

MATERNITÉS EN INDE DU SUD, DES SAVOIRS AUTOUR DE LA NAISSANCE AU TEMPS DU SIDA

Pascale Hancart Petitet

► To cite this version:

Pascale Hancart Petitet. MATERNITÉS EN INDE DU SUD, DES SAVOIRS AUTOUR DE LA NAISSANCE AU TEMPS DU SIDA. Anthropologie sociale et ethnologie. Université de droit, d'économie et des sciences - Aix-Marseille III, 2007. Français. tel-00193296

HAL Id: tel-00193296

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00193296>

Submitted on 3 Dec 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PAUL CEZANNE (AIX-MARSEILLE III)

CENTRE DE RECHERCHE CULTURES, SANTE, SOCIETES (CRECSS)

Année 2007

N° attribué par la bibliothèque :

THESE

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ AIX-MARSEILLE III

Formation doctorale : Anthropologie

Présentée par

Pascale PETITET

(Nom d'usage : HANCART PETTET)

Titre

MATERNITÉS EN INDE DU SUD

DES SAVOIRS AUTOUR DE LA NAISSANCE AU TEMPS DU SIDA

Soutenue publiquement le 13 septembre 2007

Directrice de thèse : Alice DESCLAUX

Co-directeur : Robert DELIEGE

Membres du jury :

Doris BONNET

Marine CARRIN

Anita HARDON

Philippe MSELLATI

Marine CARRIN

A Denis et Xiaodan

Je tiens à exprimer mon profond respect et mes chaleureux remerciements à Alice Desclaux sans qui ce projet n'aurait ni vu le jour, ni pu être conduit à terme. Son accompagnement continu durant cette période m'a permis de mener l'aventure de la thèse avec enthousiasme et d'améliorer la qualité de mon travail au fil des années.

J'exprime ma sincère gratitude à Robert Delière dont les commentaires réguliers au sujet de mon travail m'ont encouragé à affiner mon raisonnement et dont les écrits m'ont permis appréhender le contexte social de l'Inde contemporaine.

Je remercie chaleureusement Jean Pierre Muller, directeur à l'Institut Français de Pondichéry ainsi que le Dr. P.Marudanayagam, directeur du Pondichéry Institute of Linguistics and Culture pour m'avoir accueillie en tant que chercheur affiliée dans leur institution respective.

Je remercie vivement Patrice Cohen à l'origine de la mise en place de la collaboration avec le Pondicherry Institute of Linguistics and Culture nécessaire au lancement du projet. Je le remercie également pour nos échanges et pour m'avoir offert l'occasion de publier une partie de mon travail au sujet des matrones.

Je dois également beaucoup à Laurent Pordicé qui m'a intégrée dans les activités de Nomad Rsi puis dans l'équipe du département des sciences sociales de l'Institut Français de Pondichéry. Je le remercie pour les échanges professionnels et amicaux que nous poursuivons depuis six ans et pour toutes les opportunités qu'il m'a donné l'occasion d'exposer mon travail et de publier.

J'ai eu la chance de pouvoir mener ce travail sereinement grâce au soutien généreux de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) et de l'organisation Sidaction. Cette aide m'a fourni un confort matériel et un statut dont malheureusement peu de doctorants ont la chance de bénéficier. Je tiens à exprimer ma sincère gratitude aux représentants de ces institutions et à leurs donateurs.

Le travail ethnographique n'aurait pu être mené sans la précieuse collaboration de Pragathi Vellore, maître de conférence au Pondicherry Institute of Linguistics and Culture que je remercie pour ses qualités en tant qu'assistante de recherche et pour sa précieuse amitié.

J'exprime ma grande reconnaissance au Pr. NM Samuel et au Dr. Mini Jacob, du département de médecine Expérimentale de la faculté de médecine TNMGR à Chennai, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe présente à la maternité de l'hôpital de Namakkal.

Mes remerciements vont à l'ensemble des personnes qui ont accepté, sur le terrain, de me donner du temps. En particulier mes informatrices du village de Karik, dont Palanie, Papathie, Soubatra, Ranie, les matrones dont Angelai, Satchadie et Palavankodie, les acteurs de santé des ONGS, des hôpitaux et des cliniques de Pondichéry et Chennai et des environs, ainsi que les patientes que j'ai rencontrées et leurs familles.

Il me faut aussi remercier Brigitte Sebastia, chercheur affiliée à l'Institut Français de Pondichéry dont la connaissance de la langue tamoule m'a été d'un grand secours au moment de la translittération des caractères diacritiques.

Merci aux chercheurs du CRECSS et de l'IFP pour nos rencontres, qui bien que peu nombreuses et souvent trop courtes, ont été très salutaires pour la poursuite de ce travail.

Merci à mes ami(e)s, que j'ai mis parfois à contribution pour la relecture de certains chapitres, Cécile Cros, Julien Boussac, Barbara Tenkate, Priscille Sauvegrain, Ségolène et Jon Allfree, Hélène Boyé, Florence Goyard, Anne-Cécile Chauvin et Myriam Blanc.

Merci à ma famille pour son soutien et ses encouragements durant ces années avec un remerciement particulier à Louis Hancart, pour l'ensemble du travail administratif fourni lors de mes séjours à l'étranger.

Merci enfin à Denis et Xiaodane, compagnons fidèles de mes routes et de mes doutes et foyers de ma détermination et de mon énergie.

TABLE DES MATIERES

NOTES SUR LA TRANSLITTATION	9
AVANT-PROPOS.....	10
INTRODUCTION.....	13
De la construction d'un objet	14
Terrains d'enquêtes	16
Le contexte géographique et politique :	23
l'Inde contemporaine.....	23
Quelques concepts	26
Deux perspectives historiques	31
de la médicalisation de l'accouchement.....	31
Champs théoriques de l'anthropologie.....	35
de la reproduction en Occident.....	35
Champs théoriques de l'anthropologie.....	41
de la naissance en Inde	41
Construction d'un cadre théorique	45
Présentation.....	47
PARTIE I	51
NAÎTRE DANS UNE COMMUNAUTE D'INTOUCHABLES.....	51
LE VILLAGE DE KARIK.....	52
ELEMENTS MONOGRAPHIQUES.....	52
Le village et ses habitants	54
Des dieux et des conflits.....	57
Des femmes et des hommes	60
CONCEPTIONS DES ENFANTS EN PAYS TAMOUL.....	64
VOULOIRS ET POUVOIRS.....	64
Représentations de l'engendrement et le rôle des <i>pucci</i>	66
Désordres et traitements de l'infertilité	70
Maternités « alternatives ».....	76
Les moyens de ne pas concevoir.....	80
Lorsque l'enfant doit disparaître.....	83
LE TEMPS DE LA GESTATION :	91
LES PRESCRIPTIONS ET LE <i>VALAIKAPPU</i> , ...	91
UN RITE DE LA GROSSESSE AU TAMIL NADU	91
L'impératif de la procréation.....	91
Les manifestations contemporaines d'une tradition.....	93
Une grossesse contrôlée	97
Le rituel du <i>valaikāppu</i>	104
Les enjeux de deux pratiques de Prédiction	107
Les événements « contextuels » du rite	112

L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE.....	115
AVEC LA MATRONE ANGELAI.....	115
Eléments biographiques	115
Le temps du « travail » ou.....	119
Les douleurs de la naissance	119
Le traitement de la douleur	124
Lorsque le bébé ne sort pas	129
Variations autour du cordon.....	133
La gestion du placenta	138
Après la naissance.....	141
Dépollution et protection.....	146
 PARTIE II.....	 151
LES MATRONES	151
 TRANSFORMATIONS CONTEMPORAINES	 152
DES PRATIQUES DES MATRONES AU TAMIL NADU	152
 LES SAVOIRS, LES POUVOIRS ET	 153
LES SOINS RECOMPOSES DE SATCHADIE	153
Une transmission familiale des savoirs.....	154
Un savoir « biomédical ».....	155
Pouvoir de guérir et prestige social.....	156
Les pouvoirs de l'énéma	158
Une pratique récalcitrante	161
De la composition d'un « bon soin »	164
 LES DERNIERS JOURS DE PALAVANKODIE.....	 166
OU LA FIN D'UNE MATRONE ?.....	166
Une occasion ratée	169
Un interdit discuté.....	170
Du soin à l'accompagnement.....	172
L'enregistrement administratif des pratiques de soins	174
A propos des « effets non attendus ».....	176
 ENJEUX SANITAIRES, SOCIAUX ET POLITIQUES	 182
DE LA FORMATION DES MATRONES EN INDE.....	182
Faits historiques et justifications sanitaires	183
« TBA » ou les facettes d'un concept.....	187
Les matrones et la santé publique	191
Le rôle des matrones : des opinions contrastées.....	196
La formation des matrones et la construction	203
du « savoir d'autorité» en obstétrique	203
 PARTIE III.....	 213
NAÎTRE À L'HÔPITAL.....	213
 DES NAISSANCES CONTROLEES.....	 220
Contexte indien de la biomédicalisation de l'accouchement.....	220
Accoucher A la maison ou a l'hôpital : Un « choix » ?.....	224
Un contrôle des naissances « permanent » : La ligature tubaire.....	233

DES NAISSANCES RE-ORDONNEES	239
Le corps séparé de son identité sociale	240
Le corps enceint, « une machine à accoucher » ?	250
DES NAISSANCES « TECHNO-LOGIQUES » :	256
LE CAS DES CESARIENNES	256
Petite histoire de la césarienne.....	257
L' « épidémie » indienne de césarienne.....	258
Logiques à l'oeuvre.....	260
Le refus de la césarienne.....	266
Interprétations populaires	269
 PARTIE IV	 275
NAISSANCES ET VIH.....	275
L'EPIDEMIE A VIH.....	276
DU VILLAGE DE KARIK A L'UNION INDIENNE	276
Le VIH à karik : Invisible et dénié	277
Etat des lieux de l'épidémie à VIH en Inde.....	280
Prévention de la transmission mere-enfant du VIH au Tamil Nadu.....	292
PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	297
DANS UN HOPITAL DE DISTRICT EN INDE DU SUD :	297
LA CONSTRUCTION SOCIALE DES PRATIQUES	297
ET DES ROLES PROFESSIONNELS	297
Contexte institutionnel du programme	299
de PTME à l'hôpital de Namakkal.....	299
Les pratiques de conseil.....	305
Le test de dépistage du VIH	309
La prise en charge de l'accouchement	314
UNE « EPIDEMIOLOGIE SOCIOCULTURELLE »	323
DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	323
Faits conjoncturels.....	323
Epidémiologie socioculturelle.....	326
Approches et méthodes.....	326
En amont de la transmission mère-enfant du VIH, ...	331
la « vulnérabilité » des femmes indiennes au VIH	331
Les déterminants de l'accès aux soins.....	337
Les pratiques d'accouchement à l'hôpital	349
Les matrones et la prévention.....	355
de la transmission mère-enfant du VIH.....	355
 CONCLUSION ET PERSPECTIVE :	 368
NAISSANCES ET « SAVOIR D'AUTORITÉ »	368
UN CHANGEMENT DE PARADIGME ?	368
L'école de Jordan.....	370
Savoir d'autorité et biopouvoir.....	371
Les savoirs médicaux, les normes pratiques et le VIH	373
De l'autorité des savoirs populaires : Le cas des matrones	375
Les politiques de la naissance	378

TABLE DES MATIÈRES

Perspectives	380
BIBLIOGRAPHIE.....	383
PHOTOGRAPHIES.....	407
ANNEXES.....	412
CARTES DE L'INDE.....	413
MÉTHODE ET INFORMATEURS.....	415
INDEX BOTANIQUE.....	419
ASPECTS BIOMEDICAUX DE LA TRANSMISSION.....	422
MERE-ENFANT DU VIH DANS LES PAYS DU SUD.....	422
DIFFUSION DES RESULTATS.....	426
PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS.....	426
LA LUTTE CONTRE L'EPIDEMIE A VIH EN INDE.....	429
DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL : CHRONOGRAMME.....	429

NOTES SUR LA TRANSLITTÉRATION

Voyelles et voyelles diacritiques

அ	ஆ	இ	ஈ	உ	ஊ	எ	ஏ	ஐ	ஒ	ஓ	ஔ	
a	ā	i	ī	u	ū	e	ē	ai	o	ō	au	
[ʌ]	[a:]	[i]	[i:]	[u,ʉ]	[u:]	[e]	[e:]	[ʌy]	[o]	[o:]	[ʌu]	
ப	பா	பி	பீ	பு	பூ	பெ	பே	பை	பொ	போ	பௌ	ப்
pa	pā	pi	pī	pu	pū	pe	pē	pai	po	pō	pau	p

Consonnes

Grantha letters

க	k [k, g, x, ɣ, h]	த	t [t̪, ʈ, ʈ̪, ʈ̪̌]	ல	l [l]	ஐ	j [ɟ]
ங	ŋ [ŋ]	ந	n [n]	வ	v [v]	ஷ	ʃ [ʃ]
ச	c [tʃ, ʈʃ, ʃ, s]	ப	p [p, b, β]	ழ	ʒ, ɽ, r [ɹ]	ஸ	s [s]
ஞ	ɲ [ɲ]	ம	m [m]	ள	ɭ [ɭ]	ஹ	h [h]
ட	ṭ [t̪, ʈ, r]	ய	y [j]	ற	ɽ, R [r, t̪, d]	க்ஷ	kʃ [kʃ]
ண	ṇ [ɳ]	ர	r [r]	ன	ɳ, N [n]		

Exemples de caractères combinatoires

னை	ரூ	ஐ	டி	டீ	கு	கூ	நு	டு	ணு	து
ṇā	rū	ṇā	ṭi	ṭī	ku	cū	ṇu	ṭu	ṇu	tu
நு	மு	ரு	லு	லூ	று	ழு	னு	ஜு	ஷு	ஸு
nu	mu	ru	lu	lū	ru	ḷu	ṇu	ju	ʃu	su
ஹு	க்ஷு	கூ	னூ	ணூ	தூ	நூ	மூ	ரூ	லூ	ழூ
hu	kʃu	kū	ṇū	ṇū	tū	nū	mū	rū	lū	ḷū
ளு	றூ	னூ	ஜூ	ஷூ	ஸூ	ஹூ	க்ஷூ	ஐண	லை	ளை
ḷū	rū	ṇū	jū	ʃū	sū	hū	kʃū	ṇai	lai	lai
ஐண	ஐண	ஐண	ஐண	ஐண	ஐண	ஐண	ஐண	ஐண	ஐண	ஐண
ṇai	ṇo	ṇo	ṇo	ṇo	ṇo	ṇo	ṇo	ṇo	ṇo	ṇo

Les noms des gens, des lieux, des castes et des divinités sont notés sans caractères diacritiques.

Source : Tamil Lexicon (1924-1936).

AVANT-PROPOS

L'aventure de la thèse a commencé à Kaboul, en Afghanistan¹, alors que je rédigeais le document destiné à des bailleurs de fonds qui proposait une étude anthropologique de la transmission mère-enfant du VIH lors de l'accouchement en Inde du Sud. Mes activités quotidiennes me conduisaient à formuler certaines questions autour de la naissance. Par exemple, la distance qui sépare les recommandations formulées par les représentants des institutions internationales de santé publique et les pratiques telles qu'elles sont effectuées dans des « systèmes de naissance » variés m'apparaissait présenter un espace propice à l'étude de la multiplicité des situations sociales qui déterminent ou non l'applicabilité de telles mesures. Ultérieurement, lorsque j'ai commencé la recherche ethnographique en Inde du Sud, j'ai pu concevoir et formuler des objectifs propres à un travail de thèse en sciences sociales. Néanmoins, cette thèse est inspirée, en partie, de la somme de mes expériences professionnelles antérieures dans le domaine de la santé des mères et des enfants que j'avais appréhendé sur des terrains variés : en France, en tant que sage femme hospitalière ; en Mauritanie, en Angola, au Pakistan et en Afghanistan en tant que coordinatrice de projet de santé mère-enfant pour le compte de l'association humanitaire internationale Médecins du Monde. Ainsi, j'ai pu aborder mon objet selon des angles d'approche riches et variés : d'un point de vue de la pratique clinique, selon une approche de santé publique, sur le plan de la gestion des acteurs de santé et de la programmation des activités sanitaires. Enfin, j'avais commencé à étudier le domaine de l'anthropologie de la naissance, lors de mon étude de DEA conduit au Ladakh en Inde himalayenne.

Au moment de l'écriture, il est apparu que mes réflexions étaient souvent orientées vers des problématiques propres au domaine de la santé publique au dépend d'autres questionnements qui relèvent de la discipline de l'anthropologie. La lecture de travaux de recherches en sciences sociales et les commentaires de mes deux directeurs à propos des versions préliminaires de certains chapitres de la thèse

¹ A cette période (de juin à décembre 2002), j'étais chargée de la coordination des programmes de Médecins du Monde dans cette région.

m'encourageaient à opérer un déplacement du regard afin de considérer mon objet d'un autre point de vue. C'était un exercice difficile. Premièrement, il fallait me départir d'une posture de professionnelle de la santé et me libérer des représentations du corps propres à la biomédecine. Je devais apprendre à « ne plus partir du corps biologique en tant que catégorie, vérité et savoir, et [à me] (...) situer sur le terrain des modalités multiples d'interprétations du social, du subjectif mais aussi du biologique pour l'étude des réalités entourant les affaires du corps (...) » (Saillant, Genest, 2005 : 10)². Ajoutés aux biais induits par ma formation antérieure à l'anthropologie, mon sujet consacré à la naissance présentait de nombreux pièges. Il est probable que si j'avais choisi un thème de recherche moins familier, les tentations auraient été amoindries. Enfin, il me semble que les conditions de l'enquête de terrain ont été des facteurs déterminants quant à la plus ou moins grande réussite de l'exercice proposé. Avec du recul, il m'apparaît que la partie de la thèse consacrée à la naissance dans le contexte du sida est la moins satisfaisante de ce point de vue. Ce résultat me semble à mettre en perspective avec les carences de l'ethnographie liées aux difficultés à obtenir les autorisations nécessaires à l'enquête. Une collecte de données émiqes plus satisfaisante aurait pour effet de rendre la tâche plus aisée, comme ce fut le cas lors des trois autres ethnographies de la naissance (en milieu populaire, avec les matrones et à l'hôpital). En outre, je reconnais que, dans une moindre mesure, ces trois autres parties de la thèse ne sont pas non plus exemptes de « dérapages ». Par ailleurs, les cadres institutionnels, orientés pour la plupart dans le domaine de la recherche clinique et du sida, au sein desquels j'ai eu l'occasion de présenter plusieurs communications scientifiques ont eu des influences diverses sur la façon dont j'ai construit mes hypothèses de recherche et l'analyse de mes données de terrain. Enfin, il me semble que mes réticences à ne pas endosser pleinement la posture de l'anthropologue sont liées à la difficulté que j'ai souvent éprouvée à me détacher des préoccupations militantes à l'origine de ma démarche scientifique. Certains chercheurs, en particulier ceux liés au Mouvement anti-utilitariste en sciences sociales³, ont dénoncé, certes, la

² C'est ainsi que Saillant et Genest (Op Cit : 10) qualifie l'un des mandats de l'anthropologie médicale soit « l'incorporation ».

³ Ce mouvement a fondé *La Revue du MAUSS*, d'abord appelée *Le Bulletin du MAUSS* (1982-1988), puis, après sa reprise par les éditions La Découverte en 1988, *La Revue du MAUSS* (trimestrielle), est devenue en 1993 *La Revue du MAUSS semestrielle*. Voir le site: la <http://www.revuedumauss.com.fr/>.

soumission des scientifiques du social à la logique des intérêts posés par les institutions en tant que renonciation à la mission critique de notre discipline⁴. Pour ma part, l'exercice critique auquel je souhaitais participer était animé du souci du partage et des usages du savoir que nous produisons⁵ et de notre responsabilité envers autrui et envers le monde que nous habitons.

Ainsi, la mention de ces événements personnels et contextuels vise à informer le lecteur des modalités de construction de cette recherche et de transcription des résultats. Cette « objectivation participante »⁶ a pour objet d'explorer les conditions sociales de possibilité - donc les effets et les limites - de cette expérience (Bourdieu, 2003). En effet, « (...) outre que la science ne peut se réduire à l'enregistrement et à l'analyse des « prénotions » (...) que les agents sociaux engagent dans la construction de la réalité sociale, elle ne doit pas ignorer non plus les conditions sociales de la production de ces pré-constructions et des agents sociaux qui les produisent. » (Ibid. : 44).

⁴ Cette proposition s'avère pertinente dans le contexte de rentabilité à court terme demandé actuellement à la recherche.

⁵ Cette thèse a donné lieu à la publication de plusieurs chapitres et articles scientifiques et à de nombreuses communications mentionnés en annexe.

⁶ ou « Participant objectivation » titre du discours prononcé par Bourdieu le 6 décembre 2000 lors de la remise de la « Huxley Memorial Medal for 2000 », au Royal Anthropological Institute de Londres.

INTRODUCTION

La naissance dont il est question dans ce travail est celle abordée du point de vue de l'anthropologie de la santé tel quelle a été décrite par Fassin (2000) soit comme « le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique de l'autre » (p :96). L'anathème, souvent rappelé par les partisans de la démedicalisation de l'accouchement⁷ (en réaction à l'utilisation abusive des techniques biomédicales dans la prise en charge de la naissance), veut que l'accouchement ne soit pas une maladie. Cette proposition est effectivement pertinente dans les contextes où les soins biomédicaux sont accessibles et/ou gratuits et où une majorité de femmes accouchent dans ces institutions ou à domicile en bénéficient si nécessaire. Cependant, en Inde, pour de nombreuses femmes, l'expérience de la maternité s'apparente à un danger mortel que seule une prise en charge biomédicale de qualité est souvent à même de contourner. Enfin, l'issue favorable de la grossesse et de l'accouchement est corrélée avec les déterminants de la santé en général et de la santé de la reproduction en particulier. En outre, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la « santé de la reproduction » en référence au concept de santé, énoncé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 :

« La santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante). Cela signifie aussi que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger. » (Fathalla, 1992 : 3).

Ainsi, l'anthropologie de la naissance peut être définie comme un axe de recherche de l'anthropologie de la reproduction. Ce domaine de recherche s'intéresse à la manière dont les personnes, dans divers contextes culturels et dans des sous-groupes sociaux variés à l'intérieur d'une culture, reconnaissent et définissent leurs

⁷ J'étudierai cette question ultérieurement.

aspirations et leurs problèmes par rapport à l'événement de la naissance, s'occupent des femmes enceintes et protègent leur devenir et celui de leur nouveau-né.

DE LA CONSTRUCTION D'UN OBJET

Cette recherche a pu être menée grâce aux financements alloués par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida⁸ et par l'organisation Sidaction⁹, bailleurs de fonds de nombreux programmes recherches sur le sida menés en France et dans certains pays du Sud. A l'origine, le projet proposé visait à présenter une étude anthropologique de la transmission mère-enfant du VIH. Le terrain de l'Inde du Sud avait été choisi en raison de l'articulation possible de ce projet avec celui en cours à l'Institut Français de Pondichéry concernant une approche anthropologique de la transmission du VIH de la mère à l'enfant lors de l'allaitement. En effet, dans le domaine des sciences sociales, la transmission mère-enfant du VIH est étudiée du point de vue de l'allaitement (Bonnet *et al*, 2002; Desclaux *et al*, 2004; Desclaux, 1996; 2002a; 2004a; 2004b; 2004c; Desclaux, Taverne, 2000). Jusqu'à présent, ce thème n'a fait l'objet d'aucun travail spécifique en ce qui concerne l'accouchement. Le projet proposait de décrire et d'analyser la façon dont les événements de la conception, de la grossesse et de l'accouchement favorisent ou non la vulnérabilité de l'enfant à naître à l'infection par le VIH. Les objectifs spécifiques du projet étaient les suivants. Il s'agissait de réaliser une ethnographie des pratiques d'accouchement pour mettre en évidence celles qui sont susceptibles de réduire ou de favoriser la transmission du VIH et de décrire et analyser les variations des savoirs et des pratiques dans des systèmes de naissance variés (accouchement à domicile avec accoucheuse traditionnelle ayant reçu ou non une formation au sein du système biomédical, accouchement dans un dispensaire, accouchement à

8 Créée en 1992, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida anime, coordonne et finance en France et dans les Pays du Sud les recherches sur le sida et les hépatites virales B et C. Financée par l'Etat français, l'ANRS définit des priorités scientifiques et mobilise la communauté scientifique. Egalement elle finance des programmes et des bourses de recherche après évaluation par ses instances scientifiques. Voir le site www.anrs.fr.

9 L'association Sidaction, alors nommée Ensemble Contre le Sida (ECS), est née en 1994. Elle est issue d'un collectif composé d'associations, de chercheurs et de médecins, réunis dans le but de collecter des fonds et venir en aide aux victimes du VIH/sida. www.sidaction.org.

l'hôpital). Enfin, la production des données concernant la faisabilité et l'acceptabilité des mesures de prévention de la transmission materno-infantile du VIH au cours de l'accouchement avait pour but de contribuer aux travaux en cours dans les pays du Sud. J'envisageais d'exposer mon objet de recherche au parcours choisi par un grand nombre d'études d'anthropologie du développement qui mène de la santé publique à l'anthropologie (Escobar, 1995; Ferguson, 1997; Hours, 1998; Pigg, 1997a). Secondairement, à la manière des travaux menés au sujet de l'allaitement et du VIH en Afrique de l'Ouest (Desclaux, Taverne, 2000), il me fallait opérer une opération de formulation des propositions concrètes d'actions de prévention¹⁰.

Les objectifs de la thèse sont différents. Il s'agit ici de décrire et d'analyser les représentations sociales et les pratiques mobilisés autour de la naissance ainsi que les changements et les adaptations des systèmes médicaux mobilisés lors de cet événement dans le contexte de l'Inde contemporaine. Les investigations pouvaient donc être menées en suivant le modèle du système médical proposé par Kleinman (1980)¹¹ c'est-à-dire l'ensemble des acteurs et des pratiques appartenant au secteur populaire, au secteur traditionnel et au secteur biomédical. Ces systèmes médicaux ne devaient pas faire l'objet d'une « analyse statique », mais, comme la proposé Paul (1955), d'une analyse des modalités de leur rencontre (Massé, 1995: 41). Parvenu à son terme, ce travail propose une anthropologie des savoirs autour de la naissance dans le contexte de l'Inde contemporaine. Le choix de cette perspective a été construit en fonction des opportunités et des contraintes rencontrées sur le terrain. Cette redéfinition de l'objet de recherche témoigne, par ailleurs, des effets de la démarche anthropologique en tant qu'itinérance qui organise ce qu'elle a collecté (Benoist in Levy, 2000). Trois facteurs majeurs sont à l'origine de la construction de l'objet d'étude. Premièrement, la démarche anthropologique elle-même a permis de reformuler les objectifs de la thèse selon des perspectives autres que celles définies initialement lors de la rédaction du projet initial pour les bailleurs de fonds. L'insertion de mon travail de recherche dans le programme d'anthropologie de la santé développé par le Centre de Recherche Cultures Santé Sociétés m'a conduit à

¹⁰ Cette partie du travail n'a pas sa place dans la thèse. Elle a donné lieu à l'écriture de rapports de recherches destinés à l'ANRS et à Sidaction, à la rédaction d'articles et à la présentation de communications scientifiques.

¹¹ Kleinman a proposé d'autres modèles dont le modèle explicatif de la maladie. Voir à ce sujet Massé (1995) Chapitre 8.

développer un axe de recherche consacré à l'étude des systèmes médicaux mobilisés autour de la naissance. Dans la démarche anthropologique, ces systèmes sont considérés en tant que systèmes culturels, sociaux, opératoires, qui donnent à la santé et la maladie, ou ici la naissance, son sens, sa forme et son évolution (Desclaux, 2006). Deuxièmement, les contraintes du terrain que je définirai ultérieurement ont favorisé le travail ethnographique au sujet des pratiques de la naissance en milieu populaire. Troisièmement, ce projet s'inscrivait dans les travaux menés par le département des sciences sociales à l'Institut Français de Pondichéry au sein du programme « Sociétés et Médecine en Asie du Sud : Etudes comparées ». Cette insertion a permis l'ouverture d'un champ d'étude supplémentaire à propos des dynamiques sociales, identitaires et politiques des traditions de soins autour de l'accouchement. Au total, ce travail vise à confronter les données ethnographiques aux théories développées par l'anthropologie de la naissance et à formuler d'autres perspectives de recherche pertinente dans le contexte de l'Inde et du sida¹².

TERRAINS D'ENQUETES

Ce travail de recherche présente quatre ethnographies menées dans le cadre des « systèmes de naissance » précédemment décrits. La confrontation avec les contraintes diverses qui limitaient mon accès aux terrains de recherche envisagés m'a conduite à opter pour une méthode que je qualifie d'« approche par réseau ». Les premières prises de contacts avec les responsables d'institutions biomédicales ont rapidement révélé la difficulté d'obtenir les autorisations de recherche nécessaires. C'est en raison de cette contrainte majeure que j'ai construit ma stratégie d'identification des terrains de recherche. Dans un premier temps, j'ai privilégié l'étude de la maternité en milieu populaire, qui en dehors de contacts personnels initiaux ne demande aucune autorisation administrative préalable. Le village de Karik¹³ a été choisi en raison des relations amicales précédemment établis sur place par Pragathi, l'assistante de recherche, que je présenterai ci-dessous. Certes, cette

¹² Je décrirai plus loin la construction théorique de mon objet d'étude.

¹³ Je présente une ethnographie de ce village dans la partie I.

stratégie a été favorable à mon intégration sociale dans le quartier de ce village où résidaient les amies de Pragathi. J'ai eu la chance d'avoir une position facile dans le système de relation qui me liait aux femmes que je rencontrais. J'étais l'amie de Pragathi dont la présence dans ce quartier du village n'était depuis longtemps plus un objet d'interrogations ni de suspicion pour les femmes du voisinage et de la famille de Papathie. Bien que le présent travail propose quatre ethnographies de la naissance menées sur quatre terrains différents, une grande partie de la collecte des données a été conduite dans le village de Karik. Les discours et les pratiques de mes interlocutrices, Papathie, Pallanie, Soubatra, Rani, Kuruchide et la matrone Angelai m'ont permis d'avoir une appréhension globale du recours à l'accouchement, qui ne mobilise pas uniquement le système populaire. En effet, si certaines femmes avaient accouché avec l'aide de la matrone Angelai, d'autres se rendaient au centre de santé le plus proche, ou à la maternité de Pondichéry. Les entretiens étaient conduits le plus souvent sur le mode d'une interaction amicale. Cette méthode avait pour avantage de recueillir de nombreuses informations au sujet des « histoires » du quartier et des préoccupations quotidiennes des femmes rencontrées. Néanmoins, elle ne permettait pas toujours d'obtenir des informations précises et détaillées à propos des sujets que je souhaitais aborder.

