruste dans un processus social qui dévoile l'appropriation de leur corps. Anne-Anne Marie Devreux, s'appuyant sur les travaux de Guillemain (1978 ; 1992) note que :

« Cette appropriation du corps des femmes, de leur travail, de leurs enfants, et jusqu'à leur pensée et leur liberté de mouvement, d'une part, est non quantifiable, et d'autre part, limite d'emblée la perception qu'elles peuvent avoir des causes de leur condition » (Devreux, 2001, p. 100).

L'accouchement de la femme est socialisé, interdisant toute intimité de son corps, dévoilé par l'atroupement sans tact, ni discrétion des jeunes médecins en formation qui s'initient à l'acte d'accoucher. Écoutons Nadia, 30 ans :

« Oui, je comprends qu'ils doivent apprendre en regardant, en touchant, mais dans des moments comme cela, il faut une certaine intimité et puis une certaine manière de regarder les parturientes. Je les ai vu se comporter. Ils découvraient, ils chuchotaient, ils riaient. Ils n'avaient pas de respect pour celles qui étaient en face. Le moment où on me suturait, je les voyais rire entre eux. C'est normal, qu'ils apprennent. Mais il faut de la pudeur. Dans les moments où tu as mal, tu as honte aussi. Vous comprenez ! »

La honte et la pudeur de la femme ne peuvent être appréhendées comme des affects en soi. Ils ont fondamentalement leur explication dans le fonctionnement d'une institution sexuée. En s'appuyant sur les réflexions du philosophe Spinoza, sur la question des affects, Frédéric London montre au contraire la nécessaire articulation entre les sentiments des personnes et leur environnement social. Les affects sont aussi des construits sociaux. « Il y a bien des individus et ils éprouvent des affects. Mais ces affects ne sont pas autre chose que l'effet des structures dont lequel les individus sont plongés » (London, 2013, p. 11). Les

dynamiques sociales et sexuées au cœur de la santé reproductive, appréhendées dans l'institution de soins, se prolongent aussi dans l'espace familial, dévoilant la transversalité des rapports sociaux de sexe dans tous les domaines de la vie sociale (Devreux, 2001).

L'enfantement comme enjeu de pouvoir dans la famille

La société algérienne a été marquée au cours de ces trois dernières décennies, par des transformations sociales importantes qui ont permis une intégration des femmes dans les différentes institutions sociales, économiques, éducatives et sanitaires. On peut rappeler la massification de la scolarisation des filles dans tous les paliers d'enseignement (Kateb, 2016), une augmentation de l'âge de mariage pour les hommes à 33, 5 ans et pour les femmes à 30 ans, en 2006 (Office National statistiques, 2007). À contrario, le taux d'emploi des femmes de 16% contre 67% pour les hommes, reste paradoxalement faible, quand observe par exemple, que celles-ci sont majoritaires (52%) à exercer la profession médicale, même si peu d'entre elles accèdent aux postes de responsabilité dans le champ médical. Tous ces éléments macrosociologiques sont souvent mobilisés par l'État et les Hommes, pour mettre en scène de façon visible et rhétorique la « participation » de la femme au développement national, gommant les inégalités entre hommes et femmes dans la société (Gadant, 1995).

Ces transformations sociales ont opéré des fissures dans l'ordre familial, mais sans pour autant dissoudre « cet imaginaire patriarcal encore dominant dans la société algérienne » (Ouadah-Bedidi, Saadi, 2014), p. 10). L'amélioration du statut socio-professionnel de la femme dans la société algérienne, apparaît surtout comme une condition nécessaire mais non suffisante pour accéder mécaniquement à une réduction des inégalités de genre (Samuel, Attané, 2005, p. 251).