Satchadie, la matrone exerçant dans la ville de Pondichéry faisait partie du réseau social de Pragathi. Les matrones villageoises que nous avons rencontrées étaient les parentes plus ou moins directes de nos informatrices principales résidant dans le village d'étude. Les relations amicales que j'avais établies avec certaines personnes de mon entourage à Pondichéry me permirent d'avoir accès à certaines maternités privées des environs de Pondichéry. Par exemple, je me rendis au Pondichéry Institute of Medical Science, un hôpital privé renommé des environs, grâce au soutien apporté par le fils du directeur du Pondicherry Institute of Linguistics and Culture qui travaillait dans cet hôpital en tant que chirurgien orthopédiste. Puis je parvins à pénétrer dans la maternité de l'hôpital général de Pondichéry grâce à l'appui de la propriétaire de l'appartement que je louais sur place. Cette personne, amie de la secrétaire du gouverneur de Pondichéry, me permit d'avoir un « certificat de recommandation » à présenter à mon arrivée à la maternité. Les observations et

entretiens conduits dans ce cadre furent très utiles pour améliorer ma compréhension du contexte de la naissance en milieu biomédical. Cependant, le temps alloué à cette ethnographie fut restreint. Les personnes ainsi rencontrées voulaient bien m'accueillir. Néanmoins, ma présence dans leurs institutions n'était acceptée que pour des durées limitées à quelques heures ou quelques jours. Ensuite, des contacts institutionnels établis antérieurement par le Pr. Alice Desclaux et le Dr. Patrice Cohen m'ont permis de rencontrer des acteurs d'organisations non gouvernementales impliqués dans la lutte contre le sida au Tamil Nadu. Ces contacts ont rendu possible les recueils de données concernant l'accouchement en milieu biomédical et la mise en œuvre d'un programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH dans un hôpital de district, seul « système de naissance » biomédical où j'ai pu effectuer un terrain de longue durée.

Initialement, Pragathi n'avait pas été désignée comme mon assistante de recherche mais en tant que coordinatrice locale du projet sur le plan institutionnel. La première personne recrutée pour faire ce travail démissionna dans les jours qui suivirent son recrutement. Une semaine plus tard, Pragathi m'annonça qu'avec l'accord de sa direction, elle se proposait d'assurer elle-même la fonction d'assistante de recherche. Sa charge de cours lui en donnait le temps, et il lui semblait que ce projet se présentait comme une occasion de « refaire du terrain », exercice qu'elle avait abandonné depuis la fin de ses études, dix ans auparavant. Pragathi connaissait parfaitement le village qu'elle avait elle-même choisi pour l'étude de l'accouchement en milieu populaire. Elle avait conduit son terrain de recherche doctorale¹⁴ dans ce village dix ans auparavant et y avait gardé de fidèles amis. Pragathi avait cependant des connaissances très limitées au sujet des problématiques de la naissance et du sida. Par conséquent, je décidai d'instaurer des séances de « formation réciproque ». Elle m'expliquait certains aspects du contexte culturel et social tamoul. Pour ma part, mon objectif était, dans un premier temps, de l'amener à conceptualiser différents aspects des pratiques liées à la naissance, ce qui lui permettrait de mieux intégrer les grilles d'entretien que j'avais préparées. Par la suite, je lui donnai les

14 Cette thèse a été menée dans le cadre de l'« University of Madras » à Chennai, dans le domaine de l'anthropologie sociale. Elle s'intitule "Educational and Occupational Mobility: A Study of Arundhathiyar of Pondicherry".

moyens nécessaires, selon moi, pour appréhender certaines problématiques sanitaires et sociales autour du sida. Ces échanges réguliers ont été très fructueux sur le plan de notre appréhension respective des discours rapportés et des faits observés. Par ailleurs, le lien professionnel ainsi établi se transforma, dans les mois qui suivirent, en une relation d'amitié. Cette connivence n'a eu cesse d'augmenter notre plaisir à mener ensemble l'expérience du terrain. Elle fut un facteur déterminant de la bonne marche du travail ethnographique.

La connaissance de la langue fut une contrainte majeure lors de la collecte des données. Dans ce contexte, ma dépendance face à la personne chargée de la traduction était entière. En dehors des entretiens menés auprès de certains soignants et des acteurs d'ONGs qui ont pu être réalisés en anglais, la collecte de données au niveau villageois et auprès de la matrone pondychérienne a été essentiellement réalisée en tamoul¹⁵. Le temps et l'énergie que j'ai consacrés à l'apprentissage de cette langue me permirent de déchiffrer les caractères écrits, sans pour autant comprendre leur signification, et d'écrire quelques mots. Mon niveau de tamoul était acceptable pour mener une conversation élémentaire, faire les courses ou prendre un bus, mais, sans surprise, insuffisant pour réaliser moi-même un entretien. Pour pallier ce handicap, la méthode que j'avais instaurée avec Pragathi était la suivante. Afin de ne pas perturber la discussion établie avec l'informateur, Pragathi me donnait, en temps réel et en anglais, une traduction courte et partielle des éléments principaux de la discussion lorsque les circonstances le permettaient. Par exemple, la survenue d'un événement, l'arrivée d'une autre personne, ou un flottement de l'interaction me permettaient de recevoir quelques informations au sujet de l'entretien et parfois de relancer la discussion. Le terrain terminé, nous nous retrouvions avec Pragathi pour rédiger une note de l'entretien ou des entretiens effectués dans la journée. J'identifiais les « red points », les points rouges, c'est à dire les éléments au sujet desquels je souhaitais poursuivre la discussion la fois suivante.

15 Le tamoul une langue dravidiennne. Les langues dravidiennes constituent le groupe linguistique le plus important parmi les langues non indo-européennes. Elles sont parlées par environ un quart de la population indienne dans les quatre Etats du Sud de l'Inde. Les quatre langues écrites sont le tamil, le télougou, le malayalam et le kannada (Deliège, 1996). Le tamoul est une des plus anciennes langues au monde parlé depuis plus de 2000 ans en particulier dans l'État du Tamil Nadu et l'Union territoriale de Pondichéry, où il a le statut de langue régionale officielle. C'est également une langue officielle en Malaisie et au Sri Lanka (Assimil 2002) .

L'avantage de cette méthode est qu'elle était favorable à établir une conversation entre Pragathi et l'informateur. L'option de traduction immédiate que j'avais expérimentée lors de mon terrain de DEA m'avait laissée insatisfaite. J'avais parfois douté de la pertinence des propos rapportés dans un contexte où l'interaction était coupée, en permanence, par la nécessité de la traduction. Cependant, les défauts de ma nouvelle option étaient très nombreux. Lors de certains entretiens je restais, pendant un temps affreusement long, témoin d'une conversation dont je ne comprenais que quelques mots épars. Ces instants m'encourageaient à cultiver mon effort de patience et de concentration. Je m'efforçais de rester attentive à la construction grammaticale des phrases, aux tons de la parole et aux postures des locuteurs. « Je devenais observateur sous influence » (Balandier, 1997 : 80). J'élargissais mon champ d'observation vers les acteurs de « second plan » et vers les scènes qui se déroulaient au même instant. Je m'efforçais à rendre l'observation « flottante, souple et inventive autant qu'intelligente » (Affergan in : Laburthe-Tolra, 1998 : 57). Et souvent, je finissais par m'impatisser. Je partais à la recherche du moindre signe de silence ou de temps d'arrêt, pour entrer dans la conversation et m'enquérir de la nature des échanges établis par Pragathi.

De temps en temps, lorsque nous pouvions avoir une rencontre en privée, avec des personnes que nous connaissions depuis un certain temps, les entretiens étaient enregistrés. Utilisé dans ces circonstances favorables, le magnétophone permettait de faire une collecte de données dans la sérénité. Mes craintes des opérations de sélection, consciences ou inconscientes, opérées par Pragathi dans la restitution des données étaient ainsi annulées. Le magnétophone ne semblait pas gêner l'interaction. Il est probable que, parfois, l'enregistrement a été propice à la « théâtralisation » des discours de nos interlocutrices. Cependant, ce défaut me semble à minimiser par rapport à la précision des données ainsi relevées.

D'une manière générale, il me semble que l'option initiale de mener une collecte de données selon une approche par réseau a été un élément favorable pour établir une succession d'interactions verbales « joyeuses » (Goffman, 1974: 119). La plupart du temps, celles-ci permettaient de préserver « l'éveil et le maintien de l'engagement

spontané des participants au sein d'un foyer d'attention officiel. » (Ibid : 101). Cependant, je serai réservée quant à une généralisation excessive du succès de « ma » méthode. Malgré la prudence, le recoupement des discours et le recours à l'observation lorsque le contexte le permettait, la collecte des discours ainsi mise en œuvre n'exclut pas le recueil de propos discordants avec les faits réels et recomposés par l'interlocuteur. En effet, une interaction est aussi « (...) un petit système social qui tend à préserver ses frontières; c'est un îlot de dépendance et de loyauté, avec ses héros et ses traîtres. » (Ibid : 101).

Les données enregistrées étaient ensuite confiées à un traducteur (ultérieurement une traductrice) qui se chargeait de leur transcription en français. L'ensemble des données enregistrées ou non et traduites en français m'étaient rendues en format Word. Elles ont fait l'objet du traitement suivant : j'avais construit grâce à l'outil informatique Excel des grilles d'analyse à plusieurs niveaux me permettant d'organiser les données en champs thématiques selon des thèmes qui émergeaient lors de la première analyse. Par la suite, les divisions que j'avais opérées entre différents champs sémantiques ne me semblaient pas forcément pertinentes. Ainsi, je me servais principalement du premier niveau classificatoire construit en opérant une segmentation temporelle des événements autour de la maternité (conception, grossesse, accouchement, post-partum). Puis j'opérais d'autres sélections permettant d'organiser les données relevées au sujet des thématiques relatives à la prise en charge des accouchements en milieu biomédical (consultations, salle d'accouchement, hospitalisation). Enfin j'opérai une distinction entre les propos qui relevaient des patientes et des familles et des soignants. Plus tard, lors de la collecte de données concernant l'accouchement dans le contexte du VIH et l'accès au traitement antirétroviral, mes classifications n'étaient plus appropriées. Je les ai alors modifiées en fonction des nouvelles variables à considérer.

Après cette présentation de l'objet d'étude et de ses modalités d'investigations, quelques remarques générales concernant le lieu géographique de l'étude

s'imposent¹⁶. Le terrain a été mené en Inde du Sud, dans l'état du Tamil Nadu, dans quatre sites différents. Par souci de clarté et avec une attention portée à la mention des mots clés j'ai choisi de nommer la région de l'Inde du Sud et non l'état du Tamil Nadu dans le titre de la thèse. On observe une certaine homogénéité des Etats du Sud, (en particulier du Kerala et du Tamil Nadu) en ce qui concerne l'économie et la santé par opposition aux Etats du Nord de l'Inde. Néanmoins des différences existent entre ces Etats par exemple en ce qui concerne l'utilisation des services de soins publics¹⁷. Le village de Karik, et plus particulièrement le quartier réservé aux familles intouchables¹⁸, fut un terrain de recherche régulier durant ces quatre dernières années. A mon grand regret, les observations menées à la maternité de Pondichéry et dans diverses cliniques privées de la ville ont été de courte durée. La ville de Chennai fut un terrain propice pour la rencontre avec des ONG impliquées dans la lutte contre le sida. Enfin, l'hôpital de Namakkal, la capitale du district du même nom, fut un lieu riche d'échanges, d'observations et d'émotions.

Au cours de ce travail, je décrirai les éléments spécifiques de l'Etat du Tamil Nadu, en particulier en termes sanitaires. Il me semble cependant préférable de donner au préalable quelques éléments contextuels à propos de l'Inde contemporaine. Ceux-ci apparaissent nécessaires pour situer la spécificité de l'Inde par rapport à l'entité « pays du Sud » à laquelle se rapportent de nombreux écrits de la santé publique et des sciences sociales. Nous verrons que les relevés des données ethnographiques se sont principalement appliquées à décrire les aspects culturels et sociaux de la naissance pour les personnes défavorisées. Ces personnes disposent souvent d'un choix limité de recours à un système de santé qui s'apparente effectivement aux options décrites dans les contextes dits « à ressources limitées ». Cependant ce

16 Les cartes de l'Inde du Sud et du Tamil Nadu présentes en annexe permettront de situer géographiquement les lieux auxquels je ferai référence.

17 L'utilisation de ces services serait plus élevée au Kerala, suivi par le Tamil Nadu, l'Andhra Pradesh et le Karnataka (Navaneetham, Dharmalingam, 2002).

18 Les Intouchables étaient considérés comme impurs, (tellement impurs qu'ils sont «intouchables»), et comme tels rejetés, hors-caste. Le mot intouchable est une appellation donnée par les occidentaux à ceux que Gandhi a nommés les « Harijan », fils de Dieu. Le terme « Dalit » date du XIXe siècle et provient du marathi ou du hindi dalna, broyer, écraser. Il a été utilisé par les pionniers du mouvement d'émancipation pour désigner et regrouper les 1000 à 1500 jati de très bas statut de l'Inde. Depuis 1990, ce terme est utilisé par les militants pour désigner les ex-Intouchables. Le mot Dalit est aujourd'hui, à travers toute l'Inde, la forme politiquement correcte pour désigner ceux qui sont aussi appelés en langage administratif « les castes répertoriées » ou « caste très arriérées », scheduled castes. Au sujet du système des castes et sur les intouchables le lecteur se rapportera par exemple, aux travaux de Dumont (1966) et Deliége (1993, 1997, 2004a et 2004b) et Heuzé (2006).

constat effectué dans les milieux pauvres ne doit pas ignorer que l'Inde compte une classe moyenne et aisée équivalente en nombre à celui de la population européenne¹⁹.

LE CONTEXTE GEOGRAPHIQUE ET POLITIQUE : L'INDE CONTEMPORAINE

Ce paragraphe ne peut rendre compte de l'ampleur et de la complexité des enjeux individuels et collectifs, locaux, nationaux et internationaux qui composent le contexte de l'événement de la naissance en Inde. Cependant, ces informations visent à poser un cadre général capable de favoriser une lecture « éclairée » des éléments ethnographiques qui suivront.

L'Inde ou Union Indienne est située dans le sud de l'Asie et occupe la majeure partie du sous-continent indien. Depuis un quart de siècle, ce pays connaît un essor économique important. Aujourd'hui, L'Inde occupe le quatrième rang mondial derrière la Chine, l'Europe et les Etats Unis en terme de PIB en parité de pouvoir d'achat²⁰. En effet, l'accélération de la croissance autour de 6 à 7% par an et l'ouverture économique se traduit par l'émergence d'une nouvelle super puissance aux côtés de la Chine (Boillot, 2006; Jaffrelot, 2005a). L'Inde regroupe vingt-huit Etats²¹ et sept territoires. C'est une république fédérale démocratique et laïque qui se présente comme « la plus grande démocratie du monde ». L'Inde organise en effet des élections libres depuis plus d'un demi-siècle et a pris l'habitude de l'alternance politique depuis 1977 (Jaffrelot, 2005b). Cependant, l'Union Indienne est une

¹⁹ La classe moyenne, définissant des univers sociaux, économique et politiques variés, compte à la fois des personnes aisées qui s'en réclament afin de mieux protéger leur fortune et leur pouvoir et par des classes basses exagérant leur pouvoir de consommation. Voir au sujet des classes moyennes indiennes le chapitre III. En quête de classe moyenne dans Assayag (2005).

²⁰ La parité de pouvoir d'achat (PPA) est une méthode utilisée en économie afin de calculer un taux de change alternatif entre les devises de deux pays. La PPA mesure combien une devise peut acheter de biens et services en termes d'une autre devise, pour prendre en compte les différences de prix des biens existants entre les pays.

Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Parit%C3%A9_de_pouvoir_d%27achat.

²¹ Voir en annexe la carte des Etats Indiens.

mosaïque d'États où la coexistence de communautés ethniques, linguistiques et religieuses variées posent des problèmes divers.

En Inde, l'espérance de vie était de 41 ans en 1961. Elle est de 65 ans aujourd'hui (Government of India, 2005). La proportion des habitants se situant en dessous du seuil de pauvreté²² a diminué. En nombre absolu, cette proportion est estimée à 41 % en 1992 et à 25 % en 2003. Cette évolution serait à mettre en perspective avec l'essor de la production dans tous les domaines depuis dix ans. C'est à cette expansion que l'Inde doit une croissance du revenu par habitant de 3,5 % par an depuis 1996 (contre 3,1 % pour l'ensemble des pays en développement) et une classe moyenne de plus en plus étoffée : 35 millions d'Indiens disposent de plus de 1000 euros par mois, et leur nombre augmente de 10 % par an. Néanmoins, 450 millions d'Indiens survivent encore avec un dollar par jour (Jaffrelot, 2004; 2005a). L'Inde compte le plus grand nombre de pauvres au monde. D'après le dernier rapport du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), l'indice de développement humain en Inde est passé du 94^e rang (sur 130 pays) en 1994 au 124^e en 1995 et au 127^e en 2003 (PNUD, 2005). Ce classement reflète aussi l'accroissement des inégalités. Car si le revenu par habitant progresse en moyenne, seul un tiers de la population appartenant à la classe moyenne voit sa condition s'améliorer.

En Inde, les inégalités sociales se doublent d'inégalités géographiques de plus en plus marquées. Quatre États, le Bihar, l'Uttar Pradesh, le Madhya Pradesh et l'Orissa représentent plus de la moitié des pauvres de l'Union indienne. Par contre, les États du Kerala, de Goa et du Tamil Nadu affichent des indicateurs démographiques²³ plus satisfaisants, correspondant à leur meilleur développement (Government of India, 2005). De ce point de vue, un contraste oppose le Pendjab à l'Orissa : la proportion des personnes vivant sous le seuil de pauvreté est de 6 % dans le premier et de 42 % dans le second (Jaffrelot, 2004).

²² Le seuil de pauvreté international est le niveau de revenu défini par la Banque Mondiale en vue d'évaluer le nombres de personnes pauvres dans le monde. Le niveau de 1 dollar par jour et par personne est proche des seuils de pauvreté nationaux établis dans les pays à faible revenu mais nettement inférieur à ceux établis dans les pays à revenu élevé. Voir le site de la Banque Mondiale : <http://www.worldbank.org>.

²³ Ceux-ci concernent par exemple les taux de mortalité, d'alphabétisation ou l'espérance de vie

En plus de ces clivages liés à la différenciation des populations, du Nord au Sud, et des villes aux campagnes, la gestion de l'Inde est confrontée à des mouvements sociaux variés. La division des partis politiques, l'instabilité gouvernementale, l'exacerbation des clivages existants et le repli communautaire²⁴ sont les enjeux complexes auxquels ce pays doit faire face (Assayag, 2001). Ainsi, de manière métaphorique on peut dire avec Assayag que l'« intégrité du corps de l'Inde » apparaît menacée par des Etats, des régions, des ethnies, des castes ou des mouvements sécessionnistes. Par ailleurs, en plus de la rivalité avec la Chine, des tensions persistent avec l'Afghanistan, le Bangladesh et surtout le Pakistan (Ibid : 52).

Depuis les années 1990, la politique de libéralisation économique s'est bâtie sur trois axes : la promotion d'un commerce sans entrave, la libre circulation des capitaux et les investissements directs étrangers. En 1991, l'adhésion à l'Ajustement Structurel imposé par le Fond Monétaire International a favorisé l'ouverture du pays au marché mondial. Ces mesures ont aussi accru les différences économiques régionales et les écarts entre les riches et les pauvres (Assayag, 2005). Par ailleurs, « ces stratégies dérégulatrices de l'Etat » ont eu deux conséquences. Premièrement, la montée de l'autoritarisme des élites locales et du pouvoir central. De plus, un soutien croissant a été donné au nationalisme hindou par les différentes classes de la population, comme en témoigne l'accession démocratique au pouvoir central du « Parti du peuple indien » (Bharatiya Janata Party, BJP) (Ibid : 165). Aujourd'hui, les représentations de l'hindouité sont omniprésentes dans les images, les comportements et les modes d'action des personnes. « Cette conception a acquis une force politique de façon diffuse et insidieuse » (Ibid : 260).

La représentation d'une Inde « high-tech » a été largement diffusée par les médias. En effet, les secteurs de l'informatique, des nouvelles technologies de l'information et de la communication, et des biotechnologies se sont extrêmement développés.

²⁴ Ici j'emploie le terme repli communautaire. au sens de communautarisme . Le terme communautaire est également utilisé par le langage du développement pour désigner un groupe social présenté *a priori* comme homogène. Voir Pigg (2001) au sujet des actions dites « communautaires ». Dans ce cas, je l'emploierai entre guillemets.

L'Inde compte le nombre d'informaticiens le plus important au monde et produit une main-d'oeuvre qualifiée, anglophone et peu onéreuse. Ceci a favorisé de nombreuses délocalisations d'entreprises américaines et européennes en Inde pour les activités de services (télémarketing, centres d'appel, gestion des fiches de paye, etc...). Ainsi, l'intégration de L'Inde dans le marché mondial des hautes technologies bouleverse sa position stratégique sur la scène internationale. Cependant l'Inde est confrontée à une distribution très inégale de ses services et des ressources qu'ils produisent (Haag, Ripert, 2006).

Depuis son indépendance, l'Inde a connu une forte augmentation de sa démographie tout en parvenant à nourrir l'ensemble de la population soit plus d'un milliard d'habitants. Les grandes famines des années 1960 ont disparu grâce à la « révolution verte », c'est-à-dire une politique de modernisation de l'agriculture avec l'emploi de nouvelles semences et l'usage massif d'engrais et de pesticides. Mais les sols s'appauvrissent et la pollution des nappes phréatiques devient un problème crucial. Ainsi, l'Inde doit aussi faire face à des défis internes, en particulier ceux de la pauvreté et une détérioration de l'environnement déjà critique dans toutes les grandes villes du pays (Boillot, 2006).

Parallèlement à ces problématiques internes, l'Inde s'inscrit dans les relations internationales comme une puissance régionale. C'est un pays en quête de reconnaissance. La Charte des Nations Unies ne lui donne pas le statut de membre permanent du Conseil de Sécurité et le Traité de non-prolifération nucléaire ne la reconnaît pas comme État doté de l'arme nucléaire. Aussi, l'Inde cherche-t-elle à faire reconnaître le statut de grande puissance. C'est la raison pour laquelle elle a avancé sa candidature au sein du G4 (Allemagne, Brésil, Inde, Japon) pour l'obtention d'un siège permanent au Conseil de sécurité de l'ONU (Boquérat, 2005).

QUELQUES CONCEPTS

Systeme de naissance

Le concept de « système de naissance » dont il est question dans ce chapitre est emprunté à Jordan (1978). Il permet de porter un regard sur la naissance en tant qu'événement biologique, social et symbolique et il se définit comme l'ensemble des acteurs, des pratiques et des représentations mobilisés autour de cet événement dans un secteur de soins donné (populaire, traditionnel ou biomédical). Dans ce cadre, le groupe des acteurs n'est pas réduit aux personnes chargées de dispenser les soins. Il inclut la femme qui accouche et l'ensemble des personnes présentes, soignantes ou non, au moment de l'accouchement. L'étude des pratiques n'est pas limitée à celles des soins. Elle concerne la somme des pratiques sociales mobilisées autour de l'accouchement. Ainsi un regard attentif peut être porté par exemple sur les modes de relation de savoir et /ou de pouvoir entre les personnes ou sur la place donnée à la femme qui accouche. Enfin selon Jordan, le concept de « système de naissance » vise à établir une perception « holistique » de l'événement de la naissance. Il permet une lecture de l'organisation sociale et politique dans lequel s'inscrit une naissance donnée, dans un lieu donné.

Obstétrique

Etymologiquement, le mot obstétrique se compose du préfixe ob en face et du verbe stare debout : pratiquer l'obstétrique consiste donc à se tenir debout face aux obstacles qui gênent la naissance. Actuellement, dans les milieux où la technique est utilisée de façon systématique lors des accouchements, le terme obstétrique désigne une discipline biomédicale de pointe, avec des responsabilités médico-légales et des enjeux éthiques très importants. Dans les milieux à ressources limitées, l'obstétrique regroupe un ensemble de pratiques de soins autour de la grossesse et de l'accouchement. Elle est pratiquée par des personnes ayant suivi une formation biomédicale (médecins, sages-femmes, infirmières) sans recours à la technique. Lors d'accouchement à domicile, principalement dans les pays du Sud, l'obstétrique relève du traitement populaire. Elle est pratiquée par des matrones ou par des femmes appartenant à l'entourage de celles qui accouchent (Morel, Rousseau, 2004)

Matrone, accoucheuse, sage-femme

Dans la Rome antique, le terme de matrone faisait référence aux femmes d'âge mur, expérimentées, dites respectables et généralement mère de famille. Il s'agit aussi d'un terme ancien pour désigner les sages-femmes et par extension pour nommer celles qui exercent illégalement le métier de sage-femme ou qui pratique des avortements²⁵. J'emploierai le terme matrone pour désigner une praticienne de la naissance en milieu populaire (Gelis, 1984; Gélis, 1981). Il convient de ne pas confondre le terme matrone, ni avec celui d'accoucheuse traditionnelle ni avec celui de sage-femme. Le terme d'« accoucheuse traditionnelle » (traduit en anglais par « traditional birth attendant ») est un terme propre au langage du développement²⁶. La définition internationale de la sage-femme, selon l'OMS, la Confédération internationale des sages-femmes (CISF) et la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues (FIGO) est assez simple : si le programme de formation est reconnu par les pouvoirs publics qui autorisent la sage-femme à pratiquer, cette personne est une sage-femme (WHO, 1996). Cette définition conduit à nommer « sages-femmes » des personnes dont les niveaux de connaissances et de compétence sont très différents²⁷. De nombreux anthropologues utilisent aussi le terme de sage-femme « traditionnelle », « populaire » ou « naturelle » en opposition à celui de « professionnelle ». Ce choix me semble être porteur de confusion. Par exemple, il peut conduire à confondre une professionnelle de la santé (biomédicale) formée en obstétrique, que je nomme sage-femme, et une praticienne du milieu populaire (matrone), « recyclée » dans un cadre biomédical et qui exerce son activité professionnelle dans une institution sanitaire.

²⁵ Dictionnaire TLFi (Le Trésor de la Langue Française Informatisée). <http://atilf.atilf.fr/>. Consulté le 20.10.06.

²⁶ Je traiterai cette question en détail dans la partie II Chapitre 1.

²⁷ Par exemple en France, la formation de sage-femme débute en première année de médecine avec le choix de modules optionnels et se fait en cinq ans. En Inde, une formation équivalente n'existe pas. Les auxiliaires infirmières sages-femmes ont une formation de 18 mois après la 12^e année scolaire.

Médicalisation et démedicalisation

La « médicalisation » décrit l'action de médicaliser, à savoir de donner un caractère médical à quelque chose. La médicalisation concerne l'extension du rôle médical des médecins et des professionnels de santé dans un contexte donné. Une autre forme de médicalisation désigne la diffusion des concepts et des produits en dehors du système médical. Elle peut faire référence à « la place croissante occupée par les questions du corps, de la santé et de la vie dans le gouvernement des affaires humaines » (Fassin, Memmi, 2004 : 10). Dans les pays du Nord, le concept de « démedicalisation » a émergé dans les années 1970. Ainsi, face à l'obsession de la « santé parfaite », des intellectuels et/ou militants, inspirés par la critique d'Ivan Illich (1975), ont prôné la démedicalisation des soins de santé en général et de la vieillesse en particulier. L'objectif de cette « démedicalisation » concerne aussi le domaine de l'accouchement. Il est revendiqué, au Nord, par des chercheuses et militantes féministes en réaction à la généralisation, jugée souvent abusive, de la prise en charge des accouchements dans des milieux à haut niveau d'utilisation de la technologie médicale ²⁸. Selon ces auteurs, cette tendance conduit à une perte de sens de l'événement que représente la naissance (Floyd, Sargent, 1997; Goer, 1995; Martin, 1987).

Savoir d'autorité en obstétrique

Le concept de savoir d'autorité en obstétrique est élaboré par Jordan dans son ouvrage « Birth in Four Culture » (1978). Sa thèse majeure est la suivante. Lorsque, au cours de l'événement de la naissance, un système de connaissance biomédical est confronté à un système « populaire », un seul, le biomédical, sera reconnu comme légitime. Ce savoir légitimé est défini comme un savoir faisant autorité, (savoir d'autorité) parce qu'il est à l'origine de toute décision et de toute action entourant les soins de l'accouchement. Jordan a aussi décrit la construction et la distribution sociale du savoir et du pouvoir entre les personnes présentes lors d'un

²⁸ C'est à dire l'ensemble des pratiques du corps, des techniques, des logiques et des représentations propres à ce système médical. Je traiterai cette question dans la partie III Chapitre 2.

accouchement dans des systèmes de naissance où le niveau de recours à la technologie est varié. Selon Jordan, dans les systèmes où la technologie est peu utilisée, le savoir est partagé entre les personnes présentes à l'accouchement. Dans un système à haute technologie, la distribution du savoir est inégalement répartie entre les personnes et proportionnelle à leur degré de maîtrise des outils techniques développés par l'obstétrique moderne (échographie, cardiotocographe²⁹, technique chirurgicale). Ainsi, selon Jordan, dans ce système de naissance, le savoir d'autorité est produit par les outils techniques. Cette connaissance techniquement construite est à l'origine du savoir du personnel biomédical sur lequel reposent les décisions concernant la gestion du travail d'accouchement. Nous verrons au cours des chapitres suivants que le concept de savoir d'autorité peut être discuté selon d'autres perspectives.

Santé de la reproduction et droit reproductif

Le 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 organisations non gouvernementales travaillant en faveur de la reconnaissance des droits de la femme. Il remplace la notion de « santé maternelle et infantile », et inclut, depuis la conférence internationale du Caire en 1994, la santé sexuelle et la régulation de la fécondité. La santé de la reproduction comprend non seulement la santé de la mère et de l'enfant mais aussi celle des adolescentes, des femmes ménopausées et des hommes. Ce concept interroge la notion de responsabilité individuelle et collective dans les comportements liés à la sexualité et la reproduction (Obermeyer, 2001). Le concept de « santé de la reproduction » peut donc être vu selon plusieurs angles. Il a une dimension politique comprenant les prises de position des États et des organismes internationaux lors des conférences internationales. Cette dimension inclut aussi les modalités selon lesquelles les gouvernements s'approprient ces recommandations et définissent leurs politiques nationales en matière de santé. Sur le plan médical, ce concept permet d'élargir les activités des services de santé de la

²⁹ Appareil permettant l'enregistrement graphique des pulsions cardiaques fœtales et du niveau d'intensité des contractions utérines.

reproduction à la prise en charge d'un plus grand nombre de pathologies. De plus, ce concept de « santé de la reproduction » inclut une dimension juridique. L'introduction du « droit reproductif » implique, en effet, une liberté de choix en terme de sexualité et de fécondité. Enfin, le concept de santé de la reproduction a une dimension éthique (Bonnet, Guillaume, 1999).

DEUX PERSPECTIVES HISTORIQUES DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT

Une importante contribution de l'anthropologie, de la sociologie et d'études sur les sciences et les techniques a permis de montrer l'influence de la culture et de l'histoire sur la construction des connaissances et des pratiques biomédicales (Obermeyer, 2001). Il est reconnu par ailleurs que le contexte environnemental, social et politique contribue à la réalité physique, mentale et sociale de la maladie et de la souffrance (Massé, 1995). Les enchevêtrements entre le social et le cognitif, la contingence et le caractère parfois négocié de certains résultats scientifiques ont été documentés (Latour, 1991). Au cours de mes investigations bibliographiques, le lien entre les processus de biomédicalisation de l'accouchement et la construction des champs théoriques en sciences sociales sur cette question m'est aussi apparu. Avant de décrire le champ théorique suggéré par l'étude de la naissance en Inde dans le contexte du VIH, il m'apparaît donc nécessaire de dresser un bref récapitulatif des événements qui ont marqué différemment les phénomènes de biomédicalisation de l'accouchement dans les pays du Nord et en Inde.

La médicalisation de l'accouchement en Occident

Dans les pays du Nord, jusqu'au XVIII^e siècle, les femmes accouchaient à domicile avec l'aide des matrones. Il s'agissait principalement de femmes venant des milieux pauvres qui ne recevaient aucun salaire pour cette fonction. L'aide qu'elles apportaient lors des accouchements était généralement vue comme un service rendu

par charité. Cette fonction était décrite par des représentants administratifs et religieux de cette époque comme une pratique répugnante et discréditée. En France, aux XVI^e et XVII^e siècles, les matrones accusées de sorcellerie furent parfois envoyées au bûcher. Puis, au XVIII^e siècle, elles devinrent un objet de contrôle assidu de l'Eglise, du corps médical et de l'Etat (Gelis, 1984). En sus des matrones, des sages-femmes instruites appartenant à des milieux sociaux plus aisés ont aidé les femmes à accoucher. Le savoir des hommes en ce domaine était réservé à la théorie. Au XVII^e siècle, l'obstétrique n'était pas enseignée dans les facultés de médecine. Seuls certains chirurgiens se lançaient dans la pratique des accouchements. Ils étaient appelés au chevet des femmes lors de l'apparition de complications obstétricales non résolues par les matrones ou les sages-femmes présentes. Rapidement, l'étendue du savoir des médecins dans le domaine de l'anatomie, leur force physique, et leur maîtrise du maniement de certains instruments (forceps, ciseaux chirurgicaux, bistouri) leur permirent de résoudre les problèmes posés lors des accouchements particulièrement difficiles. Pour certains médecins, le recours à la technique lors des accouchements était très fréquent voir systématique. Les forceps puis des techniques extrêmement risquées comme la section de la symphyse du pubis ou la césarienne étaient parfois pratiquées sur des femmes vivantes par certains accoucheurs (Morel, Rousseau, 2004).

La médicalisation de l'accouchement en Occident débuta à partir du XVIII^e siècle. Elle fut mise en œuvre grâce à l'Etat selon deux processus. Le premier visait à favoriser la mise en place de sages-femmes instruites au dépend des matrones. Il consista au lancement de nombreuses formations étatiques de sages-femmes. Par ailleurs, la subordination des sages-femmes aux accoucheurs apparût avec à l'invention des instruments nécessaires à la pratique de certaines techniques requises lors de l'apparition de complications obstétricales. Une hiérarchie s'imposa entre les hommes accoucheurs qui utilisaient ces techniques et les femmes, et les sages-femmes instruites ou les matrones, qui travaillaient à mains nues. Cette hiérarchie des savoirs et des sexes est toujours d'actualité (Ibid :1245).

A partir du XIX^e siècle, l'obstétrique fut peu à peu reconnue comme science et enseignée en tant que spécialité médicale. Pourtant malgré sa reconnaissance académique, elle resta pendant de nombreuses années impuissante à résoudre les problèmes de mortalité maternelle liés aux infections puerpérales et aux hémorragies. L'ensemble de ces problèmes furent résolus au milieu du XX^e siècle d'une part grâce à des connaissances médicales spécifiques en la matière comme la découverte de l'aseptie et des antibiotiques. Par ailleurs, l'amélioration considérable des conditions de vie d'une grande partie de la population fut un élément majeur expliquant la réduction de la mortalité maternelle (Thaddeus, Maine, 1994).

Dans les années 1930, de nombreuses femmes des classes aisées demandaient une présence médicale à l'accouchement afin de bénéficier d'une injection de scopolamine au moment des efforts expulsifs (Davis-Floyd, Sargent, 1997). Ce produit avait pour effet de diminuer la douleur et de modérer la perte de contrôle induite par celle-ci. Vers 1940, un mouvement fut lancé pour convaincre les femmes que la meilleure façon d'accoucher était à l'hôpital sous anesthésie totale. Mais au début des années 1950, devant l'augmentation du nombre de cas de démences rapportées, les dénonciations des effets de la scopolamine se multiplièrent (Ibid : 9). Les règles de maternage en vigueur à cette période incitaient les femmes à nourrir les enfants au biberon et non au sein. L'allaitement maternel était vu comme une pratique archaïque réservée aux pauvres, et aux habitants des pays du Sud (Delaisi, Lallemand, 1980). En France, le mouvement de l'accouchement sans douleur (ASD) fut lancé par le Dr. Lamaze. Cette initiative visait à encourager les femmes à maîtriser les sensations de la douleur et à rester conscientes et éveillées à l'accouchement grâce aux techniques de la psychoprophylaxie obstétricale (George, Leulliez, 2004). Selon Lamaze, la douleur de l'accouchement était le fruit d'un conditionnement social que les techniques d'accouchement sans douleur avaient pour objectif de déconstruire. Cependant, selon certaines chercheuses féministes, l'ASD apparaissait comme une manière hypocrite de faire accepter aux femmes l'aliénation de la maternité, concept énoncé par De Beauvoir (1949) vingt ans plus tôt (Davis-Floyd, Sargent, 1997).

A partir des années 1960, principalement dans les pays du Nord, les progrès considérables de l'obstétrique et la mise en place de services gratuits et disponibles ont permis une diminution radicale de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles. Depuis lors, une majorité des femmes accouchent dans des maternités à haut niveau d'utilisation de la technologie médicale. Cependant, l'obstétrique ainsi pratiquée est l'objet de contestations de la part de certains usagers, de certaines sages-femmes et d'une minorité de médecins. Ce mouvement dénonce la tendance à la déshumanisation de la naissance dans certaines grandes institutions hospitalières où le recours à un haut niveau de technologie médicale souvent systématique n'est pas toujours justifié (Davis-Floyd, Sargent, 1997). Ce mouvement est particulièrement développé en Hollande où de nombreuses femmes choisissent d'accoucher à domicile sous surveillance biomédicale (Wiegers et al, 2000). En France, par contre, le mouvement en faveur de la démedicalisation de l'accouchement est minoritaire. Les conséquences néfastes de la surmédicalisation de la naissance y sont dénoncées cependant par les collectifs de sages-femmes. Par ailleurs, une pénurie des professionnels de la naissance est observée. Le manque de reconnaissance professionnelle, la hausse des cotisations d'assurance et le manque de personnel dans les services de soins apparaissent comme les facteurs majeurs expliquant la crise actuelle de la périnatalité³⁰.

La médicalisation de l'accouchement en Inde³¹

En Inde, la prise en charge des accouchements est restée inchangée jusqu'au XIXe siècle. Depuis, des matrones et d'autres praticiens de médecines traditionnelles ont continué d'aider de nombreuses femmes à accoucher, en particulier dans les villages et les bidonvilles. La politique du gouvernement indien favorise la généralisation d'une prise en charge des accouchements soit dans les institutions sanitaires, soit à domicile avec l'assistance de personnes formées dans un cadre institutionnel. La médicalisation de l'accouchement en Inde a été réalisée grâce aux nouvelles orientations des politiques internationales et nationales de la santé, au

³⁰ Pour un aperçu des problèmes actuels de la périnatalité en France voir, par exemple, l'article collectif (Barresi *et al*, 2004) et *Le manifeste des Sages-Femmes* (Collectif, 2003).

³¹ J'explorerai ce sujet plus en détail au cours des chapitres suivants.

développement des institutions de soins biomédicaux et suite à l'augmentation des recours aux soins fournis par celles-ci. La formation des matrones dans un système biomédical a été lancée au milieu du XIX^e siècle. Elle a été suivie par la formation et la mise en place de personnels auxiliaires comme les auxiliaires infirmières sages-femmes dans les villages à partir de 1960. La formation de médecins femmes et hommes à l'obstétrique et la mise en place d'un réseau d'institutions sanitaires vouées à la prise en charge biomédicale des accouchements ont débuté au milieu du XIX^e siècle. Malgré ces initiatives influencées par le pouvoir colonial puis par les bailleurs de fonds internationaux, la mortalité maternelle et infantile reste élevée et une majorité de femmes indiennes continue d'accoucher à domicile avec l'aide des matrones dans de nombreux Etats. Enfin, des travaux mettent en avant une vision critique des politiques de santé menées actuellement par le gouvernement fédéral sous l'égide des institutions internationales de santé publique. Ils qualifient la politique sanitaire indienne de « malsaine » et menée contre l'intérêt de la majorité de la population (Qadeer, Visvanathan, 2004). Cette tendance aurait été formalisée dans les années 1990. Elle est caractérisée par cinq orientations majeures de la politique de santé: La diminution drastique des budgets alloués au secteur de la santé, la privatisation des soins médicaux et l'introduction de système de paiements des soins, l'emphase donnée à la technologie médicale et à la mise en place de programmes d'interventions selon des schémas « verticaux ». Ces auteurs ont formulé une hypothèse selon laquelle les services de santé de la reproduction se présenteraient souvent davantage comme un instrument de contrôle des populations que comme un moyen efficace d'améliorer la santé des femmes et des enfants (*Ibid*: 145).

CHAMPS THEORIQUES DE L'ANTHROPOLOGIE DE LA REPRODUCTION EN OCCIDENT

Le champ de recherche de l'anthropologie de la reproduction s'est surtout développé en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis. Selon Fassin, ce courant serait fondé principalement sur la rencontre de deux domaines de recherche en

anthropologie, la parenté et le genre (2002). Ainsi la critique des théories de la parenté (de D. Schneider et M. Strathern) a proposé une réflexion épistémologique à propos de la pertinence des catégories anthropologiques à l'œuvre dans ce domaine. Selon ce courant, une définition biologique empêchait de voir la parenté comme une construction culturelle. Par ailleurs, la tradition féministe (de R. Rapp à S. Franklin et H. Ragoné) d'abord construite autour de la question de l'universalité de la domination masculine s'est ensuite intéressée à interroger la différence entre les hommes et les femmes (*Ibid* : 108)³². Ainsi, la maternité, point de rencontre entre la parenté et le genre, serait devenue le centre des travaux de l'anthropologie de la reproduction menés au sujet de l'amniocentèse, de l'avortement, des technologies de la procréation et de l'adoption (*Ibid* : 109). Cependant, l'analyse de Fassin en ce domaine me paraît incomplète. Nous verrons en effet que l'anthropologie de la reproduction s'est intéressée antérieurement à des questions autres que celles mentionnées par cet auteur. Par ailleurs, ce courant de la discipline n'est pas limité à une rencontre du domaine du genre et de la parenté et se situe aux carrefours d'autres axes de recherches supplémentaires que je décrirai ultérieurement. En attendant, force est de constater que l'anthropologie de la reproduction est un domaine de recherche peu développé en France.

Ainsi, des auteurs se sont intéressés à la naissance et à la petite enfance. Ils traitent pour l'essentiel des approches historiques de la naissance en Occident comme, par exemple, ceux de Gelis (1984; Gelis et al, 1978). George et Leuliez (2004) ont proposé un historique du mouvement de l'accouchement sans douleur en France. Des travaux à destination d'un grand public se sont intéressés aux pratiques de la naissance dans le monde (Barbaut, 1990; Bartoli, 1998; Del Valle Bonnet, 2000). Les études menées à ce propos par des anthropologues sont peu nombreuses et isolées. Par exemple, Delaisi et Lallemand (1980) ont documenté les aspects culturels, sociaux et politiques déterminant les pratiques de maternage. Les travaux de Bonnet concernent la procréation et la maladie de l'enfant (1988) ainsi que l'allaitement (Bonnet *et al*, 2002) Par ailleurs, d'autres auteurs se sont intéressés aux aspects symboliques de la naissance (Belmont, 1971) et de l'engendrement (Ales, 1988; Belmont, 1997; Godelier, 2003; Godelier, Panoff, 1988). L'ouvrage dirigé par

³² Je décrirai le courant de recherche des *gender studies* ultérieurement.

Knibiehler (2001) propose une approche multidisciplinaire de la maternité dans son contexte public et privé. Tillard (Tillard, 2002; 2004) a proposé une étude des pratiques médicales et sociales de l'accouchement dans des maternités françaises. Enfin, un article collectif dresse le constat de la crise de la périnatalité en France (Barresi et al, 2004). Récemment, Jacques (2007) a proposé une sociologie de l'accouchement à partir d'enquête menées en France, auprès des femmes enceintes et accouchées et auprès de professionnels de la santé.

Fassin (2002) s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles l'anthropologie de la reproduction ne s'est pas plus développée en France. Selon cet auteur, une comparaison entre les théories de la nature qui sous-tendent les travaux de Strathern au sujet de la reproduction médicalement assistée (1999), et de Héritier à propos du concept de valence différentielle des sexes (1996) permettrait, en partie, d'expliquer ce manque. En effet, parmi les études sur le genre, deux tendances paraissent s'affronter. La première (défendue par Héritier) fait de la différence sexuelle une donnée originelle dont découle l'élaboration d'une hiérarchie. La deuxième tendance (qui sous tend les travaux de Strathern) affirme que la différence des sexes est socialement construite. De plus, le contraste entre la « centralité (relative) » de l'anthropologie féministe anglosaxonne et sa « marginalité (provisoire) » en France serait à l'origine de la divergence des intérêts pour ce sujet (Ibid : 9). Cependant, si les différences théoriques fondamentales entre ces deux courants sont entendues, l'argument développé par Fassin me semble insuffisant pour justifier la faible proportion des travaux de l'anthropologie de la naissance en France. Une investigation supplémentaire apparaît nécessaire. En miroir de l'engouement que suscite l'anthropologie de la reproduction en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, les raisons individuelles et collectives, circonstancielles et structurelles à l'origine de l'intérêt limité que suscite cet objet d'étude en France sont à documenter. De plus, la science est souvent tributaire d'une « demande sociale du savoir » souvent liée à des intérêts nationaux (Diasio 1999:26 in Saillant, Genest, 2005 : 16).

Dans la section suivante, je propose de résumer l'histoire et les approches thématiques de l'anthropologie de la reproduction développées au Nord³³. Les théories développées dans l'ensemble de ces travaux doivent être replacées dans leurs contextes. Elles ne se sont pas toujours révélées pertinentes pour l'étude de la naissance en Inde.

Les travaux des pionniers

L'anthropologie de la reproduction, à ses débuts, était essentiellement limitée à un recueil ethnographique de tabous et de croyances locales autour de la grossesse et de l'accouchement (Ford, 1964 [1945]). Puis Levi-Strauss (1958) et Paul & Paul (1975) ont abordé la question de la maternité en s'intéressant à ses praticiens. Leurs travaux ont davantage porté sur les pratiques rituelles et sur les acteurs mobilisés autour des événements entourant la naissance que sur les représentations et les pratiques de l'accouchement. Par ailleurs, en tant qu'hommes, ils n'avaient souvent pas accès à l'observation des pratiques autour de la naissance. En milieu « traditionnel », ce domaine est souvent réservé aux femmes exclusivement (Davis-Floyd, Sargent, 1997 : 1). Au début des années 1950, Ferguson et Ferguson (1950 in *Ibid* : 2), notent que : « ³⁴ there are practically no good direct, personal observations of childbirth among primitives by competent observers. » Ce constat persistera jusqu'à dans les années 1970.

Les années 1970- 1980 : La hiérarchie des savoirs

Dans les années 1970-1980, Kitzinger et Davis (1978), Cominsky (1977), Jordan (1978) et d'autres chercheurs conduisent des travaux qui marqueront définitivement le début d'une véritable recherche de l'anthropologie de la naissance. Ce courant mené par des anthropologues féministes s'inscrit aux Etats Unis en réaction à l'entière domination de la prise en charge de la naissance par les

³³ Davis-Floyd (1997), Ginsburg et Rapp (1995) et Jenkins et Inhorn (2003) ont élaboré des travaux de synthèse à ce sujet.

³⁴ « Aucune étude d'observateurs qualifiés construite sur une observation directe de l'accouchement chez les primitifs n'est disponible » (Traduction).

obstétriciens. Ces auteurs dénoncent la prise en charge biomédicale de la naissance comme une façon de déposséder les femmes de leur corps et de leur accouchement (Davis-Floyd, Sargent, 1997 : 10). Cette dénonciation est fondée devant le constat d'une biomédicalisation excessive des pratiques de la naissance mise en œuvre en Europe depuis la fin du XIXe siècle. Les travaux de Jordan (1978) analysant les pratiques de la naissance dans des systèmes de naissance variés (traditionnel, semi-traditionnel, biomédical) marquent le début d'une conceptualisation « holistique » de la naissance. Jordan montre que l'étude des règles de conduites à l'égard du corps grévde permet d'accéder à des domaines variés de l'expérience humaine (l'organisation sociale, les rapports de genre, la représentations des fluides corporels, etc.).

Dans les années 1980, on assiste à un « boom » de l'anthropologie de la naissance et de nombreux travaux sont conduits, par exemple, par Cominsky au Guatemala (1982), Sargent parmi les Baribas du Bénin (1985), Laderman en Malaisie (1987) et Jeffery, Jeffery et al. en Inde du Nord (1985). A cette période, de nombreux projets de santé materno-infantile émanant d'institutions des pays du Nord sont mis en œuvre dans les pays du Sud. Ils décrivent la dénégation et la disparition de pratiques traditionnelles et l'incompréhension entre les utilisateurs du système de soins mis en place et les acteurs chargés de le faire fonctionner. Ces travaux ont tendance à idéaliser les bienfaits des pratiques traditionnelles des accoucheuses (massages, plantes médicinales) et de l'accouchement à domicile. Malgré cette idéalisation des « traditions », ces recherches ont permis de mettre en lumière certains effets négatifs de l'importation de la biomédecine sur les systèmes de naissance existants. Par ailleurs, soucieuse de la nécessité d'élaborer des recommandations utiles à la mise en place de projets ultérieurs, Jordan présenta le modèle de « fruitful » et « mutual accomodation » des systèmes indigènes et de la bio-médecine (1978). Ce modèle décrivait les modalités de collaboration des systèmes médicaux en présence afin de parvenir à une prise charge plus adaptée des patients.

1980-2000 : L'anthropologie politique de la reproduction

Jordan et Irwin (1987) étudient la question des césariennes dans les hôpitaux américains et montrent l'hégémonie du corps médical sur la prise en charge de la naissance. Ces travaux sont à l'origine de l'élaboration du concept de construction du savoir d'autorité en obstétrique³⁵. Des études décrivent la façon dont le savoir reconnu comme faisant autorité induit la transformation des représentations sociales de la naissance et de la maternité (Lindenbaum, Lock, 1993). D'autres anthropologues élaborent une critique de la médicalisation de la naissance dans les pays du Nord (Davis-Floyd, 1987; 1994b; Ginsburg, Rapp, 1995; Ginsburg, Rapp, 1991; Lazarus, 1994; Martin, 1987). Ils documentent l'histoire de la « technologisation » de l'accouchement, ainsi que les progrès des techniques de Procréation Médicalement Assistée (Franklin *et al*, 1998; McNeil *et al*, 1990). Des études, enfin, montrent comment l'idéologie du contrôle technologique de la nature pénètre les discours des patients et des soignants dans des systèmes de naissances variés (Ketler, 2000; Pigg, 1997a). Ces travaux considèrent l'arène culturelle de la naissance comme un microcosme dans lequel les relations entre le progrès technologique, les valeurs culturelles, les comportements normatifs, l'organisation sociale, les relations de genre et l'économie politique peuvent être explorées.

Les projets de santé maternelle dans les pays du Sud sont aussi le lieu de nombreuses études médicales de l'anthropologie de la naissance. En réaction aux études « culturelles », ces auteurs s'intéressent aux désastres occasionnés par la naissance lorsque les femmes n'ont pas accès aux soins biomédicaux. Ils étudient le problème de la mortalité maternelle (C. Abouzahr, 1998; Abouzahr, Wardlaw, 2001; Thaddeus, Maine, 1994), la question très politisée du planning familial (George, 1996) et le thème des avortements (Ginsburg, 1989; Layne, 1990). Ces travaux documentent les processus décisionnels et les modalités de mise en œuvre des actions au niveau global dans le cadre de programmes internationaux et leur impact sur les vies humaines.

³⁵ Voir la section « Quelques concepts ».

La présence croissante des femmes dans les milieux universitaires semble être l'un des facteurs à l'origine du plus nombre des recherches concernant les événements de la reproduction encore inexplorés (Obermeyer, 2000). Ces travaux s'intéressent en particulier aux « ratés reproductifs » comme la fausse couche, l'infertilité, le handicap et l'adoption. Ils étudient aussi les mouvements de société au niveau local, comme la contestation du droit à l'avortement, ou au niveau global, comme la généralisation des nouvelles techniques de procréation. Ces études documentent l'impact de ces politiques sur les vies humaines. Elles tendent à montrer que la notion de « raté reproductif » est pertinente pour analyser le fonctionnement des instances décisionnelles nationales et internationales en matière de santé de la reproduction. Par ailleurs, cette notion permet d'étudier la façon dont les choix des femmes en matière de reproduction sont construits par des contraintes culturelles, sociales et structurelles (Jenkins 2003).

Des travaux menés par des féministes visent à orienter l'opinion publique vers les dangers inhérents de la biomédecine qui tend à la transformation du corps des femmes en un « site d'intervention technologique » (Gaines, Davis-Floyd, 2003). Ces auteurs mettent en évidence, dans certains contextes, la médicalisation excessive des processus physiologiques du corps féminin comme la menstruation, la procréation, la grossesse, l'accouchement et la ménopause. Dans le même temps, des recherches conduites en sociologie et en anthropologie ont décrits les phénomènes de biomédicalisation des pratiques autour de la reproduction en terme « d'arrangement institutionnel » (Lock, Kaufert, 1998). Ces études montrent que la bio médecine n'est pas un bloc monolithique. Elle est un objet de contestation interne (venant des administrateurs et des soignants du système biomédical) et externe (formulée par ses utilisateurs) (Ibid :16).

CHAMPS THEORIQUES DE L'ANTHROPOLOGIE DE LA NAISSANCE EN INDE

Parmi l'ensemble des travaux menés en Inde au sujet de la naissance, trois domaines principaux semblent se dégager. Une large part des études est consacrée au faible statut des femmes indiennes dans la société et aux conséquences des pratiques sociales propres au système patriarcal familial sur la santé des femmes (A. George, 2002; Jeffery *et al*, 1989; Jeffery, Jeffery, 1993; Ramasubban, 1995). Par ailleurs, les effets du système politique étatique sur la santé des mères et des enfants sont largement documentés (Jejeebhoy, 2000; Mamdani, 2002; Ram, 1994; van Hollen, 2003a). Des auteurs se sont intéressés aux problématiques liées au contrôle des naissances par l'Etat (le planning familial) (Qadeer, Visvanathan, 2004) ou appliquées à l'échelle individuelle comme dans le cas des infanticides (Krishnaswamy, 1988). De plus, la question des matrones est souvent étudiée (Chawla, 1994; 2006; Ramasubban, Jejeebhoy, 2000)³⁶. Les travaux menés par ce courant de recherche concernent des études culturelles des savoirs et savoir-faire matrones mettant en avant les « pratiques ancestrales » de ces dernières ainsi que leur rôle social dans les villages où elles résident. Ces travaux visent à poser les arguments en faveur d'un refus de la médicalisation de l'accouchement. Ils semblent relayer ceux menés au Nord en ce domaine avec une tendance similaire à idéaliser les pratiques d'accouchement à domicile (Chawla, 1994; 2006; Mira, Bajpai, 1996). Les travaux menés au Nord ont été orientés principalement autour de la critique des pratiques de la naissance dans des milieux à haute utilisation de la technologie médicale, où accouchent la majorité des femmes. Au contraire, en Inde, seul un petit nombre de femmes ont accès à ce mode de prise en charge de l'accouchement. En Inde, les travaux ont principalement décrit la conception « holistique », et parfois mystique de l'accouchement à domicile avec l'aide des matrones et dans le système de médecine ayurvédique. Alors que le sida est un enjeu sanitaire majeur en Inde, peu de travaux en dehors de ceux menés par des équipes indiennes chargées de programmes médicaux (Care, 2004; Samuel *et al*, 2002; Vijayakumari *et al*, 2004) et par Cohen et Salomon (2004) ont documenté les conséquences du VIH sur les pratiques sociales et médicales de l'accouchement à domicile ou en contexte hospitalier.

³⁶ Chawla (2006) fait mention de nombreux travaux conduits en Inde sur ces questions.

Parmi ces travaux, deux auteurs majeurs vont retenir mon attention. Les travaux de Jeffery et al. (1989) et de Van Hollen (2003) me semblent formuler en effet des hypothèses pertinentes dans le cadre de mon étude. Le premier ouvrage présente une ethnographie de la naissance dans des zones rurales du district du Bijnor en Uttar Pradesh menée entre 1982 et 1986. Cette étude de la naissance permet de décrire les thèmes classiques concernant les modes d'organisation sociale, les relations de parenté, le mariage et les rapports sociaux de sexe dans la communauté étudiée. Elle rend compte du faible statut donné aux femmes en Inde et dans l'Etat étudié. Il décrit les modalités de soumission d'une femme à son mari justifiées selon les représentations locales, par la menace potentielle qu'une femme représente pour l'honneur de son époux. Un relevé ethnographique détaillé permet d'aborder les croyances et les pratiques autour de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Les questions liées à la préférence sexuelle en faveur du garçon, aux décisions domestiques à propos de la contraception et au recours à l'avortement sont amplement abordées. Enfin le traitement social du nouveau-né fait l'objet d'un chapitre spécifique. L'hypothèse principale de ces auteurs est que les pratiques de la naissance sont liées à l'ordre social dans lequel elles s'inscrivent. Cet ordre détermine à la fois les représentations populaires autour de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la disponibilité des services biomédicaux des soins de l'accouchement. Dans ce cadre, la sous-utilisation des services de soins par la population étudiée et le manque d'efficacité de ces services est vue d'une part comme la conséquence de la mise en œuvre des politiques de santé indienne menées exclusivement en faveur de la réduction du nombre des naissances au dépend d'une offre de soins de la santé des femmes et des enfants. Ces défauts d'accès aux soins relèvent aussi selon ces auteurs de la place en général faite aux femmes dans la société indienne. Les règles de parenté, de mariage, de résidence et d'héritage, le manque d'opportunité professionnelle, le confinement dans l'espace domestique et le manque d'accès à la propriété font que ces femmes villageoises ont peu d'opportunités et d'espace pour s'organiser avec d'autres et demander des changements de leur conditions, ou pour utiliser à leur avantage ce qui est supposé être disponible pour elles (Ibid : 225).

L'ouvrage récent de Van Hollen (2003) fut un outil de référence constant au cours de mon travail. Il rend compte d'une étude menée au Tamil Nadu de 1995 à 1997 dans la ville de Chennai et dans une communauté semi urbaine des environs. L'ouvrage présente cinq aspects concernant l'impact de la modernisation sur les pratiques de la naissance. Il s'agit de la professionnalisation et de l'institutionnalisation de l'obstétrique, de l'évolution des liens entre l'usage des biens de consommation et les rituels de la reproduction ainsi que de l'émergence de nouvelles techniques pour le traitement de la douleur de l'accouchement. Enfin, l'auteur aborde la question du mandat donné aux institutions internationales pour contrôler le nombre des naissances en Inde ainsi que le thème de la diffusion des conceptions biomédicales de la santé des mères et des enfants par les organisations internationales de santé publique. Contrairement à la majorité des travaux menés en Inde au sujet de la naissance qui traitent de système populaire et traditionnel, l'étude de Van Hollen s'intéresse principalement au système biomédical mobilisé lors de la naissance et plus spécifiquement à la rencontre des femmes qu'elle a interrogées avec les acteurs de ce système. L'objectif général avancé par Van Hollen est de montrer comment les cinq processus de transformation énoncés, en relation avec d'autres facteurs, influencent le « choix » (au sens de construit social)³⁷ des femmes et de leurs familles à propos des soins de l'accouchement.

En résumé, le champ de recherche de l'anthropologie de la reproduction en ce qui concerne les pratiques de la naissance s'est surtout développé en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, principalement à partir de la critique des théories de la parenté et des problématiques posées par les perspectives féministes. Un historique des principaux courants de recherche développés en ce domaine permet de repérer cinq axes d'investigation. Le premier concerne une approche culturelle de la naissance en milieu populaire qui permet de mettre à jour les déterminants culturels des pratiques de la naissance. Le deuxième axe concerne une approche critique féministe des pratiques de la naissance dans les contextes biomédicaux, voyant dans cette forme de prise en charge une manifestation évidente de la mainmise sur le corps des femmes par les institutions sanitaires et politiques principalement représentées par

³⁷ Je traiterai cette question dans la partie III.

des hommes. Le troisième axe d'investigation concerne la rencontre, parfois désastreuse, entre les système de naissance « traditionnel » et ses praticiennes, et les représentants et les pratiques du système biomédical. Le quatrième axe traite des aspects sanitaires de la naissance. Les recherches conduites par ce courant documentent les situations où par manque de soins obstétricaux, l'événement de l'accouchement représente une mise en danger pour les mères et les nouveau-nés. Enfin le cinquième axe développé par l'anthropologie de la naissance concerne une approche politique de la reproduction dont l'étude des « ratés reproductifs » fait partie.

Récemment, un nouvel axe de recherche a été développé autour de la reproduction et du sida. Cependant, comme j'avais pu le constater lors de la phase initiale de construction théorique de mon objet de recherche, les travaux menés par ce courant ne se sont guère intéressés à la question de l'accouchement dans le contexte du VIH et au cas particulier de la transmission mère-enfant du VIH à la naissance. Dans ce contexte de « vide théorique », j'ai proposé, un premier cadre d'investigation à propos de la transmission du VIH et des pratiques d'accouchement en Inde du Sud avant la mise en œuvre de ma recherche sur le terrain (Hancart Petitet, 2004). Ce cadre s'est avéré très utile pour définir les modalités de mon investigation ethnographique. Au terme de mon travail, il me semble que les perspectives que j'avais proposées à cette époque sont toujours valides. Cependant, elles nécessitent d'être réadaptées grâce aux connaissances produites par l'ethnographie et suite à ma meilleure maîtrise des outils théoriques.