Notre enquête montre que l'institution familiale – malgré les logiques de contournement des femmes, indiquant le caractère dynamique des rapports sociaux de sexe, leur volonté forte de tenter de s'insérer dans le marché du travail, en objectivant leurs fortes aspirations socioprofessionnelles – articule la différence de sexe et de génération (Théry, 1997). Plus précisément, la « force » patriarcale du système sociopolitique, joue en défaveur des femmes interdites de disposer librement de leurs corps. Même si elles sont loin d'être passives face aux pressions, aux ingérences multiples, à une implication de l'homme dans le désir

d'enfant, elles ne semblent pas, selon nos données, accéder à une réelle autonomie d'un corps sous tension. Le processus d'enfantement revêt un caractère collectif et pesant qui lamine leurs multiples résistances, même quand elles sont détentrices d'un statut élevé dans la société. Les membres de la famille deviennent des accompagnateurs-acteurs avertis de toutes les péripéties vécues par la femme au cours de sa santé reproductive. Nos données montrent la captation forte et intéressée du désir d'enfant par les membres de la famille. À contrario, dans les sociétés occidentales, le désir d'enfant est une construction autonome du couple.

« La procréation n'est pas le fruit du hasard ; elle relève de l'action délibérée du couple. L'enfant est non seulement rare mais désiré, attendu. La nature du désir évolue elle aussi : on fait un enfant, non pour la société ou pour la lignée mais pour soi » (Déschaux, 2014, p. 552).

Même si la femme algérienne participe au désir d'enfant, celui-ci est l'objet de tractations et d'arbitrages avec le mari et ses proches parents, notamment sa mère qui prend sa revanche par rapport à son statut dévalorisé de femme (Lacoste-Dujardin, 1996), souhaitant être la garante de la reproduction de l'ordre familial. Bien-entendu, les situations varient selon les statuts des femmes, de degré et non de nature. Les couples détenteurs d'un capital culturel élevé, peuvent réduire et non supprimer la relation d'inégalité entre hommes et femmes.

Amina est âgée de 34 ans. Elle est professeur au lycée. Elle indique clairement les attentes inquiètes et angoissées de ses proches parents et de sa belle-famille, pour qu'elle puisse enfanter. Elle disait :

« La grossesse, on ne la décide pas seule, bien qu'on la porte seule. C'est la société qui te l'impose. Moi, par exemple, c'est vrai que j'ai cherché ma grossesse. Mais après, je voyais l'espoir de ma famille et belle-famille pour que je tombe enceinte. Je les voyais inquiets, attendre avec impatience la nouvelle à chaque fois. J'ai vécu pendant 9 mois de grossesse, la pression de ma belle-mère. Elle pensait que j'avais un problème, alors que c'est son fils qui avait un problème. Mais à 34 ans, j'ai vraiment vécu la pression de la société. J'angoissais à chaque venue de mes règles ».

Loin d'être uniquement une substance corporelle, la menstruation de la femme agit comme référent social qui rend compte du fonctionnement de la société.

« L'idée était que les représentations du corps impriment dans la subjectivité la plus intime de chacun, l'ordre ou les ordres qui règnent dans la société et qui doivent être respectés, si celle-ci doit se reproduire » (Godelier, 1998, p. 1).

Le corps des femmes en résistance

Autour du corps des femmes des enjeux de pouvoir décisifs révèlent la complexité et la dynamique des rapports sociaux de sexe qui sont loin d'être immuables, traversés par des résistances et des luttes des femmes pour tenter de faire valoir leur importance sociale dans la société algérienne. La contraception médicale, et plus particulièrement la pilule représentant incontestablement une progression qui va dans le sens d'une réduction des inégalités de sexe. Les tactiques des femmes sont très prégnantes, révélant bien ce « jeu entre les normes » (Baldner, Gillard, 1996) impulsé par les femmes qui n'hésitent pas, pour certaines d'entre elles, à prendre clandestinement la pilule, ou son arrêt de façon unilatérale, pour des problèmes de santé, et parfois aussi sous la pression de la belle-mère, pour qu'elle puisse assurer le travail domestique. Mais la volonté des femmes pour tenter de disposer de leur propre corps, est souvent laminée sous la pression très forte d'une société qui reproduit sous des formes sociopolitiques renouvelées, par la médiation du religieux et du politique, un patriarcat enraciné dans les différentes institutions qui fonctionnent bien souvent au mépris de l'Autre.