CONSTRUCTION D'UN CADRE THEORIQUE

La fonction maternelle n'est pas un fait « naturel » mais une construction sociale, définie et organisée par des normes, selon les besoins d'une population à une époque donnée de son histoire. Ainsi, la maternité est une affaire collective gérée par la famille et par l'Etat, qui a la responsabilité et le contrôle des aspects sanitaires de la naissance. La maternité est aussi une affaire privée qui met en

question l'identité d'une personne, son image du corps, sa conscience de soi, sa relation aux autres (Knibiehler, 2001). C'est selon cet axe, qui va du domaine privé à l'Etat, que j'ai construit une approche théorique de l'accouchement dans le contexte du sida en Inde du Sud. Consciente de la porosité des frontières proposées mais soucieuse de présenter un cadre schématique lisible j'ai exploré quatre domaines principaux d'analyse. Il s'agit des perspectives « socioculturelle », « médicale », « changement social » et « politique » de la naissance en Inde dans le contexte du sida³⁸.

L'approche dite « socioculturelle » de la reproduction tend à décrire les croyances et pratiques dans un milieu donné et ouvre une réflexion à propos de la maternité en tant qu'expérience du corps et de construction de la personne. Elle s'intéresse, par exemple, aux représentations de l'engendrement, aux précautions et interdits de la femme enceinte et à la description de pratiques lors de l'accouchement. Cette approche est très pertinente dans le cadre de mon propos car elle permet d'analyser les aspects symboliques des pratiques d'accouchement comme la section du cordon, la délivrance et la gestion du placenta.

L'approche médicale des pratiques d'accouchement mettra en évidence celles qui favorisent ou diminuent la transmission mère-enfant du VIH à l'accouchement. Cette analyse devra être construite en parallèle avec celle des pratiques de réduction des risques obstétricaux, puisque l'événement de l'accouchement représente pour les femmes des milieux pauvres non seulement un risque potentiel de mort différée (du nouveau-né infecté par transmission verticale du VIH) mais aussi un risque de morts maternelle et infantile immédiates, lors de la survenue d'une complication obstétricale. Par conséquent, cet axe d'étude permettra de comparer les savoirs et les pratiques propres aux systèmes de naissance populaire et biomédical.

L'approche de la naissance comme prisme sur le changement social représente un vaste domaine d'étude. Dans le contexte du sida, elle permettra de mettre en évidence la définition et la construction des savoirs biomédicaux et locaux par rapport à la prise en charge de l'accouchement. Elle étudie la mise en œuvre des

³⁸ La partie V est consacrée aux aspects théoriques de l'anthropologie de la naissance.

pratiques liées à ces savoirs et leurs effets sur les individus, patients et soignants. Cette approche invite enfin à documenter la variation des pratiques d'accouchement en fonction de paramètres contextuels divers tels que la présence de services biomédicaux accessibles, le bénéfice d'une formation d'une matrone ou les représentations sociales dominantes autour d'une pratique obstétricale donnée (la césarienne par exemple). Cet axe de recherche concerne globalement l'étude des rôles et des rapports sociaux autour de la grossesse et de l'accouchement.

L'approche politique de la reproduction est incontournable pour cette étude de l'accouchement. D'une part, l'accouchement et la transmission du VIH témoigne des inégalités flagrantes des individus face à la mort et à la santé. A l'échelle internationale, les données épidémiologiques concernant les taux de mortalité maternelle et infantile et les taux de transmission verticale du VIH montrent des variations considérables entre les personnes qui ont accès au soins et celles qui ne peuvent en bénéficier. Cette approche permet de documenter la façon dont la reproduction est structurée par des déterminants sociaux et culturels et à des niveaux d'intersection entre le local et le global (Ginsburg et Rapp, 1997). C'est pourquoi il conviendra d'articuler les questions de la santé maternelle à des niveaux d'analyses englobant les problématiques du changement historique, social et politique.

PRESENTATION

Idéalement, cette thèse est le produit de la rencontre entre les données recueillies au sein des quatre systèmes de naissance donnés, confrontés aux quatre approches théoriques que je viens de décrire. Elle est organisée et présentée en quatre parties qui correspondent à quatre études dans quatre « systèmes de naissance » différents. Le choix de segmenter la présentation des données en fonction de leur lieu de recueil s'est imposé d'emblée au dépend d'une construction suivant un axe thématique par exemple. Cette perspective me paraît plus appropriée dans un objectif de réflexivité. Ainsi, l'analyse des données est présentée de façon

concomitante avec les conditions de production de celles-ci. De plus, chaque partie présente un angle d'analyse différent de la naissance selon qu'il s'intéresse principalement au fonctionnement de l'institution sociale et/ou médicale, au point de vue des soignants ou des patients. Enfin, ce choix me semble favorable pour parvenir à « re-théoriser » la naissance dans le contexte de l'Inde et du VIH.

La première partie présente le contexte de la naissance dans une communauté d'intouchables d'un village des environs de Pondichéry. L'orientation majeure de cette partie est d'étudier certains aspects de l'organisation sociale d'une société à partir de l'événement de la conception et de la venue au monde d'un enfant. Je décrirai les limites de l'approche culturaliste généralement choisie pour étudier le phénomène de la conception des enfants. Ce chapitre pose un cadre théorique de l'engendrement qui inclut l'étude des stratégies individuelles et collectives mobilisées autour des succès, des échecs, et des refus de la procréation, ou de la nécessité de faire disparaître l'enfant engendré. L'étude d'un rite de la grossesse sera l'opportunité de décrire certains aspects concernant la place et le statut donné aux femmes en Inde. De plus, l'étude de la naissance dans le cadre d'accouchement à domicile avec une matrone est entreprise dans cette partie. La description des pratiques médicales et sociales mises en œuvre pendant les différents temps de la naissance (travail, accouchement, post-partum) permet d'éclairer certains aspects de l'organisation sociale dans laquelle s'inscrit cet événement. Ces analyses donnent une illustration de l'approche socioculturelle de l'anthropologie de la naissance.

La deuxième partie fournit deux études, émique et étique, des matrones. Le premier et le deuxième chapitres présentent deux biographies de matrones. Cette thématique propose une illustration des modalités de rencontre du système populaire avec le système biomédical, phénomène en partie décrit par Jordan grâce au concept de « mutual accommodation » (1989). Ces deux biographies relatent la façon dont deux matrones, confrontées au système biomédical transforment leurs pratiques de soins pour mieux s'adapter aux nouveaux contextes donnés. Le dernier chapitre de cette partie propose une perspective historique des formations des matrones en Inde ainsi

que les arguments sanitaires et les représentations idéologiques mobilisés autour de ces formations.

La troisième partie est une étude de la naissance en milieu biomédical. Elle examine la façon dont l'institution sanitaire étatique vise à établir un « contrôle des naissances ». Contrairement à la définition généralement proposée par la santé publique, ce terme ne désigne pas uniquement les activités de planning familial. Certes, un chapitre sera consacré aux pratiques de ligature tubaire en salle d'accouchement. Néanmoins, je traiterai dans les chapitres suivants la façon dont l'expérience de l'accouchement à l'hôpital s'apparente à un contrôle du corps enceint par l'institution. Sur le plan théorique, cette partie permettra de considérer et de critiquer deux concepts décrits au Nord par les anthropologues de la naissance en faveur de la « démedicalisation » de l'accouchement. Les données ethnographiques seront en faveur d'une redéfinition de ces concepts dans le contexte de la naissance en Inde.

La quatrième partie présente les enjeux médicaux, sociaux et politiques de la transmission mère-enfant du VIH en général et dans le contexte étudié en particulier³⁹. Un premier chapitre permet une mise en contexte de l'épidémie à VIH en Inde. Le deuxième chapitre propose une analyse de la mise en œuvre d'un programme de prévention de la transmission du VIH dans une maternité hospitalière principalement du point de vue des soignants. Ensuite je proposerai une épidémiologie socioculturelle de la transmission mère-enfant du VIH. Ce chapitre m'invitera à considérer deux alternatives à la prise en charge jusqu'alors « classique » de la prévention du VIH dans les pays du Sud. Il s'agit de l'utilisation de trois thérapies antirétrovirales et de l'éventualité d'impliquer les matrones dans la lutte contre le VIH en Inde.

Pour terminer, nous discuterons le concept fondateur de l'anthropologie de la naissance formulée par Jordan en 1978, à savoir le concept de savoir d'autorité. Cette reconstruction de l'objet d'étude se révélera utile pour formuler les axes de

³⁹ Voir en annexe les documents : « Aspects médicaux de la transmission mère-enfant du VIH » et « La lutte contre le sida en Inde dans le contexte international : Chronogramme. »

recherches d'une anthropologie de la naissance pertinente dans le contexte de l'Inde contemporaine et du sida.

PARTIE I

NAÎTRE DANS UNE COMMUNAUTÉ D'INTOUCHABLES

LE VILLAGE DE KARIK, ELEMENTS MONOGRAPHIQUES

Siva fait brûler trois bâtons d'encens à côté du volant de son rickshaw et nous partons. Nous longeons la route de Couddalore et nous empruntons le pont qui traverse la rivière. La route défile laissant derrière nous la succession des étalages des vendeurs et les multiples écriteaux dont je n'ai le temps de déchiffrer que les deux premières lettres de l'alphabet tamoul. Les klaxons sont incessants et se déclinent sur tous les tons. Parfois, quelques notes de « lambada » ou de « vive le vent d'hiver » nous préviennent de la présence d'une voiture neuve et rutilante qui roule en marche arrière. Et puis soudain la sirène d'un paquebot nous fait sortir de la torpeur humide et étouffante du mois d'avril. Siva déporte violemment son véhicule sur la gauche, un autocar bondé arrive à toute allure et veut nous doubler. Enfin, nous obliquons à droite et sur la route ombragée par les palmiers nous pouvons goûter à la sensation du calme retrouvé. Après un dernier virage, nous entrons dans le village de Karik⁴⁰. Sur un chemin de terre étroit longeant deux rangées de petites maisons au toit de feuilles de bananiers, nous évitons de justesse un petit veau qui vient de se détacher et un chien pouilleux que personne ne semble repousser, nous sommes arrivés. Une femme ; Papathi⁴¹, nous accueille souriante, un peigne à la main et les cheveux mouillés. Elle refait son chignon d'un geste habile et rapide, tout en nous invitant à nous asseoir devant le perron de la maison où un petit autel a été disposé ce jour là. Devant la photographie encadrée et fleurie d'une dame en sari, brûlent des bâtons d'encens piqués dans une banane. C'est aujourd'hui l'anniversaire de la mort de la belle-mère de Papathie. Derrière la porte entrouverte, la télé est branchée sur le canal M6 India qui diffuse le clip du dernier film de la belle Aishwarya Rai⁴² pour le plus grand bonheur des enfants. Plus loin, les carrés des rizières brillent au soleil et forment des damiers de dégradés dont les nuances de verts se révèlent être un véritable calendrier agricole pour un passant avisé. Une

⁴⁰ Nom pseudonyme donné au village d'étude

⁴¹ Papathie, est l'une de mes informatrices principales et amie de longue date de Pragathi, l'assistante de recherche qui m'accompagne.

⁴² Miss Monde 1994 qui mène désormais une fulgurante carrière bollywoodienne.

seule parcelle fait l'objet d'affairement d'un groupe de paysans en *vesti*⁴³ et de femmes qui ont revêtu des chemises d'hommes pour l'occasion. Les femmes forment une ligne et plantent, un à un, les plants de riz tirés des bottes que deux hommes viennent régulièrement jeter à leur proximité.

Palani rentre des champs. D'un mouvement brusque des reins dont l'onde se répand au milieu du dos, aux épaules puis à la tête, elle se libère de son énorme fardeau, une botte d'herbes à moitié séchées cueillies tout au long de la matinée. Ses yeux brillants, son visage rougi par la chaleur et les dernières traces de son *poṭṭu*⁴⁴ chamboulé du matin témoignent de l'épuisement de son corps endolori par le temps passé dans une courbure inconfortable que la récolte des herbes à fourrage lui impose. Elle étale son fagot dans la première cour puis s'assoit au milieu d'un petit groupe de femmes affairées à discuter devant la maison de Papathi. Son fils Babu vient se lover dans le berceau formé par la position de ses jambes en tailleur et goûte au plaisir de se faire épouiller la tête tout en écoutant les récits des femmes.

Soubatra dégage une épaule de son corsage et montre une large égratignure. Son mari l'a battue ce matin parce qu'elle ne voulait pas lui donner d'argent. Pourtant, s'il gagne cent roupies par jour dans les champs, elle, comme toutes les femmes résidant dans ce quartier, en reçoit seulement cinquante⁴⁵. Elle doit répartir cette somme entre l'achat du riz et de la farine nécessaires aux deux repas quotidiens de la famille, le prix du trajet qui conduit son fils à l'école et la constitution d'une petite économie réservée au paiement de la dot de sa dernière fille. La plainte de Soubatra déclenche de nombreux commentaires à propos des difficultés conjugales et du manque de soutien que chacune semble reprocher à son mari. Il semble donc peu probable que ces femmes rencontrées à Karik partagent le point de vue de ce médecin pondichérien citadin qui donne ainsi son avis au sujet du rôle joué par les paysannes dans la production agricole :

⁴³ Le *vesti* est le vêtement masculin traditionnel tamoul porté à l'extérieur de la maison : pièce de tissus pliée en deux et enroulée autour de la taille qui laisse apparaître les jambes.

⁴⁴ Le point auspiceux rouge ou noir selon la composition de la pâte initiale, porté sur le front par les femmes (sauf les veuves) et les jeunes filles. On trouve aujourd'hui des *poṭṭu* de toutes les couleurs, à base de poudres diverses, ou simple gommettes autocollantes. Symboliquement, c'est le l'«œil de *sakti*», le principe divin féminin que nous évoquerons ultérieurement. Le *poṭṭu* désigne également le trait vertical rouge vermillon (*kuṅkumam*) porté uniquement par les femmes mariées, en haut du front, à la racine des cheveux.

⁴⁵ A cette date, cinquante cinq roupies indiennes valent un euro environ.

« La plupart du temps, elles ont juste à s'occuper du travail domestique de la maison. »

C'est ainsi que ces femmes de Karik et la matrone Angelai m'ont raconté leurs vies de filles, de mères, d'épouses et de guérisseuses. La maternité et l'accouchement sont les événements qui occupent une grande part de la narration, bien sûr parce que je les sollicitais moi-même sur ces questions mais peut-être aussi parce qu'en Inde du Sud, le seul statut enviable, quand on est du sexe féminin, est celui de femme mariée, statut confirmé par l'accession à la maternité. Avant de présenter les données relatives à ces questions, je vais aborder certains aspects de l'organisation sociale de ces communautés intouchables à Karik. Ce sujet ne représente pas la thématique centrale de cette thèse et il a été traité auparavant (Béteille, 1996; Delière, 1988; Jadhav, Manceau, 2002; Poitevin, 2001). Néanmoins, ce préambule permettra de mieux cerner le cadre général des données que nous allons présenter. Je vais décrire brièvement le village et ses habitants. Puis je m'intéresserai à certaines questions autour du rituel et des croyances. Enfin, j'aborderai certains aspects de la relation conjugale selon le point de vue des femmes rencontrées.

LE VILLAGE ET SES HABITANTS

Le village où j'ai conduit une grande partie de mes recherches est une bourgade située à une quarantaine de kilomètres au sud de Pondichéry. Elle est divisée en trois quartiers principaux. Le plus proche des commerces et du temple principal regroupe des personnes de milieux sociaux divers. Un autre quartier, le « OBC area » rassemble les « Other Backward Castes », soit les castes répertoriées et non intouchables. L'ensemble de ces quartiers est désigné par l'appellation tamoule *ūr*, (le village, la ville) en opposition avec le *peth* (le village, le hameau) ou la *colony* tels que le désigne ceux qui y résident. Autrefois, on nommait *ceri*, ce quartier qui regroupe les familles issues des castes intouchables, ici principalement, les Paraiyar, les Arundhatyar, les Vannan paraiyar et les Valluvar⁴⁶. Ce secteur, que j'ai nommé Karik, comprend trois zones, le Subbas Nagar, le Puddu Nagar, et le Mariammam

⁴⁶ Je donnerai plus de détails à ce sujet ultérieurement.

Koyilstreet où je me suis rendue régulièrement ces quatre dernières années. Selon les données relevées au Block Development Office (BDO)⁴⁷, Karik regroupe 450 hommes et 412 femmes⁴⁸ (avec par conséquent un déséquilibre évident en terme de sex ratio⁴⁹). Les familles habitent dans les trois cent maisons réparties autour d'une vingtaine de ruelles en terre battue, à l'exception de trois rues qui viennent d'être recouvertes de plaques bétonnées et qui mènent aux maisons des familles les plus aisées. La majorité des maisons sont des huttes construites avec un assemblage de briques et elles sont bâties autour de piliers principaux en bois. Le toit est recouvert de feuilles de palme séchées⁵⁰. Ces maisons sont constituées d'une pièce, parfois deux, et comprennent un mobilier sommaire, des ustensiles de cuisine, le nécessaire à *pūjā*⁵¹, une ou deux malles qui contiennent les vêtements, et parfois un téléviseur. En quatre ans, j'ai vu se construire plusieurs maisons en briques et en ciment à Karik. Celles-ci sont plus spacieuses et comprennent parfois deux étages et un toit en terrasse. Selon les informations que j'ai pu obtenir sur place à ce sujet, une nouvelle mesure gouvernementale d'accession à la propriété a été lancée, en 2005, dans le territoire de Pondichéry. Elle prévoit de financer une partie de ces constructions, à la condition que le demandeur puisse participer aux frais à la hauteur de 25 000 roupies (soit 500 Euros). Pour les familles, dont les ressources proviennent d'un travail agricole journalier, l'avance d'une telle somme est impossible. Par contre, cette mesure est tout à fait favorable à celles dont un des membres occupe un emploi, soit dans l'administration (soit 36 personnes à Karik), soit pour les deux familles dont la vie s'organise autour des ressources rapportées par un travail commercial à Chennai et à Bangalore. Enfin, cette mesure pourrait profiter également à Elil, l'une de mes informatrices dont le mari occupe la fonction de député Membre de l'assemblée législative ou MLA, et qui se réjouissait du magnifique véhicule à quatre roues motrices qui venait d'être livré à son domicile lors de notre dernière entrevue. Sa maison, toujours en cours de construction, est un grand bâtiment d'une dizaine de pièces réparties sur trois étages.

⁴⁷ Ces données ont été relevées en mars 2007.

⁴⁸ Ceci inclut 97 enfants de 0 à 3ans, 90 de 3 à 6 ans et 182 de 6 à 15 ans.

⁴⁹ Je vais revenir sur cette question dans le chapitre suivant.

⁵⁰ Delière (1988) donne une description détaillée de ces habitations.

⁵¹ Acte d'offrande et de prière à la divinité, marqué par un rituel plus ou moins élaboré

Selon les données fournies par le BDO, 252 personnes, dont 87 hommes et 175 femmes (pour un total de 862 personnes) représentent la population active de Karik. De nombreuses femmes m'ont rapporté que leurs époux n'avaient aucune activité salariée. Pour la majorité d'entre elles, la vie s'organise autour du travail dans les champs, qui commence très tôt le matin et se termine en début d'après midi, des tâches domestiques et de l'organisation des fêtes familiales et religieuses. En plus de ces activités, certaines femmes se sont regroupées et ont fondé plusieurs associations villageoises. Par exemple, grâce à l'aide administrative fournie par le BDO, Palanie, l'une de mes informatrices principales, a pu devenir le leader de l'association Sevanthi qui regroupe 24 femmes. Selon ses explications, le fonctionnement est le suivant. Il fut une période où chaque mois, chaque personne du groupe déposait la somme de 50 roupies auprès du leader. Cette dernière est chargée de remettre les 700 roupies ainsi collectées au bureau du « State Bank Of India ». Après un délai de 6 mois de versement régulier, la banque a accordé un crédit. Pour ce groupe, comme en témoignent les documents que me montrait Palanie, le prêt obtenu est de 100 000 roupies pour deux ans et le taux d'intérêt s'élève à moins de deux pour cent. Contrairement à certains projets de microfinance, prévoyant l'implication des femmes dans une production donnée (fabrication de chaises, élevage de poulets...)⁵², l'utilisation des fonds obtenus dans ce cadre est libre. Palanie emploie deux personnes pour confectionner des petites statuettes en plâtre, en vente devant les temples, tandis que d'autres femmes du groupe ont utilisé cet argent pour payer les frais d'admission de leurs enfants au collège, acheter une vache, ou améliorer leur habitat.

⁵² Au sujet d'une critique des projets de micro finances en Inde voir les publications faites dans le cadre du projet mené à l'Institut Français de Pondichéry "Labour, Finance and Social Dynamics" soit: Banquiers aux pieds-nus : la microfinance (J-M Servet ; Odile Jacob ed., 2006) ; Microfinance en Asie : entre traditions et innovations (I. Guerin et coll. ; Khartala-IRD-IFP ed., 2005) ; Microfinance challenges : empowerment or disenpowerment of the poor ? (I. Guerin & J. Palier, IFP ed. 2005) ; Microfinance : from daily survival to social change (I. Guerin & J-M Servet ; IFP ed., 2003).

DES DIEUX ET DES CONFLITS

L'organisation sociale, les rituels et les croyances autour du fait religieux sont un sujet régulièrement abordé par mes interlocutrices et il m'est impossible de rendre compte de l'ensemble des données, non utilisées, rapportées à ce propos. De plus, la mise en perspective théorique de ces données représente un objectif trop éloigné de ceux de cette thèse. Néanmoins, il me semble intéressant d'en rapporter quelques éléments ethnographiques. Je présenterai deux cas d'étude dans ce domaine, soit la relation conflictuelle entre le croyant et la divinité ainsi que la dimension conflictuelle de l'organisation d'un rituel.

A Karik, exceptée la jeune Kuruchide, de religion musulmane, et qui ne résidait pas dans cette partie du village, l'ensemble des personnes avec lesquelles j'ai pu discuter se déclaraient hindoues. Le dieu auquel les femmes font référence en première intention, est le *Kulateyvam*, le dieu des familles. Moffatt (1979) établit une distinction entre *ista devams* (dieu personnel), *vītu devams* (dieux du foyer) et *kula devams* (dieux du lignage) (In Delière 1988 : 256). Cependant, à l'instar de Delière, je n'ai pas non plus noté cette distinction. Le terme *Kulateyvam* est aussi utilisé pour nommer *Maryamman*, la déesse mère et déesse de la variole (*ammai*), qui est la divinité féminine la plus vénérée en pays tamoul et qui protège les villages contre les maladies éruptives (pas seulement la variole), les épidémies et les mauvais esprits (Delière, 1988). *Maryamman* est très sensible à la pureté rituelle. Les femmes de Karik rapportent qu'il ne faut pas se présenter devant elle si on est sale, si on est en période de menstruation ou de post-partum. *Maryamman* peut parfois frapper les villageois de maux assez graves et les rapports qu'entretiennent les personnes avec elle ont parfois une dimension conflictuelle. Le temple de *Maryamman* est situé au croisement des trois quartiers de Karik. Le culte qui lui est dédié est régulier le mardi et le vendredi, et les prières s'organisent alors autour de demandes et de formulation de vœux. Les plus anciens, c'est-à-dire les personnes âgées de plus de 40 ans, comme le précise la matrone Angelai, se permettent d'insulter la déesse lorsque leurs demandes ne sont pas exaucées. « Je t'ai prié pendant 40 ans avec

espoir et tu ne m'as rien fait » disent-ils. Certaines personnes, femmes et hommes, et en particulier lorsqu'elles sont ivres, se permettent alors de frapper l'effigie de la déesse avec leur chaussure ou avec un bâton et de lancer des insultes, « *mundai kamnati* » (veuve dans un langage vulgaire) ou « *narakuti* », « *sandalaikuti* », « *satakuti* » (terme vulgaire qui désigne les fesses). Selon mes informatrices, cette technique est très efficace. De nombreuses personnes auraient obtenu ce qu'elles espéraient après avoir utilisé ces mots. Par exemple, voici ce que nous dit Rani, au sujet de sa relation avec la déesse.

« Si on veut qu'une bonne chose se passe, on prie la déesse. Dans ce cas, on mange végétarien, on fait des *pūjā*. Si cela ne se réalise pas, on se met en colère et on menace la déesse. Un événement semblable à ça s'est passé dans ma maison. Moi, je prie la déesse « *Tulukānatamman* ». ⁵³ Le mardi et le vendredi, je la prie en allumant le camphre. Pendant les jours sacrés, je prie aussi. Alors je lui dit "fais en sorte que mon mari se conduise bien. Il doit arrêter de boire et de me battre tous les jours après avoir bu, donne une bonne alliance pour ma fille, ma vache doit avoir un petit. " Malgré ça, rien ne s'est passé dans les jours suivants. Alors je me suis fâchée, puis j'ai commencé à la détester. Je lui ai dit : "Désormais je ne vais plus te prier. Qu'est-ce que tu m'as fait ? Pourquoi je dois te prier ?" Tout de suite, j'ai eu un résultat. Ma vache était enceinte. J'étais vraiment contente alors je la vénère à nouveau. »

Ceci conforte l'avis de Deliège (1988 : 244) selon laquelle au sein des communautés marginalisées des intouchables, « on ne s'adresse aux divinités qu'en cas de besoin » (Freeman 1977 : 25) et l'on ne se préoccupe guère du bien-être spirituel (Briggs 1920 : 236) ». Le vœu constitue ainsi l'institution religieuse fondamentale des Paraiyars [et des autres castes intouchables en présence]. De plus, l'attitude conflictuelle des demandeurs envers la déesse, dans le cas d'une demande non exaucée, est un deuxième exemple de l'aspect pragmatique du fait religieux chez les intouchables, constat fait par Deliège (2004a) également. Avant de poursuivre, voyons une seconde illustration de la place du conflit dans le culte religieux.

Ajoutée au temple de la déesse, l'autre lieu de culte important pour les villageois est le temple de *Murukan*, le second fils de Siva dont la monture est le paon⁵⁴. Le dieu *Murukan* est très populaire dans le Sud de l'Inde. Il est connu sous des appellations diverses comme *Skanda*, *Kumāra*, *Subrahmanya*, *Kārttikeya* et *Vēlan*. C'est une figure de la littérature tamile et sanskrite grandement célébrée dans l'Etat du Tamil Nadu,

⁵³ Il s'agit de l'un des noms donnés à la déesse *Mariyamman*.

⁵⁴ Pour une étude sociale et géographique des processions en l'honneur de *Murukan* et de la déesse dans un village tamoul voir Trouillet (A paraître).

qualifié de « domaine de *Murukan* », et qui lui consacre six grands centres de pèlerinage (Palani, Tiruchendur, Tiruttani, Tirupparankunram et Swamimalai) (Clothey, 1978). En dehors de ces lieux qui accueillent plusieurs milliers de personnes chaque année, tous les villages du Tamil Nadu possèdent un temple dédié à celui qui représente à la fois la jeunesse éternelle, la beauté, et l'incarnation de la divinité (Ibid : 11). A Karik, le temple *Murukan* est situé dans le *ūr* et les villageois des castes intouchables n'ont pas le droit d'y entrer. Pendant le *tai-māci*, en janvier-février, des fêtes sont célébrées en l'honneur de *Murukan* et en référence à la célébration de la fertilité de la terre, des animaux et des femmes. Au moment de la pleine lune, tous les habitants de Karik se rendent devant ce temple. Les hommes se présentent devant le brahmane chargé d'effectuer des percements du corps avec des pièces de métal, aiguilles, lances, broches, matériaux divers regroupés sous le nom de *alaku*. Par ce geste, ils expriment leur soumission, leur obéissance et leur repentance à la divinité. En s'offrant ainsi à *Murukan*, les hommes parviennent à l'état de grâce en se faisant percer le corps par sa lance divine⁵⁵. Pour les populations intouchables de Karik, ces actes ont lieu à l'extérieur du temple. Voici ce que rapporte la matrone Angelai au sujet de l'organisation de cette célébration :

« Pour se percer avec une aiguille, chacun doit donner 10 roupies au prêtre de ce temple de *Murukan*. Cette aiguille peut être en argent ou en or. Cela dépend de la richesse de chacun. Ils ne nous font pas rentrer dans ce temple et nous percent les aiguilles dehors. Pourquoi leur donner de l'argent dans ce cas-là ? Pourquoi ne pas piquer les aiguilles dans le temple de « *Tulukanatamman* » ? Et si l'argent, au lieu d'aller au prêtre de ce temple, allait aux gens de notre temple de « *Tulukanatamman* » ? Maintenant, ce sont des jeunes hommes et des jeunes hommes non mariés qui nous piquent les aiguilles dans notre temple et on leur donne à chacun 10 roupies pour ce geste. »

Certes dans les villages tamouls, et en particulier lors des processions à l'occasion des fêtes de *Murukan* et de la déesse, une coopération de façade s'instaure entre les personnes des castes non intouchables et intouchables. Cependant, chacun doit rester à sa place, dans le territoire qui lui est réservé (Trouillet, A paraître). Comme le montre cet auteur, la procession, comme le percement des aiguilles dans notre cas d'étude, est l'occasion, pour les intouchables, de renégocier leurs droits auprès des autres groupes sociaux et de revendiquer ainsi la place de leur temple et de leur divinité dans l'organisation sociale du culte et des croyances. Néanmoins, cette

⁵⁵ Kapadia donne une description de l'équivalent de ce festival chez les communautés Aruloor présentes au Tamil Nadu (1996 : 137). Voir aussi à ce sujet le chapitre J. Racine dans Bouillier *et al.* (2002).

barrière territoriale n'est effective que localement. En accompagnant certaines personnes de Karik au temple de Tiruvakkarai, distant de trente kilomètres et qui comprend plusieurs autels dont, par exemple, l'un est dédié à *Maryamman* et les deux autres à *Murukan* et à *Sivā*, j'ai pu constater qu'elles se présentaient devant les trois divinités pour y recevoir la bénédiction des prêtres brahmanes. Ceci ne semblait gêner personne, puisque comme me l'expliquait Palanie à ce propos :

« Qui oserait ici nous demander qui nous sommes ? »

DES FEMMES ET DES HOMMES

Au cours de ce travail, je n'ai guère recueilli de données concernant le discours et les pratiques des hommes par rapport aux événements de la reproduction. Cette absence est liée, pour une part à l'organisation sociale des rapports entre les sexes, qui conduit les femmes et les hommes à œuvrer, le plus souvent, dans des espaces séparés. De plus, le fait d'être une femme et de travailler aux côtés d'une autre femme n'a guère facilité cette rencontre. Les deux entretiens que j'ai réalisés avec des hommes ont été peu convaincants quant à la qualité des données recueillies. Ainsi, la présence des hommes, tout au long des lignes qui suivent, sera perçue essentiellement à travers les discours rapportés à leur sujet par leur mère, leur sœur ou leur épouse, discours qui ne présentent que la reconstruction d'un regard porté à un moment donné.

A Karik, la relation d'un homme et d'une femme, telle qu'elle est perçue de l'extérieur diffère radicalement du modèle de la relation conjugale épanouie tel qu'il est véhiculé en Occident. En public, les époux doivent se montrer distants le plus souvent, une femme n'appelle pas son mari pas son prénom ; elle ne le nomme pas non plus « mon mari », mais « le fils de... » ou le « père de ... ». De nombreux écrits ont véhiculés une image de la femme indienne comme silencieuse et soumise. Néanmoins, dans ce village, et ainsi que le notait Deliège (1988) chez les Paraiyars, cette image reste de l'ordre de l'idéal, comme en témoignent les nombreuses

querelles conjugales dont j'ai pu être le témoin. Les hommes sont parfois les victimes de violence de la part de leur épouse, en particulier lorsqu'ils sont ivres. Plusieurs femmes m'ont fait part de leur réprobation de certaines nouvelles pratiques sociales entre les sexes, qu'elles jugeaient peu décentes. Elles reprochaient aux plus jeunes femmes, le port de tenues trop ouvertes, laissant voir certaines parties du corps et qui aguichaient les garçons. Elles jugeaient très incorrecte la façon dont, dorénavant, les hommes font des demandes de relations sexuelles à leur épouse. Voilà ce qu'en dit la vieille Depanchalie :

« De mon temps, après avoir fini leurs travaux, les personnes âgées s'asseyaient en groupe et bavardaient entre elles. C'est comme ça qu'on passait le temps. A cette époque, il n'y avait pas de télé, ni d'autres divertissements. Quand les grands-mères discutaient en groupe, si leurs maris voulaient avoir des rapports avec leurs femmes, ils ne les appelaient pas par des mots. Ils faisaient des signes de la tête. Nous, on comprenait bien ces signes. Mais maintenant, quand nous nous asseyons pour bavarder avec les vieilles femmes, leurs maris les appellent à haute voix: "Allez, viens coucher avec moi !" Et ces personnes âgées leur répondent, crûment: "vieux con, tu veux encore me baiser à cet âge? "».

Hormis les travaux de Raheja et Gold (1994), qui décrivent les aspirations des femmes au plaisir de la chair tels qu'ils sont formulés dans les chants, et ceux de certains auteurs à propos de la soumission sexuelle des femmes⁵⁶, la place du sexe dans le rapport conjugal et/ou amoureux est peu abordée dans la littérature concernant les femmes indiennes. L'intimité que j'ai pu construire avec certaines femmes de Karik m'a permise d'aborder ce sujet. Ainsi, mes interlocutrices parlent de la relation sexuelle comme d'un facteur qui détermine la bonne entente conjugale. Palani, Pappathi, Soubatra sont tout à fait d'accord avec la vieille Angamale lorsqu'elle affirme :

« En principe, il doit y avoir une bonne relation, de l'affection et une bonne entente entre mari et femme. Et plus important, on doit avoir un mari qui nous obéit. On n'a pas besoin d'avoir tous les jours des relations sexuelles avec notre mari. Mais le mari et la femme ne doivent pas se coucher séparément, s'ils se couchent l'un à côté de l'autre, notre mari aura de l'affection et confiance en nous. " Ils viendront tout seuls dans notre chemin " [ils nous écouteront]. Mais si elles pensent "on a des enfants alors pourquoi coucher avec eux !" leurs vies auront des pentes et des fossés [des hauts et des bas] ».

L'exemple de Rani, présente lors de cette entretien, est cité par toutes comme une confirmation de la théorie énoncée par Angamale. Ainsi, Rani se trouve trop âgée

⁵⁶ Voir par exemple ceux mentionnés à ce sujet dans les travaux de Bourdier (2001a).

pour poursuivre des relations sexuelles avec son mari. Tous ses enfants sont mariés et elle est la grand-mère de trois petits-enfants. Papathie explique le fait suivant :

« Quand son mari l'appelle, elle n'y va pas et ne couche pas avec lui. C'est pourquoi ils se disputent jour et nuit. Quelquefois, le mari de Rani donne des coups de pied à Rani. C'est parce qu'ils n'ont pas eu de relations sexuelles depuis longtemps. »

Les voisins de Papathi et Palani sont cités comme un exemple d'une relation conjugale épanouie. Cet homme et cette femme ont une cinquantaine d'années, ils sont mariés depuis plus de trente ans et leurs trois filles sont mariées également. Malgré la petitesse de leur maison, et le manque d'intimité inhérent au manque d'espace, ce couple est connu pour ne jamais coucher séparément. Ainsi, il a bien été remarqué par tous que lors de la visite de leur troisième fille, à l'occasion de son premier accouchement, et même en présence de leur deuxième fille, qui habite dans leur rue, leur habitude nocturne demeure inchangée. Loin d'être perçue par les voisines comme un manque de bienséance, ou de respect des règles d'impureté, lié dans ce cas à la présence d'une femme accouchée, la relation sereine et visible de ce couple est l'objet d'envie. Voici ce que nous dit Soubatra :

« Ils ne se bagarrent jamais. Même s'il y a des disputes, ils terminent leurs disputes sans l'exposer dehors. Lui, il ne desobéit jamais à sa femme. Il écoute ce qu'elle lui dit. »

Ainsi, selon la littérature produite au sujet des rapports sociaux de sexe en Inde, la relation sexuelle conjugale serait le plus souvent vécue par les femmes paysannes comme un acte faisant partie des nombreuses obligations domestiques (Dietrich, 1987; Sabala, 1999). Ceci est, en effet, souvent le cas à Karik, certaines femmes en parlent parfois comme d'une corvée équivalente à celle de faire la vaisselle. Pour d'autres, l'attention portée à cette relation est un moyen efficace pour préserver leur époux de l'infidélité. Par exemple, l'hypothèse défendue par Georges (2002) est que la discipline quotidienne des relations sexuelles conjugales apprend aux femmes mariées d'un certain âge à considérer cet acte avec pragmatisme alors qu'elles le jugeaient antérieurement déplaisant. D'un certain point de vue, le discours de mes interlocutrices confirme ces dernières affirmations puisque la relation sexuelle régulière serait un facteur d'épanouissement et d'apaisement des tensions présentes dans la relation conjugale. De plus, les propos de ces femmes, leur attitude et leurs

sourires lors de nos discussions, en dehors du village (et plus exactement à mon domicile) et autour d'un thé, laissent penser, que le sexe n'est pas toujours réduit à cette fonction. Certes, selon Dietrich (1987) par exemple, les qualités socialement reconnues aux hommes, soit *vikkirāṃam*, la bravoure, *āṇmai*, la virilité, valorisent la puissance sexuelle. Les qualités accordées aux femmes, soit *tāṇmai*, l'amour maternel et *kaṇṇu*, la chasteté, vont dans le sens du déni et du contrôle de la sexualité. Néanmoins, Raheja et Gold (1994) remettent en question cette vision généralisante de la représentation de la sexualité. De même, de nombreux auteurs s'accordent à reconnaître aux femmes indiennes le pouvoir de *sakti*, énergie positive créatrice, comme une puissance sexuelle dangereuse pour l'homme, que les règles de soumission liées au mariage ont pour fonction de contrôler (Kelkar, 1999; Leslie, 1992; Reynolds, 1991; Wadley, 1991). Cependant, les travaux de Raheja et Gold plaident en faveur d'une relecture de ces analyses. Ainsi, les propos intimes de certaines femmes de Karik, comme les chants des femmes du Rajasthan (Raheja, Gold, 1994) illustrent bien la façon dont les femmes dans leur vie quotidienne se représentent, construisent, négocient et contestent le discours moralisateur à propos des relations d'alliance et de genre.

Le décor et les acteurs étant posés, il est temps maintenant de présenter une reconstruction de certains événements qui se jouent autour de la naissance d'un enfant dans cette communauté. Nous allons présenter, dans cette première partie de la thèse, une ethnographie des savoirs mobilisés autour de la naissance en milieu populaire. En premier lieu, nous nous intéresserons aux pratiques et aux représentations sociales de la conception d'un enfant. Un deuxième chapitre sera consacré à la description d'un rite de la grossesse tel qu'il est pratiqué dans la communauté étudiée. Enfin, un dernier chapitre traitera des pratiques autour de l'accouchement à domicile avec l'aide d'une matrone.

CONCEPTIONS DES ENFANTS EN PAYS TAMOUL

VOULOIRS ET POUVOIRS

Toute femme indienne sait que la maternité lui conférera une raison d'être et une identité que rien d'autre, au sein de sa culture, ne lui apportera. Et ceci, qu'elle soit riche ou pauvre, quelle que soit sa caste, sa classe ou sa religion, qu'elle soit une jeune femme nouvellement mariée ou fatiguée et vieillie par ses grossesses successives (Kadar, 1988). En dehors de quelques rares exceptions, la survenue d'un problème d'infertilité est posée comme un drame autant personnel que familial. En Inde du Sud et à Karik en particulier, les rites de la puberté, des fiançailles, du mariage, ainsi que les cérémonies d'enterrement du placenta ont un objectif unique : accroître le futur pouvoir procréatif du corps féminin. Un constat d'infertilité est vécu comme un échec du couple et de l'ensemble du groupe social des époux puisque dans le contexte indien, la fertilité va de pair avec une amélioration du statut social, de la prospérité et de la puissance du groupe familial. Par conséquent, la procréation est un devoir qui dépasse celui des époux (Patel, 1994).

D'après les textes anciens, selon le dharma⁵⁷, l'homme et la femme ont le devoir sacré de faire un enfant, particulièrement un garçon. Le rite du mariage, le vivāha prévoit des prières à cet effet. Théoriquement, le mariage demeure un acte sacré et indissoluble y compris après la mort. En pratique, les gens ne connaissent pas forcément le dharma. Le mariage se fait parfois sans prières et sans cérémonie et la séparation des époux est possible, surtout si elle est décidée par le mari⁵⁸. En Inde, le mariage est la plupart du temps une alliance entre deux familles s'imposant comme un fait social de première importance (Bhattacharya, 2002; Bourdier, 2001a; Das, Dey, 1998). Il est l'aboutissement d'une négociation complexe et réfléchie entre familles proches, parents éloignés et intermédiaires. Le mariage arrangé est souvent perçu comme « une voie tranquille et sécurisante (...) où tout est anticipé grâce aux prévisions astrologiques et aux enquêtes familiales préalables. » (Bourdier, 2001a : 22). Si elle se fait officiellement dans le cadre du mariage, la procréation peut aussi

57 L'ordre socio-cosmique qui maintient l'univers dans l'existence selon les textes sacrés. (Biardeau, 1995) ; Les termes hindis sont soulignés.

58 A Karik par exemple, plusieurs cas d'abandon du domicile conjugal par les époux, de divorce et de remariage m'ont été rapportés.

avoir lieu en dehors. En effet, le caractère sacré de l'union et l'indissolubilité du couple n'impliquent pas l'absence de relations hors mariage et de situations entretenues (relations pré maritales et adultères, liaisons ancillaires, multi partenariat) (Ibid : 23). Enfin, aujourd'hui, à Karik comme ailleurs, certains amoureux décident de s'unir en dehors de toute négociation parentale préalable. Mis devant le fait accompli, les parents de filles acceptent d'autant plus facilement ce choix de leur progéniture, que le « love marriage »⁵⁹ ne nécessite pas de paiement de la dot au futur époux. Le contexte social de la procréation d'un enfant étant posé, ce chapitre va présenter certaines pratiques et représentations de la reproduction dans le village étudié. Nous nous intéresserons à quatre aspects de la reproduction, évoqués par les femmes rencontrées, soit la conception d'un enfant, le traitement de l'infertilité, le contrôle des naissances et le sujet de l'infanticide.

L'un des domaines de l'anthropologie de la naissance concerne l'étude des représentations du processus de fabrication des enfants dans une société donnée. Par exemple, Godelier présente une analyse comparative de plusieurs théories élaborées à partir de matériel ethnographique varié recueilli par des auteurs divers et dans des lieux géographiques variés (2003). En parlant de la société qu'il a lui même étudiée, il écrit : « Pour les⁶⁰ Baruya, pour fabriquer un enfant il faut qu'un homme et une femme s'unissent sexuellement. Le sperme de l'homme produit les os, la chair et le sang de l'embryon, puis du fœtus qui se développe dans le ventre de la femme, celui-ci n'étant qu'un contenant qui n'apporte rien à l'enfant. » (Ibid : 3). Selon moi, cette approche conceptuelle, culturaliste, est porteuse d'erreurs d'interprétations ou de généralisation excessive. Elle présente, en effet, une analyse homogène des représentations locales de la fabrication des enfants, inapte à rendre compte de la diversité des discours des personnes rencontrées et de leurs contradictions éventuelles. De plus, dans le cadre notre recherche, l'étude de la conception limitée à la production « achevée » d'un enfant semble insuffisante pour appréhender les contextes sociaux, sanitaires et politiques dans lesquels se joue la fabrication des enfants. Ainsi, nous proposons, dans ce chapitre, de décrire les moyens utilisés, par l'Etat et par les personnes, pour limiter et contrôler la survenue d'une grossesse,

59 Le mariage d'amour, thème largement exploité dans les films « bollywoodiens ».

⁶⁰ Je souligne. Voir les lignes qui suivent.

pour accéder à la parentalité par des chemins « alternatifs » ou pour se séparer d'un enfant non désiré. Cette étude s'inspire des travaux menés dans le cadre d'un nouveau courant théorique développé par l'anthropologie de la reproduction. Contrairement aux études classiques dans ce domaine, plus intéressées à décrire les questions de représentations culturelles de la fabrication des êtres humains, ce nouveau courant privilégie des événements de la reproduction peu ou non explorés. Cette perspective s'intéresse en particulier aux « ratés reproductifs », comme la fausse couche, l'infertilité, le handicap et l'adoption. Ces études tendent à montrer que la notion de « reproduction qui tourne mal » est utile pour examiner les pratiques et les représentations de l'Etat, en terme de contrôle de la reproduction, et pour décrire les cadres culturels, sociaux et structurels qui déterminent les « choix reproductifs » des femmes (Jenkins, Inhorn, 2003).

REPRESENTATIONS DE L'ENGENDREMENT ET LE ROLE DES *PUCCI*

Quelles que soient les représentations de la conception, l'apparition d'un fœtus dans le ventre féminin implique la plupart du temps que l'homme et la femme se soient unis sexuellement. Cette union est primordiale pour bloquer le sang menstruel avec du sperme chez les Trobriandais de Malinowski (1970), pour nourrir le fœtus des Baruya de Nouvelle Guinée (Godelier, 1984), pour former le placenta et le corps de l'enfant yanomami à partir du sperme éjaculé dans le contenant en forme de gourde (Ales, 1988) ou encore, chez les bouddhistes tibétains, pour attirer la venue d'une âme prête à entrer dans la matrice pour se réincarner (Parfionovitch *et al*, 1992). Pourtant il ne semble exister aucune société où un homme et une femme suffisent à eux seuls pour faire un enfant : « Ce qu'ils fabriquent ensemble par des contributions qui varient de société en société et avec des substances diverses (...) c'est un fœtus, jamais un enfant humain, complet, viable. D'autres agents doivent pour cela intervenir, des agents évidemment plus puissants que les humains et qui ajoutent au fœtus ce qui lui manque pour devenir un enfant (...) une âme, un esprit, mais c'est aussi le souffle, et parfois même le nez ou les doigts. » (Godelier, 2003 : 13). Qu'en est-il des théories populaires de la procréation à Karik ? C'est la question

que nous avons discutée à l'ombre, assise sur le perron, à l'heure où les travaux des champs sont terminés et que ni les hommes, ni les enfants ne sont encore rentrés.

Radjambale, la soixantaine, nous raconte que la conception d'un bébé est, au moment du rapport sexuel, principalement tributaire de la fusion de deux vermisseaux ou insectes, ou êtres vivants microscopiques, les *pūcci*.

« Le *pūcci* élevé par le père et celui élevé par la mère fusionnent et forment un bébé. Ce *pūcci* se trouvera dans l'utérus de chaque mère. Son développement commencera juste après la menstruation des filles. Chaque garçon aura deux *pūcci*. et chaque fille aura deux autres *pūcci*. »

Tandis que les femmes présentes acquiescent d'un hochement de tête, Rani confirme :

« Le *pūcci* sera si petit qu'on le voit à peine, c'est un petit ver rouge. »

Selon certaines femmes interrogées, la véracité de la « théorie des *pūcci* » serait d'autant plus confirmée que ceux-ci se manifestent durant certains épisodes de la vie reproductive comme la menstruation :

« C'est à cause de ce ver, que certaines femmes auront très mal au ventre quand elles ont leurs règles. Et pour certaines filles, il sort automatiquement avec le sang menstruel » (Nagavallie).

Cet exemple de représentation de la conception nous invitait à considérer, en premier lieu, la théorie des *pūcci* comme une métaphore, où les termes connus ou non d'ovule et de spermatozoïde seraient remplacés par celui de *pūcci*. Cette constatation nous encourageait donc à la prudence quant à la validité d'une éventuelle représentation symbolique locale de la reproduction. Néanmoins, à Karik, cette conception populaire de la procréation n'est pas partagée par l'ensemble des femmes que j'ai rencontrées. Si certaines femmes, dont les plus âgées, sont intarissables à propos *pūcci*, d'autres souvent les plus jeunes, ne semblent rien avoir à dire à ce sujet. Voyons quelques exemples à propos de la typologie du *pūcci*.

Les *pūcci* se manifesteraient lors des « petits maux »⁶¹ de la grossesse soit en tamoul le *vacākkōṭṭi*, les malaises du matin, et autres gênes éprouvés par les femmes enceintes, comme les vomissements. Le nombre de *pūcci* ainsi expulsés serait un indicateur fiable du nombre d'enfants portés. Voici ce que nous explique Anjamale à ce propos :

« Quand j'étais enceinte, je n'ai rien mangé, rien jusqu'au cinquième mois. Quand je mangeais quelque chose je vomissais tout de suite. Un jour, j'avais faim et j'ai mangé de la bouillie, mais j'ai vomi tout de suite et un *pūcci* est sorti. Si deux insectes sortent, on aura deux bébés. Si un insecte sort, on aura un bébé. C'est ce qui m'est arrivé lors de mes deux grossesses. »

Enfin, d'autres théories coexistent à propos du rôle et de la manifestation des *pūcci*. Premièrement le *tantai pūcci* (le *pūcci* de la mère) et le *tāy pūcci* (le *pūcci* du père) sont présents dans le ventre de chaque femme. Ces *pūcci* ont la même taille et la même forme et ils ont pour fonction de protéger la femme contre une agression éventuelle des mauvais esprits. Ces *pūcci* sont parfois expulsés lors des vomissements de la grossesse, néanmoins ils ne jouent aucun rôle dans la formation des bébés. De plus, mes interlocutrices me mettent en garde contre le danger de confondre ces *pūcci*, avec les *naku pūcci* et les *anda pūcci*, respectivement les petits vers et les longs vers expulsés dans les selles, et parfois lors de vomissements, lors de certaines maladies intestinales⁶². Enfin, deux autres types de *pūcci*, dont je traiterai dans le paragraphe suivant, seraient responsables de certains cas d'infertilité féminine.

Chez les Telefolmin, un groupe vivant dans les montagnes de Nouvelle-Guinée, Godelier (2003) observait l'existence simultanée de deux « modèles » de conceptions populaires de la procréation des enfants : un modèle « officiel » parce que partagé publiquement par les hommes et par les femmes, et un modèle « secret » propre aux femmes et qui contredit partiellement le modèle des hommes. A Karik, la théorie des *pūcci* ne semble faire aucune unanimité parmi les femmes interrogées. Ainsi, Dhanabathymame, une très vieille dame matrone de Karik, n'a jamais vu de *pūcci*.

61 Terme emprunté au langage biomédical qui définit l'ensemble des troubles corporels jugés bénins qui apparaissent avec la grossesse et disparaissent après l'accouchement : les nausées, le prurit, les douleurs lombaires et les vomissements.

62 Il s'agit vraisemblablement de vers intestinaux du type des oxyures et des ascaris.

« Non même dans le *petou*⁶³ les gens le disent, mais moi je ne l'ai jamais vu ! ».

Et Ratjalachoumie surenchérit :

« Les gens disent qu'il existe un insecte de tel type, beaucoup de gens le disent, mais moi je ne sais pas. »

Puis Kurishide, jeune femme musulmane qui travaille comme aide de salle à la maternité du PHC⁶⁴, ajoute :

« Je n'ai jamais rien vu de pareil. Après l'accouchement c'est moi qui prends les *kasadu*⁶⁵ et qui les mets dans un seau, alors Madame vous pensez bien ! »

Ces conversations au sujet des *pūcci* nous enseignent qu'aucune représentation symbolique locale de la reproduction ne fait l'unanimité parmi les femmes interrogées à Karik. L'appropriation de la conception populaire des *pūcci* repose sur l'expérience individuelle de chacune de nos interlocutrices. Cette même expérience modèle en retour les représentations de la conception et permet de préciser le rôle donné aux *pūcci* dans la fabrication des enfants. De plus, il n'est guère étonnant de constater qu'aucune mention n'est faite au sujet du rôle du divin dans la fabrication d'un enfant. Les gens savent, en effet, parfaitement que ce n'est pas Dieu qui fait les enfants. Nous verrons cependant dans le chapitre consacré à l'infertilité que dans ce cas le divin est invoqué. Enfin, la théorie de la procréation selon l'orthodoxie brahmane (Mc Gilvray 1982 in Kapadia, 1995 : 37) insiste sur la notion de conception et de grossesse masculine. L'enfant serait conçu dans le ventre du père pendant deux mois puis remis à la matrice de la mère, lors d'un rapport sexuel, pendant les dix mois restants. Néanmoins, cette théorie reflète plus une appropriation symbolique de la grossesse et de l'accouchement en relation avec le désir du contrôle du corps et du pouvoir féminin, qu'une réalité reconnue par les

63 Terme local qui désigne le *peth*, la colonie de gens de basse caste.

64 PHC : Primary Health Center ou centre de soins de santé primaire. Situé à la sortie du village, ce centre comprend une maternité de premier niveau.

65 Terme local qui désigne les débris de l'accouchement, placenta, caillots de sang.

personnes non brahmanes (Ibid : 38) et, particulièrement, par celles rencontrées à Karik.

En somme, l'ethnographie des discours autour de l'engendrement nous apprend, que contrairement à l'homogénéité prétendue et présente dans de nombreux travaux d'anthropologie de la naissance, les représentations de la conception sont collectives certes, en tant que représentations de groupe ou de sous-groupe. Elles sont aussi modelées par l'expérience. De plus, cette expérience détermine la narration des phénomènes liés à la conception des enfants. Ainsi, nos interlocutrices ont des représentations diverses du rôle des *pūcci* dans la fabrication des enfants. Dans la majorité des cas, les avis sur ce sujet diffèrent selon les générations. Les femmes les plus anciennes tendent à reconnaître le rôle des *pūcci* dans la conception des bébés et les plus jeunes à en douter. Selon moi, l'un des facteurs à l'origine de cette dualité est la fréquentation ou non des services de santé de la reproduction. Les consultations auxquelles les jeunes femmes de Karik ont recours pour le suivi de leur grossesse ou durant la période de *post-partum* sont, en effet, le lieu où les représentations biomédicales de la conception sont véhiculées, soit par les discours des soignants, soit par l'intermédiaire des posters d'information affichés dans les halls d'attente des consultations. Enfin, selon ces femmes, la présence de certains *pūcci* peut conduire parfois à une absence de procréation. Avant de traiter plus en détail cette question, voyons selon d'autres perspectives, pourquoi certains couples ne parviennent pas à concevoir. Quelles sont les représentations de cet échec selon les femmes de Karik ? Quels moyens médicaux, religieux ou sociaux parviennent-elles à mobiliser ?

DESORDRES ET TRAITEMENTS DE L'INFERTILITE

Dans le contexte tamoul, le seul statut enviable du genre féminin est celui de *kaṭṭukkalutti*, la femme mariée et mère. Quel que soit le cadre de l'union d'un homme et d'une femme, la procréation d'un enfant est attendue. Lorsque, malgré l'ensemble des précautions mises en œuvre, aucune grossesse n'est annoncée, la

stérilité, ainsi supposée, apparaît alors comme la pire des choses. Elle doit être traitée par tous les moyens⁶⁶. Certains auteurs affirment que chez les hindous, l'infertilité est interprétée dans le cadre de la loi du *karman*⁶⁷, comme la trace de fautes commises dans cette vie ou dans des vies antérieures, comme un manquement à effectuer les rites, ou à des erreurs commises durant leurs pratiques (Stork, 1992). Je me garderai d'attribuer cette représentation causale à nos interlocutrices, qui n'en ont jamais fait mention et n'ont jamais évoqué leurs croyances ni à la réincarnation, ni aux dieux du panthéon hindouiste « officiel »⁶⁸. Au Tamil Nadu, dès les premiers mois suivant son mariage, la jeune épouse, résidant chez son mari, sera l'objet de questions incessantes à propos de l'arrêt des saignements menstruels. Les conséquences sociales de l'infertilité sont dramatiques pour la femme. Elles peuvent conduire, à l'extrême, au rejet ou au suicide; ou à la venue d'une nouvelle épouse dans le foyer⁶⁹. Nous verrons plus tard que d'autres alternatives sont aussi envisagées. Le traitement de l'infertilité implique des modes de guérison variés. La recherche d'explication du désordre pourra conduire les époux sur des chemins multiples, des marches des temples aux cartes de l'astrologue, ou des couloirs des unités biomédicales à la maison de la matrone. Voyons quels sont les explications populaires de l'infertilité à Karik et les moyens d'y remédier.

Selon la théorie de la procréation critiquée ou partagée par les femmes de Karik, l'infertilité est signifiante de désordre, souvent attribué au corps de la femme. Elle est parfois attribuée au *pūcci* puisque :

« Si le *pūcci* mange le sperme, alors il n'y a pas d'enfant. »

66 Le chapitre 21 du Yogaratanasamuccaya (ou « Trésor des recettes médicales », ouvrage de médecine ayurvédique en langue sanskrite) décrit les plantes médicinales nécessaires à la régulation des humeurs du corps, équilibre indispensable à la survenue d'une grossesse (Stork, 1992).

67 Et parce que tout acte est fait en vue d'un résultat futur, le *karman* est ce qui condamne à renaître pour récolter les fruits qui n'ont pas « mûri » dans la vie présente. (Biardeau, 1995).

68 C'est-à-dire celui décrit par les textes sacrés fondamentaux de l'hindouisme, dont les quatre Veda : Rgveda, Yajurveda, Sāmaveda et Atharvaveda, et les Upanishad. Au sujet de la distance qui sépare ces textes des représentations et des pratiques religieuses des intouchables en Inde du Sud, voir (Deliège, 2004a).

69 Nous verrons ultérieurement comment l'infertilité masculine est aussi envisagée.

Les femmes nomment le *pūcci* responsable de l'infertilité féminine *intiriyam cāppātara pūcci*⁷⁰, soit le *pūcci* qui mange le sperme. Il se tient à l'entrée de la matrice, la bouche ouverte en permanence, prêt à avaler le sperme émis au moment de l'éjaculation. Selon mes interlocutrices, le *pūcci* n'est présent que dans la matrice des femmes infertiles et elles n'en connaissent pas l'origine. La littérature produite au sujet de l'engendrement en pays tamoul ne mentionne pas de théorie similaire pour expliquer l'infertilité. En dehors du non respect des règles régissant les rapports au divin, en particulier à Vināyakar (Ganesh), le dieu de la prospérité et de la fertilité, d'autres facteurs peuvent être responsables de l'infertilité. Par exemple, Daniel (1984) mentionne que les rapports sexuels à l'intérieur de la maison doivent avoir lieu dans certaines directions, en particulier à l'Ouest et au Nord, pour favoriser la procréation. Selon Kapadia (1996), la fertilité est déterminée par les astres : l'horoscope de la naissance et celui de la menstruation, faits en préliminaire de la recherche d'un époux, ont pour but d'assurer à la femme une union procréatrice. Voyons maintenant quels sont les traitements de la fertilité à Karik.

Selon les femmes, les traitements de l'infertilité liée à la présence du « *pūcci* qui mange le sperme » sont de plusieurs ordres. Ils ont tous pour objectif de tuer le *pūcci*. Premièrement, une préparation de feuilles de margousier⁷¹ est donnée à la femme infertile, par une vieille femme ayant mis au monde plusieurs enfants et considérée de bon augure dans le village. Le troisième jour de la menstruation, tôt le matin, et avant le lever du soleil, la femme en traitement doit prendre un bain de purification et se laver le corps et les cheveux. Puis, vêtue de ses habits mouillés, elle doit se rendre chez la femme chargée de lui donner le remède. Celle-ci aura préparé, le jour même, un verre, rempli au quart, de jus de feuilles *malai vēmpu*⁷² qu'elle aura gardé dans la pièce à *pūjā*. Au Tamil Nadu, le *malai vēmpu* est, en effet, l'arbre qui représente le pouvoir de la déesse. Il est couramment cité en tant que constituant des préparations médicinales. Ces feuilles écrasées et malaxées en pâte sont appliquées sur les pustules de la variole et utilisées pour le traitement des céphalées. Son pouvoir est aseptisant, il apaise l'excès de chaleur causé par la maladie, comme

⁷⁰ *Intiriyam* : sperme, *cāppātara* : (comme) nourriture.

⁷¹ *malai vēmpu*

⁷² Soit l'arbre *azadirachta indica* ou margousier

l'infertilité (Reiniche, 1979). « La nécessité de refroidir ou de tempérer [est en effet] mise implicitement en relation avec la virulence de la déesse (Beck 1969 ; Babb 1973) » (Ibid : 177). Lors de l'arrivée de la femme infertile au domicile de la guérisseuse, les deux femmes vont prier les *Kulateyvam* respectifs de leurs familles puis elles feront brûler du camphre et des bâtons d'encens. Ensuite, la patiente devra s'asseoir face au lever du soleil et boire le jus. Si le traitement est efficace, elle concevra un enfant le mois suivant. Sinon, d'autres tentatives similaires seront faites, un nombre impair de fois, soit trois, cinq ou sept fois⁷³. Une méthode identique remplace le malai vēmpu par des graines de piment séchées et trempées dans un verre d'eau. Cette préparation, supposée abaisser toute résistance du *pūcci* malfaisant, n'est pas suffisante. Elle doit s'entourer d'éléments jugés de bon augure : l'aube, le bain purificateur, la prière au temple et la présence de la femme mariée qui possède, comme la déesse *Maryamman*, le pouvoir de *sakti*⁷⁴. Après un troisième essai sans résultat, le recours thérapeutique suivant est parfois le traitement biomédical. D'autres traitements du registre populaire peuvent être mis en œuvre, comme celui expérimenté, avec succès, par Ruckmanie, qui consiste à avaler un verre d'huile de kérozène. Dans ce système curatif, la logique commune est l'utilisation de substances dont la nature froide est sensée refroidir l'excès de chaleur corporelle responsable de l'infertilité. Voyons maintenant comment d'autres traitements semblent suivre une logique différente de celle-ci.

Une autre thérapie est communément rapportée pour traiter les cas d'infertilité, voici ce qu'en dit la matrone Angelai.