Bibliographie

- ANDRO Armelle, DÉSGREES du LOÛ Annabel, 2009. « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Autrepart*, 4, n°52, p. 3-12.
- BALDNER Jean-Marie et GILLARD Lucien, 1996. « Simmel et les normes sociales, une introduction », in Baldner Jean-Marie et Gillard Lucien (dir.), *Simmel et les normes sociales*, Paris, L'Harmattan, p.7-15.
- BOURQIA Rahma, 1996. *Femmes et fécondité*, Casablanca, Afrique Orient.
- CRESSON Geneviève, 2001. « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in Aïach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève, Phillippe Claudine (dir.), *Femmes et Hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Rennes, ENSP, 2001, 282-303.
- CRESSON Geneviève et MEBTOUL Mohamed, 2010, (dir.). *Famille et santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- DÉCHAUX Jean-Hugues, 2014. « Le sacre de l'enfant, Regards sur une passion contemporaine », *Revue française de sociologie*, 55-3, p. 537-561.
- DELCROIX Catherine, 2009. « Dynamiques identitaires des femmes au sein d'une société musulmane », in Cardon Philippe, Kergoat Danièle et Pfefferkorn (dir.), *Chemins de l'émancipation et rapports sociaux de sexe*, Paris, La Dispute, p. 97-113.

- DEVREUX Anne-Marie, 2001. « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour les questions de santé », in Aïach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève, Phillippe Claudine (dir.), *Femmes et Hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Rennes, ENSP, 2001, p. 97-116.
- GAUCHET Marcel, 2004. « L'enfant du désir », *Le débat*, 132, p.98-121.
- GUILLAUMIN Colette., 1992. *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris, Côté-femmes.
- KATEB Kamel, 2016. *L'émergence des femmes au Maghreb. Une révolution inachevée*, Alger, APIC.
- LACOSTE-DUJARDIN Camille, 1996. *Des mères contre des femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, Paris, La Découverte.
- LEBAS Clotilde, 2012. « La violence des femmes, entre démesure et ruptures », in Cardi Coline et Pruvost Geneviève (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 245-256.
- MEBTOUL Mohamed, 2001. « Santé et société en Algérie : le travail de santé des femmes », in Aïach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève, Phillippe Claudine (dir.), *Femmes et Hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Rennes, ENSP, 2001, p. 256-281.
- 2005 (eds.). *Les mots pour dire la sexualité des jeunes (Algérie)*, Oran, Dar-El-Gharb.
2010. « La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie », in Cresson Geneviève et Mohamed Mebtoul, (dir.), *Famille et santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 21-30.
2010. « La privatisation des soins : l'exemple des cliniques privées », in Olive Jean-Louis et Mebtoul Mohamed, *Le soin, sociomorphose*, Paris, Presses Universitaires de Perpignan, p. 17-28.
- 2015, (eds.). *Les soins de proximité en Algérie. A l'écoute des patients et des professionnels de la santé*, Oran, l'Harmattan-Gras.
- ORIA Natahlie, CAMUS Jérôme, 2013. « Devenir mère à l'hôpital : parcours sociaux et rapport aux normes », in Ertul Servet, Melchior Jean-Philippe et Widmer Eric (dir.), *Travail, santé, éducation, Individualisation des parcours*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 111-121.
- OUADAH-BEDIDI Zahia, SAADI Nourredine, 2014. *Algérie, femmes et familles, entre droit et réalité*, Documents de travail, 214, Paris, INED, 1-29.
- SAMUEL Olivia, ATTANE Isabelle, 2005. « Femmes, famille, fécondité. De la baisse de la fécondité à l'évolution du statut des femmes », *Revue Tiers Monde*, t.XLVI, n°182, avril-juin, p.247-254.
- THERY Irène, 1997. « Différences des sexes et différence de générations. L'enjeu de l'institution », *Revue PTAH*, 3-4, p. 67-91.
- WITTGENSTEIN Ludwig., 1961. *Recherches philosophiques*, Paris, Gallimard.