« Dans ce cas, on prend un morceau de cordon d'une femme accouchée, sans que les autres le sachent. On entoure le cordon dans un tissu ou dans une feuille de papier et on le garde. Lorsqu'on en a besoin, on enlève tout cela et on le cache dans une banane. Il faut le donner à la femme en lui disant que c'est un remède, et qu'elle ne doit poser aucune question. Si on lui dit ce que c'est, elle refusera de le manger. »

Lors d'une investigation plus poussée du secret, soit-disant maintenu, autour de la substance avalée, Rangamanie m'avait dit :

⁷³ Contrairement aux nombres pairs, les nombres impairs sont jugés de bonne augure.

⁷⁴ La *sakti* est le pouvoir spirituel associé au genre féminin. Je reviendrai sur ce point ultérieurement.

« C'est un secret, elles savent ce qui est en jeu mais personne ne le dit »

Cette femme avait donné le cordon d'une de ses filles à une femme de sa famille qui n'avait pas d'enfant, et elle avait conçu un garçon. Selon ses propos, la femme infertile ne peut recevoir le cordon gratuitement. Elle doit payer vingt roupies si c'est le cordon d'un garçon et seulement dix s'il s'agit de celui d'une fille. Enfin, lorsqu'on demande en quoi l'ingestion du *toppuṭkoti*, le cordon ombilical, peut résoudre un problème d'infertilité, due ou non à la présence du *pūcci*, il n'est guère aisé d'obtenir une réponse satisfaisante. Celles à qui je l'ai demandé n'en savaient rien. Selon Rangamanie, il n'y a aucune explication d'ordre rationnel à l'efficacité de ce traitement. A la question de savoir « comment ça marche ? », voici ce qu'elle répond :

« Le cordon avalé ne va pas dans l'utérus, il va dans l'estomac puis il se dissout pour former l'enfant. Il n'y a rien de spécial, cela dépend de la foi qu'on a dans le traitement, de la foi portée à la femme qui le donne, et de la foi dans le pouvoir du cordon à former un nouveau bébé. C'est seulement à cause de cela que ça marche. »

En premier lieu, l'utilisation du cordon dans le traitement de l'infertilité semble relever d'une thérapie « de choc ». Les produits d'éjection de l'accouchement (sang, membranes, liquide amniotique, placenta et cordon) sont considérés comme polluants. L'ingestion du cordon, comme partie intégrante de l'être nouveau-né, peut être assimilée à un acte cannibale. Ce dernier prend une autre dimension dans le contexte hindou où la nourriture et l'opposition du pur et de l'impur ont souvent été décrits comme les instruments de codification de la hiérarchie sociale. L'ingestion du cordon laisse entendre que l'infertilité, le plus grand trouble du corps féminin, relève d'un traitement de choc fait de chair humaine et d'impureté, à la mesure de l'intensité du désordre qu'il signifie. Cependant, cette proposition est à mesurer. En effet, Deliège (2001) a montré que la généralisation de l'idéologie du pur et de l'impur, défendue par de nombreux auteurs, n'est pas toujours vérifiée par les données ethnographiques, comme par exemple chez les intouchables en Inde du Sud. En second lieu, le pouvoir du cordon peut être expliqué par la relation reconnue entre un nouveau-né et son cordon ombilical, décrit comme une sorte de double symbolique de l'enfant⁷⁵. Enfin, le pouvoir thérapeutique du cordon semble

⁷⁵ Je décris ce sujet plus en détail dans le chapitre suivant.

opérer parce que l'objet donné est présenté comme un traitement « en lui disant que c'est un remède », dont l'efficacité serait garantie par le mystère qui l'accompagne (« elle ne doit poser aucune question ») et dont le pouvoir reposerait sur la trilogie métonymique : infertilité – cordon – procréation. Le silence gardé au sujet de la nature exacte de l'objet thérapeutique résulte certes d'une stratégie sociale du soignant. Dans la relation thérapeutique du guérissage en effet, « (...) une stratégie sociale est mise en œuvre, ainsi qu'une rhétorique verbale ou gestuelle qui constitue une politique de la persuasion, de la croyance, de la reconnaissance sociale de la compétence à l'échelle micro sociale. » (Friedman, 1981 : 95).

Le traitement de l'infertilité peut relever d'un appel au divin, lorsque ce symptôme témoigne du non respect des règles qui régissent les rapports entre les dieux et les hommes. Ce désordre peut être réparé grâce à l'intervention d'un tiers. Tselvi relate son cas personnel à ce sujet.

« J'ai une fille. Dix ans après son mariage, elle n'avait toujours pas d'enfant. Pour elle, je suis allée à Malaiyanur Amman de Tindivanam au Tamil Nadu et j'ai offert mes cheveux. Maintenant ma fille est enceinte de cinq mois. »

L'offrande des cheveux (*muṭikkāṇikkai*) est une pratique courante dans les villages du Tamil Nadu et d'après mes observations concerne plus majoritairement les femmes⁷⁶. Cette pratique n'est pas spécifique au traitement de l'infertilité, elle peut relever d'une demande de guérison autre. Elle est parfois liée à un souhait spécifique. Elle est soit réalisée lors de la formulation de la demande d'aide au divin, soit promise puis donnée en remerciement de l'accomplissement d'un souhait.

La confection d'un petit berceau en bois, le *kaṭṭil*, avec une petite tête en terre cuite est aussi une pratique d'offrande jugée bénéfique à la fécondité. J'ai observé cette pratique dans de nombreux temples en Inde du Sud. Certains *kaṭṭil* sont confectionnés par la famille. D'autres peuvent être achetés à l'entrée du temple. Cette pratique est aussi mentionnée dans l'ouvrage de Leslie (1992) au titre de rite de

⁷⁶ Les hommes ont aussi recours à cette pratique mais de manière moins fréquente.

fécondité et la petite tête serait selon l'auteur celle du dieu Krisna, l'avatar le plus célèbre de Visnu-Nārāyana⁷⁷.

Parfois, le recours au divin s'inscrit en dernière ligne du trajet thérapeutique. Par exemple Papathie nous dit au sujet de sa sœur :

« D'abord, elle est allée à la maternité de quartier et puis à JIPMER⁷⁸ pour les conseils médicaux. Après elle a prié tous les dieux. »

Le traitement de l'infertilité est aussi l'une des activités des départements de gynécologie et d'obstétrique des hôpitaux et des cliniques privées, institutions auxquelles les villageois de Karik ont recours dans leur recherche de « guérison »⁷⁹. Les premières investigations, examen gynécologique et bilan infectieux⁸⁰, sont relativement abordables sur le plan économique et bien acceptées socialement. Cependant la suite du schéma thérapeutique est souvent difficilement réalisable. Selon les témoignages de femmes de Karik, recoupés par celui des médecins, le spermogramme est une pratique souvent impossible à demander au conjoint⁸¹. Les représentations et les pratiques autour des cas de stérilité, relevés ici à Karik, rejoignent donc l'énoncé de Héritier (1994) à propos des invariants de la pensée symbolique à ce sujet. « Partout et toujours la stérilité s'entend au féminin ». (Ibid : 125). Néanmoins, la suite de notre exposé va permettre d'illustrer ces propositions selon d'autres perspectives.

MATERNITES « ALTERNATIVES »

Il arrive parfois que ni le recours aux diverses techniques thérapeutiques médicales ni le recours religieux ne parviennent à la fabrication d'un enfant. Dans ce cas, d'autres pratiques sociales d'accession à la maternité sont utilisées. Ainsi,

⁷⁷ Biardeau (1995 : 292).

⁷⁸ Il s'agit de l'hôpital général universitaire de Pondichéry.

⁷⁹ Voir la partie III.

⁸⁰ Bactériologie des urines et prélèvement vaginal.

⁸¹ Les techniques de procréation médicalement assistée sont aussi largement répandues en Inde, mais coûteuses et donc réservées à une classe moyenne ou aisée. Voir à ce sujet Gupta (2000).

Roumanie, une vieille dame d'environ 70 ans, et mariée très jeune, nous faisait part de la souffrance qu'elle avait supportée pendant des années. Elle évoquait les brimades et les reproches formulés à son égard, par son entourage familial, devant son incapacité à donner naissance à un enfant. Puis, les yeux pétillants, elle nous raconta l'événement jugé providentiel qui avait bouleversé sa vie.

« Un jour mon mari est parti dans un autre village pour la récolte des cannes à sucre. À ce moment, j'ai fait la connaissance du garçon qui travaillait dans notre ferme. Mes parents⁸² l'ont su, ils m'ont battue et m'ont jetée hors de la maison. Je suis partie avec lui, et puis j'ai eu une fille. »

Dans diverses sociétés, le changement de partenaire est une pratique courante de traitement de l'infertilité. L'histoire de Roumanie relate une pratique non programmée, et, dans ce cas, socialement méprisée, puisque la jeune femme d'alors se retrouve exclue du domicile familial. Cependant, chez les Samo par exemple, cette pratique se fait parfois de manière officielle, programmée, et ne dissout pas forcément le premier mariage (Héritier, 1994). Le changement de partenaire en tant que remède à l'infertilité est une pratique communément envisagée en Inde. Les travaux de Raheja et Gold (1994) conduites en Uttar Pradesh et au Rajasthan en donnent une illustration en utilisant les chants des femmes comme matériel ethnographique. Ces auteurs rapportent que l'infidélité peut parfois résoudre un problème d'infertilité. Ils montrent comment, selon le point de vue des femmes, il est préférable d'être infidèle que de rester sans enfants⁸³.

⁸² Il s'agit des beaux-parents de Roumanie. Le mode de résidence virilocal est la pratique la plus courante adoptée par les époux à Karik. L'utilisation du terme parents, remplaçant celui de beaux-parents par Roumanie, relève de prescriptions sociales qui imposent à la femme mariée de considérer la famille de son mari comme sa propre famille et d'en parler comme telle.

⁸³ Voir van Hollen (2003 : 59) le chant Gali of the Barren Woman

On a banyan sat a heron, On a banyan sat a heron, Listen to the heron's words, Yes, listen to the heron's words:

For twelve years Ram Kishan's wife remained, For twelve years Ram Kishan's wife remained, Useless and empty she remained, Yes, useless and empty she remained. One night with Bhuraji she remained, One night with Ramji she remained, At once a boy child she obtained, Yes at once a boy child she obtained. You did well, my stout in-law, You did well, my handsome in-law, You removed the stain of "barren woman," Yes, you relieved the barren woman with a birth.

Selon Raheja et Gold (*Op Cit*), dans de nombreuses traditions orales d'Asie du Sud, le héron est décrit comme un animal fourbe et sournois. Ces traditions décrivent également les femmes comme des identités fragmentées entre leurs obligations vis-à-vis de leurs familles et de leurs maris et leurs propres désirs. Dans les chants des femmes, ce sont des hérons symboliques qui parlent et disent les perspectives morales alternatives envisagées par les femmes.

L'adoption est une autre pratique courante de maternité « alternative ». Dans certains contextes, les enfants ne résident pas systématiquement chez leurs parents biologiques. Pour des motifs divers, le don d'enfant à des couples infertiles, l'assurance d'une descendance « sexuellement assortie », ou encore pour des raisons de stratégies éducatives⁸⁴, ou magico religieuses⁸⁵, certains enfants quittent le foyer de leurs géniteurs. La circulation des enfants est courante et se fait principalement selon deux modes : l'adoption, au caractère officiel et irréversible, et le maternage, au caractère plus momentané (Guidetti et al, 1997). A Karik, selon mes informatrices, il semble que la pratique de dons d'enfant soit courante. Par exemple, nous connaissons l'histoire de Tamarine, jeune adolescente élevée par son oncle paternel parce que plus fortuné que ses parents. Nous avons aussi rencontré Koumale, une dame de 47 ans mariée depuis 28 ans. Ravie de nous montrer son enfant, elle raconte:

« Je suis allée à plusieurs temples, et pour avoir des enfants j'ai prié les dieux et les déesses. Je suis allée aux temples de Palani, de Tirupathi, de Malayanur, de Mailam et j'ai prié les dieux. Je suis allée neuf fois à Tirupathi. J'ai pris les remèdes du pays, les médicaments des Anglais⁸⁶, les médicaments des Siddhas⁸⁷, mais je n'avais toujours pas d'enfant. Un jour, ma belle-sœur s'est retrouvée enceinte, et elle m'a donné cet enfant à sa naissance. Nous l'élevons comme notre propre enfant. Il a neuf ans maintenant. Il fait très bien ses études, il est intelligent. Nous pensons que c'est grâce à Dieu si nous avons cet enfant. »

Cet exemple s'oppose donc aux hypothèses avancées par Bharadwaj (2003) selon lesquelles, en Inde, l'adoption ne serait pas une option d'accès à la parentalité sociale pour les couples infertiles. Cette étude est construite grâce à un recueil bibliographique de textes anciens et à partir de données concernant les procréations médicalement assistées avec sperme de donneur. La démonstration de cet auteur s'appuie d'une part sur les représentations de la cosmologie hindoue qui établit une relation intime entre le corps et sa progéniture. Bharadwaj rapporte une croyance, soi-disant répandue en Inde, selon laquelle les ancêtres reviennent dans le monde des vivants sous la forme de la progéniture de leurs descendants. L'auteur défend

84 Comme ce fut le cas en France et en Europe autrefois. Voir l'ouvrage de A.Fine (1998) au sujet de l'adoption en France.

85 Pratique de détournement pour protéger l'enfant d'une mort qui fut celle des aînés de sa fratrie

86 Les médicaments de la biomédecine.

87 Le siddha ou savoir détenu par les sages nommés cittar est un système médical dravidien reposant sur des écrits rédigés en tamoul ancien. Je détaillerai différents aspects de ce système médical dans la partie III chapitre 1 et Partie IV chapitre 1.

l'hypothèse selon laquelle l'adoption rendrait l'infertilité visible et permanente puisque l'enfant adopté devient le signe public visible de l'infertilité contrairement au don de gamètes qui peut rester secret. Selon Bharadwaj, l'adoption serait une offense à la trinité sociale sacrée et biologique représentée par la mère (utérus), le père (sperme) et l'enfant (fœtus). L'exemple de Ravie et nos relevés de terrain montrent, au contraire, l'existence de pratique de don d'enfant dans le village de Karik.

L'adoption est une pratique institutionnalisée en Inde. Bien que celle-ci ne concerne pas le village de Karik, il me semble intéressant de la mentionner. Des données nationales montrent qu'à ce jour, la majorité des enfants abandonnés et adoptables en Inde le sont par des couples indiens par l'intermédiaire du Central Adoption Resource Agency (CARA)⁸⁸. Ce serait en raison du développement et du succès de l'adoption « intra nationale » que l'adoption internationale d'orphelins indiens serait aujourd'hui limitée à celles d'enfants grands, malades ou handicapés⁸⁹. Par contre, cette adoption serait parfois dissimulée à la famille et à l'ensemble du réseau social du couple adoptant. Selon Pragathi, l'assistante de recherche :

« Le couple déménage loin de sa famille et revient rendre visite un an plus tard avec le nourrisson. »

L'idée de l'adoption fut largement diffusée grâce à un programme mené par les autorités gouvernementales lancé dans les années 1990 sous l'appellation le « Cradle baby » ou « enfant au berceau ». Cette initiative permet aux femmes le désirant d'abandonner leur enfant, en vue d'une adoption, dans un berceau devant les locaux du département des affaires sociales (Social Welfare Department). Ce programme mis en œuvre en Inde en 1992, et au Tamil Nadu en 2000 grâce à l'initiative de l'ancienne Ministre, Ms Jayalalitha, soit disant dans la perspective électorale de s'assurer une image de protectrice des intérêts des femmes de cette région (Sabu et al, 1998)⁹⁰. Le slogan « Don't kill your baby girl, we will take care of her » diffusé

⁸⁸ Ce département, mis en place le 20 Juin 1990, dépend du ministère de la justice et de l'émancipation (Justice and empowerment).

⁸⁹ Communication personnelle d'une responsable de l'organisme d'adoption agréé français, Enfants du Monde.

⁹⁰ Voir par exemple la référence : (Anonyme, 2002)

par les médias avait pour objectif de proposer une alternative aux couples procréateurs de filles que le contexte aurait pu orienter vers une pratique de l'infanticide⁹¹. A ce jour, ce programme semble efficace bien qu'il n'ait pas atteint son objectif général à savoir l'éradication totale de l'infanticide.

Des configurations sociales individuelles et collectives diverses entourent la conception des enfants. L'objectif de procréation peut être désiré voir obligatoire. Il conduit parfois à l'adoption de stratégies diverses lorsque l'enfant attendu tarde à venir. Parfois, les personnes adoptent certaines pratiques pour ne pas concevoir. Par exemple, Roumanie nous dit à ce sujet :

« Moi, je voudrais avoir plusieurs enfants, mais mon nouveau mari a fait le family planning⁹². A l'époque on donnait 500 roupies pour les hommes qui acceptaient la stérilisation. Alors il l'a fait, mais il ne m'a jamais donné l'argent ! »

Ce propos va me permettre d'introduire la section suivante consacrée aux politiques de régulation des naissances en Inde et à ses implications sur les événements et sur les choix reproductifs des femmes de Karik:

LES MOYENS DE NE PAS CONCEVOIR

Après l'indépendance, de nombreux programmes de planification des naissances furent mis en place par le gouvernement grâce à l'initiative et aux financements des organismes internationaux, incluant la Banque Mondiale et USAID (Van Hollen, 2003). Après l'échec de la mise en place d'une politique de l'enfant unique (Gwatkin ; 1979), le All India Post-Partum Program, établi en 1970 dans les institutions sanitaires publiques tertiaires puis secondaires, visait à mettre en

⁹¹ Je reviendrai sur la problématique de l'infanticide.

⁹² Ou vasectomie: Pratique de stérilisation masculine qui consiste à la ligature des deux canaux déférents, canaux qui transportent les spermatozoïdes des testicules vers l'urètre. C'est une opération chirurgicale simple qui permet une stérilité masculine mécanique facilement réversible. Nous verrons dans le paragraphe suivant que cette intervention a eu lieu dans le cadre d'un programme sanitaire instauré par le gouvernement de l'époque.

application la norme recommandée de la « petite famille », avec deux enfants pour chacune d'elle. Puis, le programme national de planification familiale, lancé en 1976, devait répondre à l'urgence de contrôle de la population indienne⁹³. Certains auteurs en ont d'ailleurs critiqué les enjeux (économique et politique) et les méfaits (abus du pouvoir médical, corruption)⁹⁴. A cette époque, la motivation du personnel médical et paramédical des structures sanitaires était maintenue par la menace d'un non-paiement des salaires dans le cas d'objectifs non atteints (Karkal, 1998a; 1998b). Cette politique devint une priorité pour le gouvernement durant les années 1975-1977. L'augmentation du nombre de primes ou de sanctions vis-à-vis de l'ensemble du personnel gouvernemental, ralié de gré ou de force à cette cause, fut à l'origine d'excès divers à l'égard des personnes. En effet, de nombreux actes de stérilisation étaient pratiqués sans le consentement des patients (van Hollen, 1998).

Un programme de vasectomie fut instauré durant cette période. Selon un infirmier, acteur et témoin de la mise en application du programme et qui exerce aujourd'hui dans un dispensaire dans les environs de Pondichéry, « la population ciblée demeurait principalement les pauvres, les illettrés et les musulmans » c'est-à-dire la population où la fécondité est supposée la plus importante. D'après cet infirmier, la distribution de primes aux candidats contribua au succès de ce programme. Cependant, le recrutement massif des patients, sans discernement d'âge ou d'état de santé général, eut pour effet d'augmenter le taux de mortalité et de morbidité post-opératoire d'un geste chirurgical normalement sans danger. Selon cet infirmier, ce programme fut interrompu en raison du nombre important d'accidents relatés dans les médias et à cause du manque de candidats désormais informés. En fait, en mars 1977, le nouveau gouvernement qui succéda à la défaite électorale de Indira Ghandi changea le nom de « planning familial » pour « affaires de la famille ». Les pratiques de stérilisation furent limitées. Une nouvelle stratégie privilégiant l'éducation des masses en terme de contrôle des naissances fut mise en œuvre (Srinivasan, 1998). Actuellement, la pratique de la ligature tubaire ou ligature des trompes de Fallope⁹⁵

93 Au sujet des programmes de planification familiale en Inde voir Gupte (1998) et Mc Nay *et al.* (2003).

94 Voir Gupta, Kumar et al (1996) ainsi que Karkal (1998a) par exemple.

95 Pratique de stérilisation féminine très difficilement réversible qui consiste grâce à la fermeture des trompes à empêcher la fécondation de l'ovule mature libéré par l'ovaire au moment de l'ovulation.

est largement répandue dans tous les hôpitaux publics⁹⁶. Toutes les femmes de Karik connaissent cette intervention et en parlent comme d'un sujet banal. Cependant, l'évocation d'autres moyens de contraception semble plus difficile à partager en public et soulève le rire ou la gêne⁹⁷. C'est dans l'intimité que Papathie nous confie:

« Quand Mahalatchoumie m'a dit après son premier accouchement qu'elle avait mis le *loop*⁹⁸ pour deux ans, moi aussi j'en ai mis un et je l'ai gardé pendant quatre ans. Ma sœur Djayamanie m'a aussi conseillé de le porter. A ce moment, mon mari ne travaillait pas et une nouvelle naissance n'aurait fait qu'augmenter notre souffrance »

Parimala, une jeune femme de 22 ans, finit par nous dire qu'elle a mit un *loop*, un stérilet, après une longue discussion et devant l'invitation insistante de Papathie à nous confier la vérité. Celle-ci nous explique.

« Puisque Parimala ne veut pas de deuxième bébé pour l'instant, elle porte le *loop* mais elle ne veut pas le déclarer, elle préfère dire que c'est son amie qui est allée à l'hôpital pour avoir le *loop* et qu'elle l'a accompagnée. Et puis sa belle-mère la gronde tous les jours parce qu'elle n'a pas encore un deuxième enfant »

En dehors des moyens de contraception féminin, le Ministère de la santé et de la famille tente de maintenir une régulation des naissances grâce aux nombreuses « activités communautaires » de santé préventive. A Karik, des infirmières de quartier travaillant pour le centre de soins de santé primaire (PHC) sont chargées d'effectuer des visites tous les trois mois⁹⁹. Les objectifs majeurs sont de comptabiliser les femmes enceintes et les nouveaux-nés, de donner des conseils alimentaires¹⁰⁰ et de distribuer « des vitamines » et des préservatifs. Selon Soubatra, les préservatifs distribués ne sont pas utilisés par les hommes.

« Alors pour éviter les accouchements, nous [les femmes], on préfère utiliser les préservatifs de femmes »

⁹⁶ Je traite cette question dans la partie III.

⁹⁷ Contrairement à l'étude menée par Van Hollen en 1995, nos données ne confirment pas de pratiques de pose de stérilet dans les structures sanitaires gouvernementales. Par contre, les ligatures tubaires sont largement encouragées. Voir Van Hollen (1998) pour un historique détaillé des programmes de planification familiale au Tamil Nadu.

⁹⁸ Terme emprunté à la langue anglaise, qui signifie la boucle. Les termes utilisés par les acteurs biomédicaux sont *loop* ou *copper T*.

⁹⁹ Ces visites m'ont été rapportées par les femmes mais je n'ai jamais eu l'occasion de les observer.

¹⁰⁰ L'atteinte de ces objectifs serait intéressante à documenter. Ces conseils s'adressent à des gens qui n'ont guère les moyens de manger de la viande, des fruits et du lait, et se contentent au mieux de trois plats de riz quotidien plus ou moins agrémentés de sauce et de quelques légumes.

Le préservatif auquel Soubatra fait allusion n'est pas la capsule en plastique recouvrant le col de l'utérus¹⁰¹, vendue dans les pharmacies en Europe, et répandue pour l'essentiel, par le biais de programme de prévention du VIH dans les pays du Sud. Soubatra entend par l'usage du terme « préservatif de femme » l'ensemble des méthodes contraceptives proposées ou imposées aux femmes. Une ou deux fois par an, les femmes villageoises sont encouragées à se rendre à la réunion organisée par le centre de soins de santé primaire des environs, au sujet du contrôle des naissances. Lors de ces sessions, elles reçoivent des informations au sujet de la santé des femmes et des enfants, ainsi que quelques condoms distribués gratuitement.

L'Etat dispose ainsi de moyens de contrôle « préventif » d'accroissement des populations, dont les méthodes, parfois discutables, laissent peu d'espace au choix individuel et à une pratique personnalisée. Nous allons étudier maintenant certaines formes de contrôle « curatif » des naissances mises en œuvre par les individus.

LORSQUE L'ENFANT DOIT DISPARAITRE

La vieille Tselvi raconte qu'en son temps :

« Nous n'avions pas ces médicaments. Il fallait aller coucher quand notre mari le demandait. Sinon il nous faisait des problèmes. Moi, quand je refusais, il me disait que j'avais des affaires avec d'autres hommes. Donc j'étais bien obligée de le faire. Et parfois, alors qu'on était en train d'allaiter le premier bébé, on était à nouveau enceinte. Alors on prenait les médicaments de la matrone pour faire un avortement. C'est un mélange de *mañcal*¹⁰² de *karuñcīrakam*¹⁰³ et de *paṇai*¹⁰⁴. On les mélange en quatre ou cinq rouleaux et on nous les donne à manger. Après, tout viendra dehors. »

101 Le préservatif féminin a été proposé pour la première fois par un médecin danois (Lasse Hessel) au milieu des années 1980. Il est distribué dans certains pays d'Europe dès 1991 et aux Etats-Unis en 1993 (CRIPS, 2000). Aujourd'hui le préservatif féminin est distribué dans de nombreux pays du Sud en particulier par l'intermédiaire des programmes de lutte contre le sida. En raison du coût élevé qui limite l'utilisation du préservatif féminin, l'OMS a envisagé la faisabilité et la sécurité de la réutilisation d'un préservatif utilisé (WHO, 2002). Enfin, un nouveau produit est en cours d'élaboration. Voir le communiqué : The female condom FC2 Joint WHO/UNAIDS/UNFPA Statement. (WHO/UNAIDS/UNFPA, 2005)

102 Safran des Indes.

103 Graine de cumin noir.

104 Palmier à sucre.

D'autres informatrices m'ont confirmé que les plantes à vertus abortives étaient toujours utilisées par certaines villageoises. Pourtant, en Inde, la loi concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), adoptée en raison de la morbidité et de la mortalité maternelles élevées consécutives aux avortements illicites, est entrée en vigueur en 1972. Vingt-cinq ans plus tard, les travaux de van Hollen (1998) et Gupte, Bandewar et al (1997) ont montré que de nombreuses femmes ne pouvaient avoir recours à l'avortement en milieu biomédical. Les restrictions prévues par la loi (autorisation obligatoire du mari) et les modalités de mise en œuvre de cet acte médical dans les services (pratique d'acte d'insertion de stérilet ou de stérilisation tubaire requis de manière simultanée à la demande d'avortement) ont pour effet de rendre ce service peu accessible à certaines femmes appartenant à des milieux sociaux peu favorisés. Enfin, selon le Dr. Asha, gynécologue dans une clinique privée de Pondichéry, de nombreuses femmes villageoises ne peuvent opter pour cette solution, dans la mesure où elle requiert une absence prolongée du domicile, qui peut apparaître suspecte pour le voisinage. Des femmes issues de milieu plus favorable peuvent toujours avoir recours aux services de médecins des cliniques privées, moins regardant sur la loi et moins directement concernés par les impératifs de régulation de la population (van Hollen 1998). Néanmoins, le recours aux plantes médicinales abortives reste le traitement le mieux adapté à la situation des femmes de Karik. Ce traitement ne demande ni d'autorisation spéciale, ni de dépenses supplémentaires. Il a aussi l'avantage de pouvoir être utilisé avec discrétion.

Parfois, les événements contextuels dans lesquels prend place la reproduction poussent les géniteurs non pas vers la réalisation d'un avortement précoce ou tardif comme la seule issue possible d'une grossesse non voulue, mais vers l'infanticide. En effet, le sexe de l'enfant à naître peut être le critère déterminant de la volonté ou non de mettre au monde un enfant et de le garder vivant. Un jour, alors que nous nous promenions au bord du canal en compagnie de Papathie et Pallanie, et que nous nous apprêtions à rendre visite à une de leurs tantes dans un village voisin, Pallanie s'arrêta et me montra un cactus :

« C'est avec ça qu'ils tuent les bébés filles. Il faut en extraire le jus, c'est comme du lait, et on le donne à boire au bébé qui meurt immédiatement » ¹⁰⁵

Bien que la thématique de l'infanticide féminin en Inde ne soit pas centrale à mon étude, il n'est pas inutile de lui consacrer quelques lignes. Les pratiques d'infanticide féminin ne sont pas propres à l'Inde. En effet leur existence est documentée parmi certaines sociétés arabes, chez les indiens yanomami du Brésil et dans la Rome antique (Jeeva et al, 1998). La Chine a aujourd'hui remplacé cette pratique par celle du foeticide. Elle a été décrite parmi les diasporas sud-asiatiques qui résident en Angleterre, aux Etats Unis et au Canada (Ibid : 13). En Inde, cette question fait l'objet de nombreux travaux qui décrivent son historique et la façon dont les différentes autorités au pouvoir ont tenté de l'interdire (Jeeva et al, 1998; Vishwanath, 1998)¹⁰⁶. L'infanticide était alors expliquée par la nécessité d'un mariage hypergamique nécessaire au maintien du statut social: le mariage d'une fille implique non seulement une multiplication de dépenses, mais n'a, contrairement à celui du garçon, aucun effet bénéfique sur la capacité productive et le statut social de la famille. L'infanticide avait aussi pour but d'éviter les dépenses liées au paiement de la dot requise pour le mariage d'une fille. L'infanticide était plus pratiqué par les hautes castes, pour qui la naissance d'une fille engendrait la nécessité de trouver un fiancé dans une caste égale ou supérieure. Au 19^e siècle, les Rajputs, préoccupés de maintenir leur niveau social en raison de la perte de leurs propriétés foncières et des taxes mises en place par le gouvernement britannique, n'avaient plus les moyens de payer les sommes nécessaires aux mariages hypergamiques. La solution de l'infanticide se serait alors présentée comme le seul moyen de maintenir leur statut (Vishwanath, 1998). Selon cet auteur, les actions du gouvernement anglais pour réduire les pratiques d'infanticide illustrent en partie le mode de relation du gouvernement avec les classes dirigeantes indiennes. Ainsi, les administrateurs anglais n'ignoraient pas que l'infanticide était principalement pratiqué par les castes supérieures et par les propriétaires terriens. Devant la difficulté de stopper la pratique avec le contentement de ses praticiens, et conscients que celle-ci était en rapport avec les questions du mariage et la dot, les Britanniques invoquèrent les

105 Les autres pratiques d'infanticide décrites par les auteurs sont l'étouffement et l'étranglement.

106 Les travaux de Vishwanath (1998) décrivent les rapports entre la stratégie des britanniques pour stopper cette pratique et la façon dont se sont mises en place les institutions sociales venant la limiter.

prescriptions religieuses fournies par les textes anciens. Ils auraient fait signer des documents où les « accusés » devaient reconnaître qu'ils stoppaient la pratique afin de ne pas enfreindre les règles dictées par les textes anciens. Alors que les Britanniques tentaient de maintenir leurs efforts contre la pratique de l'infanticide en utilisant les injonctions shastriques et puraniques, les colonisés (rajputs) tentaient de rendre légitime leur position dans la hiérarchie des Varnas. Ainsi chacun a fait une utilisation sélective de la littérature sanskrite pour justifier de sa position sur la pratique de l'infanticide¹⁰⁷.

Aujourd'hui au Tamil Nadu, l'infanticide ne serait pas seulement pratiqué par des individus appartenant à la sous caste des Kallar (Krishnaswamy, 1988). Cette pratique serait répandue dans différentes castes, Pallar, Paraiyar, Vannar et autres castes répertoriées (Chunkath, Athreya, 1997). Selon ces auteurs, cette pratique serait récente et n'existait pas avant l'indépendance sauf chez les Todas de Nilgiris. Elle ne serait pas limitée aux seuls districts de Madurai et de Salem mais serait présente dans de nombreuses régions du Tamil Nadu, du district de Madurai à celui de Arcot Ambedkar, via Dindigul, Karur, Periyar, Salem, and Dharmapuri (Ibid : 25). Il semble que cette pratique trouve toujours sa raison d'être dans le maintien du paiement de la dot, mais concernerait principalement les communautés et les individus défavorisés (Chunkath, Athreya, 1997; Jeeva et al, 1998; Sabu et al, 1998; Swaminathan et al, 1998). L'infanticide serait effectué dans les semaines qui suivent l'accouchement, par le mari, la belle-mère ou la mère elle-même. Selon certains auteurs, les villages « à infanticide » sont aussi les moins servis en terme d'accès au soin, à l'éducation, et au transport (Sabu et al, 1998)¹⁰⁸. Cette hypothèse est confirmée par Bandyopadhyay (2003) dont l'étude vise à minimiser les justifications culturelles de l'infanticide en Asie du Sud Est en général et en Inde en particulier au profit de l'explication sociale. Ainsi, l'infanticide est la conséquence de deux facteurs inextricablement liés: Historiquement, les classes favorisées pratiquaient l'infanticide

107 L'action du gouvernement anglais pour supprimer l'infanticide s'est principalement construite autour d'un discours orientaliste : Les textes sacrés Hindous " shastras " et " purana " auraient été utilisés dans le Nord et l'Ouest entre le XVIIIe et XIXe siècle. Jonathan Duncan résidant à Bénarès fut le premier officiel britannique à utiliser les injonctions des shastras et puranas pour dissuader les Rajkumar Rajputs, puis les Jadeja Rajputs et Kathiawad and Kutch de pratiquer l'infanticide. Quelques années plus tard Duncan découvre que la pratique n'est pas due à la religion hindoue, aux puranas et shastras mais bien aux coutumes d'alliance matrimoniale, et au problème de trouver des époux convenables pour les filles (Vishwanath, 1998).

108. C'est à partir du présupposé que seule l'émancipation des femmes peut contribuer à la disparition des pratiques d'infanticide, que l'organisation AIDWA intervient à Chennai en présentant, le Patha Mannu, une pièce de théâtre qui traite de cette question au Tamil Nadu (Mangai, 1998).

comme une solution du maintien de leur statut. Aujourd'hui des individus défavorisés la considèrent comme un moyen de limiter les difficultés quotidiennes liées à leur survie. L'infanticide est une manifestation des pratiques de discrimination à l'égard des femmes dont les règles d'héritage, le paiement de la dot, et le faible pouvoir dont elles bénéficient bien souvent ne font que perpétuer leur dépréciation au sein de la société indienne.

Depuis une trentaine d'année, on assiste à un phénomène de médicalisation des pratiques de sélection sexuelle. Ceci a commencé avec les avortements sélectifs rendus possible grâce à la pratique de l'amniocentèse. Aujourd'hui, d'autres techniques existent et permettent aux personnes le désirant d'éviter la naissance d'une fille au profit de celle d'un garçon (Patel, Vibbuti, 1984). Jusqu'à une période récente, la pratique de l'amniocentèse comme instrument de sélection eugénique était répandue dans les grandes villes indiennes et dans celles de moindre importance (Dube, 1983; Patel, Vibbuti, 1984). Les cabinets médicaux pratiquant cet examen se seraient multipliés à la demande du public largement stimulée par des annonces publicitaires¹⁰⁹. Cependant, en mai 2001, la Cour Suprême a vivement encouragé le gouvernement central et les pouvoirs locaux indiens à mener des actions en faveur d'une interdiction stricte des tests de diagnostics sexuels¹¹⁰ (Anonyme, 2001). Depuis, dans l'Etat du Tamil Nadu, comme le rappelle les nombreuses affiches collées sur les murs de la maternité de l'hôpital général de Pondichéry, tout échographiste révélant le sexe du fœtus au demandeur serait passible d'emprisonnement. Selon le Dr.Asha, ces pratiques, interdites par la loi définie selon le « Pre-natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act¹¹¹ » (Patel., 2007) sont toujours utilisées. Afin de limiter le nombre d'avortements sélectifs, la loi prévoit que les avortements pratiqués dans les cliniques privées ne peuvent avoir lieu au delà de la douzième semaine de grossesse

109 Par exemple, à Amristar, le Dr. Bhandari annonçait : « spend Rs. 500 now and save Rs. 50,000 later » en faisant référence au coût de la dote et du mariage d'une fille. (Lingam, 1998a)

110 Selon les données d'une enquête nationale menée auprès d'1,1 million de foyers en 1998. le sexe ratio serait de 759 filles pour 1 000 garçons pour la deuxième naissance, et de 710 filles pour 1 000 garçons pour la troisième naissance (Jha et al, 2006). Voir au sujet des discriminations à l'égard des filles en Asie les travaux de Attané et Véron (2005).

¹¹¹ Les termes de références de cette loi émises en 1994 dont le dernier amendement date de 2003 sont précisés sur le site du Ministère de la Santé et des Affaires Familiales [http://mohfw.nic.in/The%20PNDT%20\(AMENDMENT%20RULES\),%202003.htm](http://mohfw.nic.in/The%20PNDT%20(AMENDMENT%20RULES),%202003.htm).

(date à partir de laquelle le diagnostic échographique du sexe peut être réalisé). Dans les hôpitaux gouvernementaux, l'avortement peut être pratiqué jusqu'à la vingtième semaine. Néanmoins, selon les statistiques réalisés, 90% des avortements ainsi réalisés sont faits sur des fœtus de sexe féminin. Ainsi, le problème de la valence différentielle des sexes au profit des garçons est ancien en Inde. Au XIXe siècle, les Britanniques ont tenté d'éradiquer l'infanticide. Aujourd'hui, les progrès de la technologie (échographie et amniocentèse) ont pour effet de permettre une sélection sexuelle plus précoce. Cette sélection ne concerne pas forcément les familles pauvres, qui n'ont pas toujours accès à ces techniques. Les chiffres montrent que les Etats où la différence de sex ratio est la plus grande sont aussi les plus prospères, soit au Punjab, au Gujarat et en Haryana (Patel, 2007).

* *

*

L'étude de la procréation d'un enfant dans un village en Inde du Sud, présentée ici, n'est évidemment pas exhaustive puisque chaque sous-chapitre pourrait faire l'objet d'une étude à part entière. Mon choix d'appréhender ce thème selon une vision englobante des maternités désirées, non obtenues, non souhaitées ou rejetées, permet de poser la problématique de la conception d'un enfant dans la perspective proposée par le nouveau courant de l'anthropologie de la reproduction, consacrée à la « reproduction qui tourne mal ». Les données concernant la théorie populaire de l'engendrement, les explications causales et les recours face à l'infertilité, ainsi que les questions relatives au contrôle des naissances permettent d'ores et déjà de relever des hypothèses pertinentes dans le cadre de mon étude. Ces exemples montrent comment les événements de la reproduction ne dépendent pas de la seule volonté d'une femme et de ses envies de maternité. La reproduction reste sous le contrôle du conjoint, du groupe familial et social et des politiques sanitaires du gouvernement. Sans entrer dans des perspectives féministes, proposées par de nombreux travaux concernant la reproduction¹¹², il me semble pertinent de dépasser ce clivage. Si une telle démarche permet, en effet, de documenter certains aspects

¹¹² Par exemple Ardener (1993), J.A. Gupta (2000), John et Janaki (1999) et Weitz (2003).

des rapports sociaux de sexe, elle présente aussi le danger d'un aveuglement. Comme l'exprime Ales, « Enfermer l'analyse des rôles féminins et masculins dans une opposition complémentaires du type reproduction/destruction rend imparfaitement compte de ce qui se joue réellement dans cette connaissance des rôles respectifs des sexes » (1988 : 289). En plus de réduire la question des rapports de genre, la perspective féministe nous semble peu appropriée à prendre en compte la dimension holistique de la signification des événements de la reproduction. Si ces événements sont déterminés par la différenciation sexuelle, ils semblent dépendre d'autres modes de catégorisations sociales de diverses natures.

Les exemples autour de la conception d'un enfant nous montrent que le droit et l'accès à la maternité et aux services de contraception et d'avortement dépendent certes du pouvoir décisionnel des femmes en terme de choix « reproductifs ». Ils sont aussi largement déterminés par des paramètres sociaux. Ceux-ci induisent le choix d'un traitement de l'infertilité, qui relève principalement de deux formes de catégorisations sociales : celle qui se fait en fonction de l'accès ou non aux techniques de procréation médicalement assistée, et l'autre qui oriente une décision d'adoption intra familiale ou institutionnalisée. La justification historique et l'évolution contemporaine des politiques de planning familial et des pratiques d'infanticide peuvent se lire à travers cette grille d'analyse. Néanmoins, l'existence et l'augmentation démesurée du nombre des foeticides, rendus possibles grâce à la généralisation de l'utilisation de technologies, posent de nombreuses interrogations en ce qui concerne les causes et les effets de la persistance de la valeur différentielle des sexes dans ces contextes. Ce sujet invite, en effet, à considérer le nombre croissant de « filles manquantes » en Inde¹¹³, comme la conséquence de valeurs empruntées au système traditionnel (règles de mariage et de transmission des biens). Selon une autre perspective, l'interdiction du droit de naître, la plus extrême des violences faites ainsi aux femmes par les systèmes patriarcaux, semble résulter aussi de l'agencement des désirs, individuels et collectifs, à l'accès toujours plus grand au prestige et aux biens de consommation¹¹⁴. Nous verrons dans le chapitre suivant

¹¹³ Alors qu'en l'absence de discrimination, il naît 105 garçons pour 100 femmes, il naît aujourd'hui 111 garçons pour 100 filles en Inde (Attané, Véron, 2005).

¹¹⁴ Je reviendrai sur ce thème en conclusion.

comment les pratiques sociales en vigueur autour du corps des femmes enceintes ont parfois des objectifs similaires.

Nous allons traiter maintenant de la période de la gestation à partir d'une ethnographie du *valaikāppu*, un rite de la grossesse au Tamil Nadu. Cette étude est pertinente dans le cadre de notre propos. Elle va me permettre de décrire certains aspects de la société incontournables dans le cadre d'un travail de recherche au sujet de l'accouchement. Il s'agit principalement de la place et du statut des femmes dans l'organisation sociale, de la représentation symbolique du corps enceint et du rôle de la famille, par rapport à la prise en charge de l'accouchement. Nous verrons, par ailleurs, que l'étude d'un rite de la grossesse peut présenter une lecture des changements sociaux observés dans une société donnée.

**LE TEMPS DE LA GESTATION :
LES PRESCRIPTIONS ET LE *VALAIKAPPU*,
UN RITE DE LA GROSSESSE AU TAMIL NADU**

En Inde, hormis pour une minorité, souvent privilégiée, intellectuelle et militante, la maternité est un événement attendu de chaque femme. Occasion de réjouissance familiale, la première grossesse est l'objet de règles, de tabous et de rites. La fonction de ceux-ci est de préserver la femme enceinte des nombreux dangers, liés à son état jugé vulnérable, et d'assurer la naissance d'un enfant, de préférence un garçon, en bonne santé. Au Tamil Nadu, la fin de la grossesse est marquée par la célébration du rite du *valaikāppu* dont ce chapitre propose une ethnographie. Nous rappellerons brièvement certains éléments du contexte de la procréation en milieu tamoul. Secondairement, nous étudierons la signification sociale et symbolique de ce rite dans la société indienne contemporaine. Nous aborderons ensuite certaines règles et précautions plus ou moins bien observées, par les femmes durant la gestation. Ceci favorisera la mise en contexte du rite du *valaikāppu* parmi l'ensemble des prescriptions faites aux femmes durant cette période. Puis nous décrirons certaines procédures rituelles du *valaikāppu* telles que nous les avons observées dans le village de Karik. Enfin, nous verrons comment l'étude de ce rite permet de présenter une lecture des enjeux sociaux qui se jouent lors du *valaikāppu*.

L'IMPERATIF DE LA PROCREATION

En Inde, la procréation a lieu le plus souvent dans le cadre du mariage. L'option pour le mariage arrangé continue de servir les six fonctions décrites par Prakasa (1982) dans la société indienne: il maintient un système social existant (1), il permet le contrôle des parents sur les époux (2), il augmente la chance de préserver et de poursuivre le lignage ancestral (3), il renforce les liens de parenté (4), assure la consolidation

et

l'extension des biens familiaux (5) et préserve le principe d'endogamie (6)¹¹⁵. Ainsi, la célébration du *valaikāppu* annonçant la naissance future de l'enfant attendu est l'occasion de rappeler et de renforcer l'union des familles des géniteurs instaurée par les liens du mariage. En outre, dans le contexte tamoul le seul statut enviable du genre féminin est celui de *kaṭṭukkalutti*, la femme mariée avec des enfants.

Au Tamil Nadu, le texte ancien *Nallatañkaḷ*, *The good young sister*, ainsi que des études récentes (Kapadia, 1995; Leslie, 1992; Wadley, 1991) décrivent la typologie des statuts féminins. Selon ces travaux, la vierge *kanni*, non mariée, est marquée par un pouvoir capricieux mais de bon augure, que les rites de puberté se chargent de canaliser. La mère non mariée est malfaisante, de mauvais augure. Elle peut devenir un fantôme à sa mort et menacer la prospérité de la communauté. La femme mariée avec des enfants *kaṭṭukkalutti* est bienfaisante et de bon augure. Elle continue d'assurer la prospérité de sa famille après sa mort. La femme stérile *malaṭi* est potentiellement malfaisante et de mauvais augure. Après sa mort, elle peut troubler la fertilité des êtres de la communauté. La veuve *vitavai* est la plus mal considérée, puisqu'elle n'a pas su préserver la santé et la vie de son époux. Enfin, la femme qui meurt pendant la grossesse ou l'accouchement, *cumaitāṅki*, est tenue pour responsable de la survenue ultérieure d'une grossesse ou d'un accouchement difficile dans son entourage. A ce titre, le culte de Arockyai Mary, la Vierge Marie, associé à la vénération des femmes qui meurent pendant leur grossesse observé par Delière (2004a) dans deux villages dans les environs de Madurai, semble témoigner de la nécessité de satisfaire les esprits des *cumaitāṅki* en raison de leur pouvoir potentiellement malfaisant. Le rite du *valaikāppu* est pratiqué en prévention de cet événement redouté.

Le rite du *valaikāppu* est désormais une pratique courante chez des familles hindous, musulmanes ou chrétiennes au Tamil Nadu. Ce rite est aussi désigné grâce au terme de la langue dravidienne *valayanivilā*¹¹⁶ ou *cūl kāppu*¹¹⁷ ou la cérémonie

¹¹⁵ Cependant les contextes économiques et sociaux variés dans lesquels se construisent les alliances matrimoniales invitent à confronter ces hypothèses aux données empiriques contemporaines et à les discuter.

¹¹⁶ Littéralement *valayal* : entourer, *anivi* ou *kāppu* : amulette

¹¹⁷ Littéralement *cūl* : grossesse, *kāppu* : amulette

des bracelets ainsi que *nīrmutuvu*¹¹⁸ ou *mutukupāl*¹¹⁹ soit la cérémonie du lait versé. En sanskrit, ce rite est connu sous l'appellation *cīmantam*, la séparation des cheveux. La célébration du *valaikāppu* a pour objectif de satisfaire les désirs de la femme enceinte, afin qu'elle ne revienne pas hanter les vivants, si jamais elle venait à décéder lors de son accouchement. Selon la règle, ce rite est célébré dans la famille conjugale, quelques jours avant le retour de la future mère chez ses parents, soit entre le septième et le neuvième mois de la grossesse. Il est l'occasion d'annoncer publiquement la première grossesse de la femme à l'ensemble de la famille. Le *valaikāppu* est célébré lors de la première grossesse, il n'a pas lieu pour les grossesses ultérieures. Selon nos interlocutrices du village de Karik, le premier accouchement est perçu comme un moment de danger et survivre à cette épreuve est souvent considéré comme une renaissance¹²⁰. La femme mariée avec des enfants vivants qui accouche une nouvelle fois n'est pas sujette aux mêmes précautions. Elle n'est pas vue comme représentant un danger potentiel pour l'entourage social.

LES MANIFESTATIONS CONTEMPORAINES D'UNE TRADITION

La célébration du rite du *valaikāppu* est l'objet de transactions multiples entre les membres de la famille natale et conjugale et l'occasion de dépenses importantes. Selon les prescriptions sociales contemporaines, le *valaikāppu* doit être célébré avec grandeur et faste. Auparavant, selon les vieilles femmes de Karik, le rite était moins élaboré et les cadeaux limités à des produits de nécessité variés. Aujourd'hui, les présents faits à la jeune épouse et sa famille conjugale par la famille natale sont très nombreux : bijoux, saris, robots électroménagers et téléphone portable sont généralement les articles attendus. L'augmentation de ces dépenses n'est pas spécifique à la célébration du *valaikāppu*. Un phénomène analogue a été observé quant au montant de la dot demandée lors du mariage. Ce constat émis par certains auteurs (Gupte *et al*, 1997; Paras, 1990; Tambiah, 1973) est clairement

118 Littéralement: *nīr* : eau, *mutuvu* : partie basse du dos back part of the body. Nous verrons ultérieurement les raisons de cette appellation.

119 Littéralement: *mutuku*: partie basse du dos, *pāl*: lait.

120 Je reviendrai sur ce sujet dans le chapitre suivant.

exprimé à Karik par les femmes en âge de marier leur fille. L'une nous avait dit à ce sujet:

« Avant le mariage était assez simple. Pour la dot, les familles des garçons demandaient des potirons, des bananes, des petits tapis et des oreillers. Maintenant, il faut apporter de l'or, des meubles, et parfois une moto ! »

Jeffery (1989) en Uttar Pradesh puis van Hollen (2003) au Tamil Nadu ont fait des observations similaires. Selon van Hollen, « Alliances involve not only the exchange of women in labor (in the sense of both production and reproduction), but also increasingly the exchange of women as commodities.» (Ibid : 77)¹²¹. A Karik, les femmes témoignent de la rudesse des premiers mois passés avec leur belle famille, immédiatement après leur mariage. Elles évoquent les nombreuses tâches domestiques qui leur incombaient, les questions incessantes à propos de la cessation des saignements menstruels, signe de survenue de la grossesse attendue, et les réprimandes quotidiennes dont elles étaient l'objet. Ces femmes décrivent les méfaits d'un système où une valeur marchande leur est attribuée. Elles rapportent des récits de crimes pour cause de dot¹²².

Les préparatifs du *valaikāppu* viennent parfois raviver d'anciennes querelles faites au moment de la négociation du montant de la dot¹²³. Mes interlocutrices m'avaient expliqué la somme des enjeux qui se jouent à ce moment là. Ainsi, pour les parents de la future mère, l'un des objectifs du *valaikāppu* est de satisfaire les demandes et les exigences de la belle-famille. Cette condition nécessaire permettra à leur fille de mener une fin de grossesse sereine et sans conflits. Par ailleurs, la jeune femme apparaît comme un intermédiaire de la transaction qui s'établit, entre sa famille natale et conjugale, dans la période précédant le *valaikāppu*. Encouragée par les injonctions de sa belle-famille, la jeune femme a pour obligation d'obtenir, auprès ses parents, la somme nécessaire à la préparation du rite dans les meilleures

¹²¹ « Les alliances n'impliquent pas seulement l'échange de femmes en tant que force de travail (de production et de reproduction), elles s'accompagnent de plus en plus d'échanges de femmes en tant qu'objet de la vie courante. » (Traduction).

¹²² Voir le rapport de Saravan (2000) au sujet de la multiplication des « dowry death ».

¹²³ Les travaux de Peedicayila, Sadowskib et al. (2004) et de Mago, Ahmad et al.(2005) font état de la multiplication des actes de violences physiques faites à l'égard des femmes enceintes. Les circonstances de survenue des coups, blessures et brûlures infligés par leurs maris ou leurs beaux-parents sont souvent attribuées aux reproches récurrents d'une dot insuffisante.

conditions possibles. Dans l'éventualité où sa requête est rejetée, ou insuffisamment comblée, elle se voit accusée d'avoir ainsi montré sa préférence pour sa famille natale au dépend de sa famille conjugale. Elle doit en subir les conséquences parfois traduites par des actes de violence.

Les changements de pratiques du *valaikāppu* ne sont pas uniquement liés au rapport qu'entretiennent les individus avec les femmes qu'ils unissent à leur famille par le lien du mariage. Ces changements peuvent s'inscrire dans une logique différente. Par exemple, Papathie, l'une de nos informatrices principales, chargée d'une partie des préparatifs pour le *valaikāppu* de Tamarine (que nous décrirons ultérieurement), nous expliquait les faits suivants :

« Pour la dot de Tamarine, sa mère a emprunté 50000 Roupies. Ils ont acheté un lit en fer, un matelas, un coussin, une natte, un ventilateur, un robot ménager, 6 pannelles en bronze, 6 pannelles en acier, 30 cuillères, un canapé, une moto, des bijoux pour 80 grammes d'or, une armoire, une cuisinière à gaz. Personne du village n'a jamais autant donné d'objets. Normalement c'est par rapport à notre richesse qu'on cherche un mari et qu'on décide du montant de la dot. On n'emprunte pas tant d'argent pour faire tout ceci ! »

En effet, Tamarine a été mariée avec un homme dont le statut est grandement supérieur à celui de sa famille . Cet homme a été choisi par Elil, sa tante, qui était chargée de son éducation. Elil nous dit :

« Est-ce que j'ai cherché pour Tamarine un mari qui travaille dans les champs ? Non, celui-ci est fonctionnaire. Il fallait bien donner une dot digne de ce mari ! »

Néanmoins, cette décision est contestée par plusieurs membres de la famille. Selon, Ruckmanie, la mère de Tamarine, ce choix avait une autre finalité. Elle nous dit :

« On a jamais donné une dot pareille dans ce village. Cette Elil a fait en sorte qu'on devienne des débiteurs, pour que notre statut reste inférieur au sien. A cause de ce mariage, on se trouve en difficulté ! ».

En effet, à Karik, les dépenses liées aux célébrations des mariages ou des rites de la puberté et de la grossesse nécessitent, le plus souvent, pour les familles, une demande de prêt d'argent. Les demandes de crédit monétaire ne sont pas toujours acceptées par les banques. Dans ce cas, cette demande impose un recours auprès

d'un prêteur à gages et il soumet la famille à un grand endettement¹²⁴. De plus, les changements observés autour des dépenses faites lors des célébrations des événements de la vie (naissance, puberté, mariage, décès) sont liés au maintien ou l'amélioration du statut social de certaines familles. Suivant cette logique, les personnes des classes pauvres ont tendance à adopter des pratiques des classes sociales supérieures. Les discours rapportés plus haut témoigne de cette logique.

Un autre niveau d'analyse nous invite à mettre ces observations en perspective avec le phénomène de sanskritisation, décrit par Srinivas (1996), soit le processus majeur de l'adaptation contemporaine du système des castes. Les personnes de castes inférieures tentent d'adopter les comportements, les symboles et les pratiques des castes supérieures afin de témoigner de leur ascension sociale (Deliège 2004b)¹²⁵. Ce mouvement ne se réduit pas au suivi des prescriptions définies dans la littérature sanskrite, « (...) il participe à un processus plus large de modernisation et surtout d'expansion de l'univers social des gens. » (Ibid: 225). Le processus de sanskritisation est aussi à l'origine de la généralisation et de l'augmentation du montant de la dot (van Hollen 2003). Cette pratique est liée au libéralisme économique, l'un des deux processus historiques évoqués pour expliquer les changements sociaux observés à ce sujet (Ibid: 99). Ces changements semblent être aussi à l'origine des transformations observées quant à la pratique du rite du *valaikāppu*. Aujourd'hui, le *valaikāppu* est célébré dans la majorité des groupes culturels, religieux et sociaux, mais ceci n'a pas toujours été le cas. A Karik, certaines femmes âgées ont affirmé qu'aucun rite n'avait été célébré à l'occasion de leur première grossesse. Par ailleurs, Deliège (1988) note une absence de la pratique de ce rite chez les Paraiyars du Tamil Nadu. La tradition brahmanique est à l'origine de cette célébration. Initialement, ce rite était uniquement pratiqué dans les familles brahmanes ou parmi les personnes de castes supérieures (van Hollen, 2003). Cependant, à partir des années 1990, les pratiques rituelles du *valaikāppu* ont commencé à se généraliser dans de nombreuses autres communautés (Ibid: 79). En

124 Selon mes interlocutrices, le taux d'emprunt appliqué par les prêteurs est de 10% pour chaque jour de prêt. Ainsi un prêt de 100 roupies devra être rendu à 110 le jour suivant et à 200 si la somme est rendu dix jours après.

125 Le deuxième phénomène est la substantialisation de la caste, ou ethnicisation, qui consiste à une constitution de blocs ethniques rivaux (Deliège, 2004b : 229).

plus de se développer, ce rite s'est transformé. Les personnes des castes inférieures ont en effet modifié les pratiques rituelles du *valaikāppu*, en particulier en multipliant les dépenses faites à l'occasion de cet événement¹²⁶.

En dehors de la célébration du rite du *valaikāppu*, le temps de la première grossesse est soumis à des règles et à des précautions spécifiques. Loin d'être suivies de manière scrupuleuse et unilatérale, ces prescriptions sont sujettes à des ré-appropriations individuelles.

UNE GROSSESSE CONTROLEE

Selon les femmes de Karik, le temps de la grossesse est de dix mois. Il débute à partir de la date du bain, qui suit la période des dernières règles, jusqu'à l'accouchement. Voici les explications de la matrone Angelai à ce sujet :

« Chez nous, le mardi et le vendredi les femmes se lavent les cheveux, ce sont des jours très favorables. Les autres jours, elles prennent des bains ordinaires. Le premier jour de la menstruation, elles doivent pendre un bain. Le premier, le deuxième et le troisième jour elles doivent aussi se laver les cheveux. Le troisième jour est une date très importante parce que quand on veut demander à une femme quelle est la date du début de sa grossesse, il faut lui demander quand elle a eu son dernier bain. »

Durant le temps de la gestation, les femmes sont soumises à un contrôle rigoureux de leurs pratiques alimentaires, de leurs attitudes et de leurs comportements. En effet, en Inde, une croyance, répandue en milieu populaire, veut que, ce que la femme enceinte mange ou fait, affecte le bien-être du fœtus (Mira, Bajpai, 1996). Ce constat n'est pas spécifique à l'Inde, ni à une époque donnée. Toute société, à toute époque, a élaboré des règles très précises sur L'art d'accommoder les bébés (Delaisi, Lallemand, 1980).

Les prescriptions alimentaires

126 Nous verrons ultérieurement que le déroulement du rituel peut varier en fonction des castes.

A Karik, les règles concernant l'utilisation des aliments pendant la grossesse sont très nombreuses. L'une des règles fréquemment énoncées est la suivante :

« Pendant le *macakkai*¹²⁷, nous éviterons le riz, mais mangerons du tapioca, du *konṭai kaṭalai*¹²⁸ et du *aricipuṭṭu*.¹²⁹ C'est pourquoi, même après plusieurs accouchements nous sommes en bonne santé ». (Papathie)

Selon les femmes de Karik, le suivi de règles alimentaires précises pendant la grossesse garantit le maintien de la santé des futures mères. Leur transgression a pour conséquence la survenue de désordres graves pour la mère et l'enfant. Nagavallie nous explique à ce sujet :

« Pendant ma grossesse je ne mangeais pas le *palāppalam* [jack fruit], ni de banane, ni de mangues, et pas de viande. Si j'en avais mangé j'aurais pu avoir le *karuppakkuḷumai* [le froid qui va à l'enfant]. Si on a le *karuppakkuḷumai*, le bébé [in utero] peut avoir le *ṣḷi*¹³⁰. Il n'y a pas de traitement pour cette maladie. Si nous attrapons froid pendant notre grossesse, le bébé aura un rhume de sa naissance à sa mort. C'est pour cela que nous nous interdisons certains aliments. »

Ajoutées à ces interdits, dont la fonction est la prévention de certaines maladies, d'autres règles régissent l'alimentation des femmes. En effet, selon elles, l'absorption de nourriture non conforme au régime contribuerait à favoriser une croissance du fœtus, jugée trop importante et tenue pour responsable de certaines complications obstétricales. La généralisation de cette conception, en zone rurale indienne, aurait des effets catastrophiques sur la santé des femmes et des enfants. Les régimes, imposés aux femmes enceintes, seraient directement responsables des anémies de la grossesse observées dans des centres de soins de santé primaires et indirectement de taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle (Mira, 1996; Nag, 1994; Nichter, Nichter, 1983). Selon Mira (1996), les restrictions et précautions alimentaires durant la grossesse seraient étroitement liées au statut social des femmes. Les règles alimentaires auraient pour fonction de maintenir leur soumission à l'autorité familiale. Il nous semble, au contraire, que la restriction de nourriture n'est pas subie mais souhaitée par les femmes. Pour ces dernières, les règles alimentaires de la

127 Ce terme signifie littéralement la maladie du matin. Il s'agit des nausées de la grossesse, plus fréquentes le matin.

128 Poudre de noix de coco

129 Farine du riz bouilli

130 Il s'agit du *ṣalippu nōy qui* désigne une entité nosologique similaire à ce qu'en langage populaire français, on appelle le « coup de froid ».

grossesse représentent une mesure préventive des complications obstétricales. Dans deux villages des environs de Karik et plus éloignés des voies carrossables dans lesquels j'ai pu me rendre, la mort en couches est un événement dont les femmes étaient averties, soit pour en avoir été elles-mêmes témoins, soit pour en avoir entendu parler. Dans ces circonstances, les femmes mettent en œuvre les moyens dont elles disposent pour franchir au mieux l'épreuve de l'accouchement. La restriction de nourriture observée par les femmes suit un système logique différent de celui énoncé par le système biomédical. Selon ces femmes, le régime, assurant la naissance d'un enfant de petit poids est un moyen efficace pour réduire le risque de complication obstétricale.

La non observance du régime se traduirait aussi par une autre maladie de la grossesse, le mangatu novu.

« Cette maladie de *mangatu novu* vient s'attaquer à la femme enceinte qui ne mange pas assez ou qui ne suit pas le régime. Pour guérir cette douleur, on donne la potion de *jagary*¹³¹ et de *sukku*¹³² Parfois, au lieu de la potion, on lui donne du soda mélangé à du lait. Si la douleur continue, on comprendra que cette douleur sera la douleur de l'accouchement. » (Papathie)

Le mangatu novu ou sandi vali¹³³, maladie connue de toutes les femmes de Karik, porterait un nom différent dans chaque village. La description des symptômes qui la caractérisent évoque les contractions utérines précoces spécifiques de la menace d'accouchement prématuré.

« Cette douleur commencera dès le 5ème mois, ou 8ème ou 9ème mois. Certaines femmes en auront beaucoup, c'est comme la sensation d'un accouchement proche. » (Kurushide)

Le fait que la maladie du mangatu novu, soit connue d'une majorité de villageoises n'est guère étonnant. La survenue de fausse-couche ou d'accouchements prématurés est un événement commun à Karik. Ces femmes ont en effet tous les facteurs de risques pouvant déclencher prématurément un accouchement : grossesses précoces ou rapprochées, statut nutritionnel insuffisant, anémie, infections génitales hautes ou

¹³¹ sucre de palme

¹³² gingembre séché

¹³³ Sandi : le trouble, valie, la douleur. Il s'agit de la douleur liée aux contractions utérines ressenties hors de la période du travail d'accouchement.

basses et un accès limité aux services biomédicaux (Abraham, 1997; Karkal, 1996a; Manocha, Dharam, 1992).

Le suivi des prescriptions de la grossesse n'est pas aussi homogène que ces conclusions préliminaires permettent de le penser. Loin d'être suivies et appliquées de façon uniforme, les règles de la grossesse sont aussi sujettes à des réinterprétations personnelles de nos interlocutrices. Par exemple, Pallanie, une femme de Karik nous dit.

« Quand j'étais enceinte, je ne suivais pas le régime. Il faut suivre le régime quand on ne travaille pas assez, mais je faisais tout le ménage donc pour moi, le régime n'était pas nécessaire »

La non observance des règles ne serait pas sans conséquence puisque comme l'explique Nagavallie:

« Les femmes enceintes ne mangent pas bien. Souvent elles deviendront faibles et iront tout droit à l'hôpital. Elles prendront beaucoup de médicaments que les médecins leurs donnent. Elles sont faibles et elles ont peur pour rien. Alors elles auront un accouchement difficile. »

La relation entre le non suivi des règles « traditionnelles », l'utilisation des services biomédicaux et l'affaiblissement du corps est régulièrement mentionnée par les vieilles dames de Karik. Ces dernières rappellent souvent, qu'en leur temps, les femmes accouchaient très facilement à domicile, alors qu'aujourd'hui, elles observent souvent que « accoucher c'est compliqué »¹³⁴.

Les règles du comportement

En dehors de règles alimentaires variées, les précautions à observer et les restrictions faites aux femmes pendant la grossesse sont très nombreuses. L'ensemble de ces prescriptions a pour fonction de maintenir la santé de la mère et de l'enfant, d'assurer un accouchement normal et la naissance d'un enfant sans difformité. Dans le contexte de ces règles, une femme qui accouche sera souvent

¹³⁴ Je traite plus en détaille cette question dans la partie III.

jugée comme responsable de la survenue d'événements non prévus, comme une complication obstétricale ou une anomalie du nouveau-né. Ceux-ci seront généralement interprétés, par le groupe social, comme une conséquence de l'absence, ou du défaut, de suivi des règles prescrites pendant la grossesse. Par exemple, les membres de leur entourage veillent à ce que les femmes enceintes sortent le moins possible à l'extérieur de la maison. Ces interdictions sont faites en raison de l'état des femmes, jugé très vulnérable durant cette période, et afin de prévenir l'agression par des esprits maléfiques. Ainsi, Godika, une femme villageoise qui est dit être possédée par *Maryamman* nous rapporte le cas d'une jeune femme enceinte qui a fait l'erreur de s'asseoir sous un margousier¹³⁵ vers midi. Un jour, elle est entrée en transe et s'est mise à danser. Depuis, il est admis par tous qu'elle est possédée par l'esprit de sa mère, décédée dans les jours qui ont suivi son mariage. Cet exemple confirme les observations de Delière (1988 : 278) selon lesquelles « la possession est le châtiment par excellence contre ceux qui commettent des fautes touchant à la pureté rituelle et à la sexualité ». A ce que j'ai pu écouter et observer, deux formes de possession sont communément admises à Karik. La première concerne la capacité de certaines personnes à faire venir les dieux en elles. L'autre forme de possession, qui touche surtout les femmes enceintes et les hommes, relève de l'esprit errant d'une personne décédée sans avoir réalisé ses rêves.

D'autres risques s'ajoutent à ceux de possessions par des esprits malfaisants. Les femmes enceintes ne doivent, en effet, ni sortir, ni travailler pendant les éclipses du soleil ou de la lune, au risque de mettre au monde un enfant malformé. Il leur est interdit, par exemple, d'utiliser une aiguille, un ciseau, ou un couteau à ce moment-là afin de prévenir la naissance d'un enfant porteur d'une fente labio palatine ou bec de lièvre. Pallanie, précise à l'attention de Sujatha, enceinte de six mois:

« Au moment de l'éclipse, la femme enceinte doit s'asseoir simplement en repliant ses jambes et en ne faisant rien. Si elle se cure les oreilles, l'enfant aura une difformité des oreilles, il sera sourd et ses oreilles sont repliées. Si elle se frotte les yeux, l'enfant sera aveugle. »

Ruckmanie relate cette histoire :

¹³⁵ Le *vempu*, margousier, est en effet associé, dans toute l'Inde, à la déesse. Il n'en est pas seulement le symbole, il est la déesse elle-même. (Reiniche, 1979).

« Dans notre village, il y a un cas : Un garçon a un œil droit aveugle parce que sa mère a cuisiné au moment de l'éclipse, quand elle était enceinte de lui. Elle savait qu'il ne fallait pas le faire, mais ce jour-là il n'y avait personne pour l'aider à cuisiner. Une cendre chaude est tombée sur son œil droit et elle s'est grattée à cet endroit. C'est pour cela que l'enfant est aveugle de l'œil droit. »

En dehors des périodes d'éclipse, d'autres travaux sont interdits également : il ne faut pas couper les végétaux ou du bois au risque de voir naître un enfant avec des malformations aux oreilles, aux mains ou aux jambes. Certains lieux sont à éviter durant la grossesse, en particulier, les temples dits « des dieux méchants », soit ceux dédiés à Aiyana¹³⁶, à Kali¹³⁷, à Pullai puddikirai katteri¹³⁸. Les femmes attribuent, en effet, la survenue de fausse couche à l'absence de suivi de cette règle. Selon une logique similaire, la fréquentation des temples des « dieux méchants » est recommandée par les vieilles femmes de Karik à celles qui souhaitent avorter.

Au moment de la naissance, des précautions diverses sont observées afin de faciliter l'accouchement. Un jour, alors que nous étions assise devant le perron de la maison de Pallanie, celle-ci s'adressa à sa jeune voisine, dont la forme du ventre indiquait une grossesse bien avancée :

« Ils [les beaux parents] n'ont pas refait le toit chez toi, sais-tu pourquoi ? »

La jeune fille répondit qu'elle en ignorait la raison. Pallanie, se tournant vers la vieille Ruckmanie, répondit :

« Quand on a une femme enceinte à la maison , on doit laisser une partie du toit non couverte n'est ce pas ? »

Celle-ci convenue en effet que cet espace ouvert était nécessaire et ajouta :

« Le chemin de l'utérus doit être ouvert, sinon le bébé ne pourra pas sortir. »

¹³⁶ Divinité dravidienne, intégrée dans le panthéon brahmanique en tant que fils de Siva et de Vishnu (sous sa forme féminine de Mohini). Gardien des champs, protecteur armé du village. Son temple, marqué souvent par de grandes statues multicolores entourées d'une foule de chevaux ou de cavaliers de terre cuite, est toujours en marge du village. (Viramma *et al*, 1995)

¹³⁷ Une des formes redoutables de Durga, épouse de Siva. Déesse colérique et destructrice d'hommes, demande des sacrifices sanglants (Viramma *et al*. *Op Cit*).

¹³⁸ Kattéri: esprits féminins maléfiques. Elle a été condamnée par Siva à errer dans les champs de crémation et à se nourrir de cadavres et de fœtus pour avoir voulu lever la malédiction pesant sur son fils Kattavarayan. Poullai poudikirai': Celle qui prend les enfants (Viramma *et al*. *Op Cit*).

En Inde du Nord, Jeffery et Jeffery (1989) notaient des précautions d'ordre similaire au moment de l'accouchement. Par exemple, la daï recommandait à la famille de ne pas fermer le cadenas du coffre à grain. Ainsi, les précautions mentionnées dans cette section sont des exemples parmi le riche corpus qui pourrait être exploré. Il pourrait, à la manière des travaux de Laurence Pourchet (2000), distinguer les précautions d'ordre métaphorique (à Karik, faire couler de l'eau sur le toit pentu de la maison, défaire les nœuds ou ouvrir les cadenas pour faciliter l'accouchement), métonymique (à Karik, interdire à la femme d'aller au temple des dieux méchants pour ne pas avorter ou accoucher trop tôt) ou analogique (A Karik, couper avec un ciseau, avoir un enfant avec la lèvre coupée).

En résumé, les femmes enceintes sont l'objet de prescriptions et d'interdictions qui renforcent à la fois leur image de gestante et leur responsabilité face à l'enfant à naître. Afin ne pas mettre en danger la communauté, les femmes enceintes doivent observer certaines règles, se maintenir en bonne santé, surveiller leur alimentation, et observer une série d'interdits. Ces règles présentent des indices à explorer quant aux représentations locales du corps et de son équilibre. Elles permettent aussi la lecture des codes sociaux en vigueur autour de l'événement de la reproduction. Par exemple, les travaux de Paige & Paige (1981) ont proposé une étude comparative des rites et taboos observés autour des événements de la reproduction dans diverses sociétés. Ils concluent que ces règles sont présentes dans toutes les sociétés étudiées. Dans un tableau de calculs des fréquences cumulées¹³⁹, ils notent que les règles de réclusion structurelle¹⁴⁰ sont observées dans 24,3% des cas et celles de réclusion sociale à 48,6%. 63,1 % des sociétés étudiées ont des règles concernant la restriction des relations sexuelles dans les deux mois précédant l'accouchement et 82,9% observent des règles alimentaires durant cette période. Ces résultats ont été mis en corrélation avec d'autres variables, concernant les règles attribuées aux hommes durant cette même période, et avec des données, concernant l'organisation sociale des sociétés étudiées. Ces travaux ont montré, par exemple, que la corrélation entre la matrilocalité et les pratiques de couvade, documentée par Burton

¹³⁹ Voir le tableau 10, Measures of Birth practices , page 201

¹⁴⁰ La réclusion structurelle désigne les situations où les femmes enceintes sont placées dans un lieu précis, une maison, une hutte à l'écart de la maison familiale.

et Whiting (Ibid : 203), n'était pas vérifiée. Si Paige et Paige proposent une perspective intéressante pour l'étude des règles et des tabous, leurs résultats méritent d'être discutés. Ils sont produits, en effet, sur le présupposé de l'homogénéité des pratiques dans une société donnée. Nous avons vu que ces pratiques sont variables d'une personne à l'autre et qu'elles résultent, en partie, d'une combinaison de facteurs sociaux et de contextes particuliers.

Que ce soit à Karik, dans autres endroits au Tamil Nadu (van Hollen 2003) ou en Inde du Nord (Jeffery et al. 1989), les prescriptions faites aux femmes lors de la grossesse et de l'accouchement sont variées, changeantes et font l'objet de suivi ou de rejet selon les individus. Ces règles ont un point commun néanmoins. Les matrones ainsi que les femmes qui entourent celle qui accouche attribuent la survenue d'une complication obstétricale à l'absence de suivi des règles recommandées. Satchadie, une matrone rapporte, à ce sujet, les propos destinés à une femme en couche, qu'elle a coutume d'entendre lors des accouchements.

« Tu n'as pas bien mangé, c'est pour ça que tu souffres pendant l'accouchement. Tu n'as pas écouté les grandes personnes. Elles t'avaient dit, quand tu étais enceinte, comment te coucher, comment s'asseoir, comment se lever, comment faire les travaux ménagers dans la maison, elles t'avaient bien expliqué. Tu ne l'as pas fait. C'est pour ça que l'accouchement n'est pas facile et que tu souffres. »

Avant de revenir sur le sujet de la responsabilité donnée aux femmes lors de leur accouchement, il est temps maintenant d'aborder les pratiques et les représentations autour du rituel du *valaikāppu*.

LE RITUEL DU VALAIKAPPU

Le rituel peut être défini, en partie, en tant que « concept opératoire, comme un système codifié de pratiques, de savoirs et d'objets ; qui relève d'un domaine de la vie sociale que l'on peut associer soit au sacré et à l'« extraordinaire », soit « au religieux », soit tout cela à la fois, selon les contextes » (Arsenault, 1999 : 3). Néanmoins, le rituel ne se limite pas à cette définition. Il caractérise par ailleurs, une gestion particulière du temps et de l'espace qui se

distingue de l'espace et du temps de la vie sociale ordinaire, ce que Van Gennep a nommé le liminaire (1981). De plus, l'occasion rituelle représente aussi une opportunité pour critiquer sa société et son histoire et porte un potentiel de les transformer (Turner 1986 in *Ibid* 6). Enfin, selon le cadre conceptuel proposé par Tambiah (1981 in *Ibid* : 4), le rituel peut être décrit selon deux approches : l'angle de la procédure permet de décrire le scénario suivi par les acteurs pour effectuer le rite. L'angle de la prestation s'intéresse aux conditions sociales entourant le rite. C'est selon cette méthode que nous proposons de décrire le rituel du *valaikāppu* tel que nous l'avons observé dans le village de Karik.

A Karik, la cérémonie du *valaikāppu* est pratiquée par la *maruttuacci*¹⁴¹ Angelai. Le plus souvent, ce rite est effectué par le *vaḷḷuvar* (le prêtre des castes dites « répertoriées »). Selon mes informatrices, à Karik, il n'y a plus de *vaḷḷuvar*, depuis plusieurs années, ce qui aurait conduit la matrone Angelai à prendre en charge cette pratique. Selon cette dernière, la meilleure période pour célébrer le *valaikāppu* est le neuvième mois de la grossesse. Voici ce qu'elle nous dit à ce sujet :

« Je préfère célébrer le *valaikāppu* le neuvième mois parce qu'après la femme retourne dans sa famille. On ne sait pas ce qu'elle va manger et comment les gens vont s'occuper d'elle. Si elle mangent quelque chose qui n'est pas bon pour le fœtus, elle aura un accouchement compliqué. C'est pourquoi on ne doit pas célébrer la cérémonie de la grossesse au septième mois. Si on le fait au neuvième mois, quand elle part dans sa famille, on n'a pas de soucis, puisqu'elle est restée avec nous jusqu'au terme de sa grossesse. »

Le rituel de *valaikāppu*, tel qu'il est célébré dans ce village, est très élaboré. J'ai choisi de résumer ici l'ensemble des pratiques rituelles. Leur description détaillée ne me semble pas pertinente dans le cadre de mon propos¹⁴². Des événements peuvent parfois venir entraver la célébration du rite, telle qu'elle est prescrite par ce groupe social¹⁴³. Cependant, les temps du rituel, que je vais décrire dans cette section, ont été observés dans la majorité des cas. Par contre, mes observations sur ce rite, menées en ville, dans des castes et des classes sociales plus élevées, m'ont permis de constater que, dans ces contextes, le rituel était beaucoup moins élaboré.

¹⁴¹Ce terme est la forme féminine de *maruttuvar* : le médecin.

¹⁴² Voir à ce sujet Hancart Petitet. P et V. Pragathi (2007).

¹⁴³ Je traiterai cette question à la fin de ce chapitre.

Le *valaikāppu* est une cérémonie sacrée et de bon augure, dont la date et l'heure sont fixés par l'astrologue, en fonction des prescriptions du calendrier hindou. La cérémonie a lieu dans le village des beaux-parents de la femme. Elle peut être organisée dans la maison, dans la cour, ou éventuellement dans une salle de fêtes louée pour l'occasion. Les parents de la femme ont la responsabilité d'assumer l'ensemble des dépenses faites à l'occasion de cet événement. Un *pantal* (auvent en tissu coloré) est dressé par les hommes. Les femmes apportent les objets de décoration et de célébration. Dans la cour, les jeunes filles dessinent des *kōlam*¹⁴⁴ sur le sol. Le pilon (*ammi-kulavi*), représentation symbolique de l'enfant à naître, est apporté, lavé, recouvert de poudre de safran et marqué par des points rouge à l'aide de poudre de vermillon. La femme enceinte s'assoit à la place centrale sous le pantal. De nombreuses offrandes sont déposées devant une petite statue en terre qui représente *Pullari* (le dieu Ganesh)¹⁴⁵. Des bâtons d'encens sont allumés.

Le rite du *valaikāppu* comprend deux phases distinctes. La première est consacrée aux rituels en lien avec le devenir de la grossesse et se fait en l'absence du mari de la femme enceinte. Elle est caractérisée par la pratique de deux rites de prédiction que je détaillerai ultérieurement. La deuxième est principalement destinée aux actes de bénédiction, aux offrandes, et aux dons des cadeaux. La période de transition entre ces deux phases est aisément identifiable. La femme enceinte se retire un instant de l'assemblée puis réapparaît quelques minutes plus tard accompagnée de son époux.

Au début de la cérémonie, une vasque en métal contenant le *ālam* est déposée devant la femme enceinte. Il s'agit d'un liquide de couleur rouge préparé en mélangeant de la poudre de safran, du citron, des fleurs de jasmin, un morceau de charbon de bois et un piment rouge séché (Le *ālam* est communément présent lors

¹⁴⁴ Dessin réalisé par les jeunes filles et les femmes avec de la farine de riz ou de la chaux et diverses poudres colorées. Devant l'entrée des maisons. Le *kōlam* un signe de bienvenue et un élément protecteur contre les esprits maléfiques. Voir par exemple à ce sujet Nagarajan (2000).

¹⁴⁵ *Pullari* ou *Pillari* est le terme vernaculaire utilisé pour nommer le dieu Vighnesvara (Maître des obstacles) nommé également *Piḷḷaiyār*, *Ganesha* et *Vināyakar*. En tamoul *piḷḷai* signifie enfant et *piḷḷaiyār* "enfant noble" noble child" (Bagchi, (1985 reprint 1998)). Vighneshvara est l'un des noms donnés à *Ganapati*, fils du dieu Siva (Daniélou, 1999).

des rites de puberté, de mariage, de grossesse et de la naissance. Sa fonction principale est d'écarter les esprits jaloux et malfaisants). Le feu sacrificiel (*ōmam*), disposé dans une assiette, est ensuite allumé. La cérémonie des bracelets commence. Neuf femmes mariées se présentent une à une devant la femme enceinte. Elles font des mouvements circulaires avec la vasque contenant le *ālam* devant elle. Puis elles enfilent des bracelets autour de ses poignets afin de signifier leur vœux de fécondité à la jeune femme. Divers cadeaux sont donnés aux femmes en retour. Les articles prescrits le plus souvent sont des bracelets, des fleurs, du rouge vermillon, un petit miroir, un peigne, des feuilles de bétel et de la poudre de turmeric.

A la fin du rituel, le prêtre ou la matrone effectuant le rite recevront 50 ou 100 roupies ainsi que des fruits, du riz ou d'autres articles utilisés durant la cérémonie. Le jour suivant, la jeune femme repartira avec sa famille natale. Le plus souvent, elle ne reviendra auprès de son époux et de ses beaux parents que dans les mois suivant l'accouchement. Deux pratiques de prédiction, faites au cours de la célébration du *valaikāppu*, vont retenir maintenant mon attention. L'une consiste à prévoir la nature normale ou compliquée de l'accouchement à venir. L'autre pratique a pour objectif de deviner le sexe de l'enfant à naître.

LES ENJEUX DE DEUX PRATIQUES DE PREDICTION

Le pronostic de l'accouchement

Le rite du *iḷanīr kaṇṭirakkiratu*¹⁴⁶ (ouvrir les yeux de la noix de coco) a pour fonction de prédire l'issue favorable ou compliquée de l'accouchement à venir. Une noix de coco est présentée à la femme enceinte. La coque recouvrant la partie supérieure a été retirée laissant apparaître deux petites cavités (les yeux) recouvertes par une membrane translucide. La femme doit parvenir à transpercer cette membrane avec son index, le cas échéant avec un couteau. Selon la règle, une exécution aisée de cette tâche est le signe d'un accouchement facile. La survenue d'une difficulté annonce une complication obstétricale. Dans le cadre de mon étude,

¹⁴⁶ *iḷanīr*: noix de coco tendre, *kaṇṭirakkiratu* : ouvrir les yeux

il me semble intéressant d'identifier les éventuelles conséquences de cette révélation sur la prise en charge de la grossesse. J'ai pu vérifier que, à Karik, la prédiction d'un éventuel problème médical lors de l'accouchement n'engendre aucune explication de la causalité de cet événement; elle n'est pas non plus suivie d'acte thérapeutique quelconque. Cette éventualité n'oriente pas non plus la décision des familles quant au mode de prise en charge de l'accouchement. Elle n'implique pas forcément une décision de prise en charge médicale, au niveau d'un centre de soin de santé primaire ou d'une maternité hospitalière.

Cette absence de décision tient principalement à deux raisons. Lorsque les services obstétricaux sont disponibles et accessibles, les personnes préfèrent avoir recours à l'hôpital ou au centre de santé. Dans les villages plus éloignés des voies carrossables, les matrones sont le plus souvent mises à contribution pour les soins des accouchements¹⁴⁷. Ce « choix » apparaît principalement comme étant la conséquence d'une évaluation du risque obstétrical par les familles, différente de celle construite par un raisonnement biomédical. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en terme de réduction de la mortalité maternelle sont basées sur plusieurs postulats dont l'un est la non-prévisibilité des complications obstétricales¹⁴⁸. Cependant, selon les représentations populaires, le risque de l'accouchement est prévisible. Le rite du *iḷanīr kaṇṭirakkiratu* a pour fonction d'en assurer la prédiction.

D'après les propos de mes interlocutrices, trois explications sont à l'origine de l'absence de corrélation entre la révélation d'une complication obstétricale lors de ce rite et la décision d'une prise en charge biomédicale. Premièrement, pour des raisons que j'ai décrites, l'absence d'alternative à la décision du lieu de l'accouchement est l'un des motifs évoqués par certaines femmes. Le mode de prise en charge de l'accouchement est généralement décidé avant la célébration du *valaikāppu*. Deuxièmement, la nature normale ou compliquée de l'accouchement dépend du respect ou non des règles et prescriptions faites à la femme durant la période de

¹⁴⁷ Je décrirai cette question en détails dans la partie III Chapitre 1.

¹⁴⁸ Idem.

gestation. La survenue d'une complication est perçue comme étant le signe d'une dérogation à la règle, dont seule la femme qui accouche est tenue pour responsable et doit en assumer les conséquences. Troisièmement, le rituel du *iḷanīr kaṇṭirakkiratu* est une formalité sociale pour l'essentiel. Les personnes donnent peu de crédit à la révélation d'une éventuelle complication obstétricale lors de cette célébration. Avant d'examiner cette hypothèse, voyons ce que nous enseigne, à ce sujet, la description de l'autre pratique divinatoire, accomplie lors du *vaḷaikāppu*. Cette dernière consiste à la divination du sexe de l'enfant à venir.

La divination du sexe de l'enfant

La valeur préférentielle donnée au garçon en Inde est considérablement documentée et il n'est pas nécessaire de revenir sur cette question¹⁴⁹. A Karik, la prédiction du sexe de l'enfant à venir est un sujet que les femmes évoquent de manière récurrente. Les moyens populaires de prédiction sont multiples. L'apparition de maladie chez l'enfant aîné d'une femme enceinte signifierait la venue d'un enfant de même sexe que ce dernier. Au contraire, le maintien d'une très bonne santé de celui-ci indiquerait la venue d'un enfant de sexe opposé. L'apparition de tâches spécifiques sur le visage de la mère, lors des douleurs de l'accouchement serait aussi un indicateur du sexe de l'enfant à naître. Enfin, la couleur des pertes vaginales de la femme en couches, avant l'expulsion de l'enfant, serait un signe plus ou moins fiable de la détermination sexuelle de l'enfant à venir. Les pertes rouges seraient le signe précurseur de la naissance d'une fille, et celles de couleur blanche indiqueraient la venue d'un garçon. Selon les représentations communes en pays tamoul, le rouge, comme le noir, est considéré comme une couleur chaude tandis que le blanc, comme le vert, sont froids (Daniel, 1984). Le rouge est une couleur de bon augure qui fait référence à la fertilité, à la procréation, à la maternité et au mariage. C'est, en effet, la couleur du sari que portent les mariées. Le blanc est plutôt considéré comme la couleur du veuvage, de la marginalité, voire de

¹⁴⁹ J'ai traité également ce sujet dans le chapitre 1 de cette partie dans la section consacrée à l'infanticide féminin.

l'ascétisme (*Ibid*: 189 - 190). Selon les vieilles femmes de Karik, la fiabilité de ce signe, la couleur des pertes comme indice du sexe de l'enfant à naître, est aujourd'hui altérée en raison des changements des pratiques alimentaires des femmes. Selon la matrone Angelai, cette analogie est sans fondement. Elle dit à ce sujet :

« Certains disent si c'est du sang, alors c'est un garçon. Si c'est des pertes blanches, alors c'est une fille. Ce n'est pas ainsi. Cela dépend de notre santé »

Lors de la cérémonie du *valaikāppu*, la pratique de divination du sexe de l'enfant a lieu durant la première partie du rite. Elle suit celle consacrée à la prédiction de l'accouchement. La femme enceinte est debout, le dos courbé en avant. Contrairement aux autres temps du rituel, ce moment semble bénéficier d'une plus grande attention du public. Les voix se taisent, les têtes se dressent, certains se lèvent pour mieux voir la scène. Une feuille de bananier est posée sur le dos de la femme, des hanches jusqu'à l'extrémité de sa tête. Du lait de coco est versé le long de la rainure centrale de la feuille à trois reprises, par trois femmes mariées. Si le lait coule « en zig zag », la matrone doit crier trois fois *penpillai ! penpillai ! penpillai !* (une fille !). Si la trajectoire du lait est verticale et droite, la matrone clame *ānpillai ! ānpillai ! ānpillai !* (un garçon !). J'ai observé que chaque personne chargée de cette tâche l'accomplit avec soin. Ainsi, le lait se répand selon le trajet souhaité, c'est-à-dire celui annonçant la naissance d'un garçon. Le caractère a priori « prévu » de l'issue de cette mise en scène semble communément accepté. Il ne fait l'objet d'aucun commentaire par les personnes présentes à la cérémonie. L'annonce du garçon soulève une approbation enthousiaste et contenue du public. Alors que je discutais avec Angelai, au sujet d'une petite fille née quelques jours avant, qu'elle avait annoncée en tant que garçon, elle me répondit :

« Devant tout le monde, je dis toujours que ce sera un garçon, sinon la famille serait trop triste. »

A Karik, personne ne semble dupe de cette méthode. Les jeunes mères interrogées à ce propos reconnaissent que les objectifs de la matrone sont principalement de contenter l'ensemble de la famille en annonçant un garçon.

Ainsi, les rites de divination de l'issue favorable ou non de l'accouchement et du sexe de l'enfant à venir sont un exemple de pratiques de divination en tant qu'« institution purement interprétative. » (Sindzingre, 1994 : 119). Les prédictions faites au moment de leur exécution ne fournissent aucune instruction thérapeutique. Aucune mesure préventive ne suit l'annonce d'un problème durant l'accouchement. Dans le cas de la divination du sexe de l'enfant, l'annonce systématique d'un garçon est à considérer de plusieurs points de vue. Premièrement, cette observation est à situer dans le contexte des pratiques d'infanticide féminin présentes dans certaines communautés du Tamil Nadu. Il apparaît cependant peu probable que l'annonce éventuelle d'un enfant de sexe féminin, durant la cérémonie du *valaikāppu*, aura une incidence sur la pratique éventuelle d'un infanticide. D'une part, les villageois savent que le moyen le plus fiable de détermination sexuelle de l'enfant à naître est la pratique de l'échographie¹⁵⁰. Néanmoins, en zone rurale, en raison du manque d'accès financier à cette pratique de diagnostic prénatal, la suppression des enfants de sexe féminin se fait principalement dans les heures qui suivent la naissance. Deuxièmement, l'interprétation des rites de divination, pratiqués lors de la cérémonie du *valaikāppu*, ne relève pas d'une logique « rationnelle santé publique », c'est-à-dire celle qui conduit à prévoir un accouchement à l'hôpital devant l'annonce d'une complication obstétricale. La pratique de ces deux rites a une cohérence interne qu'il faut rechercher dans le contexte de leur mise en œuvre. La satisfaction de la future mère est l'intention majeure donnée à ce rite. Dans l'éventualité de sa mort à l'accouchement, il est indispensable que ses désirs soient satisfaits. De plus, l'apaisement d'éventuels conflits entre les familles natales et conjugales est décrit par les femmes enceintes comme le souci majeur de cette célébration. Si aucune femme ne mentionne son éventuelle appréhension quant aux informations révélées par les deux rites de divination, toutes font part de leurs préoccupations quant au déroulement du rite selon les prescriptions.

La dernière section de ce chapitre nous invite à envisager le rôle du contexte dans lequel fonctionne une rationalité (Benoist, 1993). Ce concept est pertinent pour

¹⁵⁰ Voir dans cette partie le chapitre 1, la section « Lorsque l'enfant doit disparaître »).

appréhender la cohérence des pratiques des rites de divination du *valaikāppu*. Nous observerons ainsi la façon dont « ce contexte fournit à des croyances et à des décisions des critères de rationalité spécifique des situations dans lesquelles elles fonctionnent. » (Ibid : 498).

LES EVENEMENTS « CONTEXTUELS » DU RITE

Ajoutée à la description de l'aspect rituel du *valaikāppu*, la méthode anthropologique nous invite à observer « (...) au-delà des lois et des normes organisationnelles de la vie sociale (...) la manière dont l'action est réellement effectuée » (Piette, 1996 : 47). J'en donnerai deux illustrations, à partir de la description d'événements « contextuels » du rite du *valaikāppu* observés à Karik..

Lors de la célébration du *valaikāppu* de Venilla, une jeune femme de Karik, la réaction de certains membres présents dans l'assemblée nous permet de saisir la présence d'un fait, non attendu, au moment où elle se présenta avec son époux, pour le deuxième temps de la cérémonie. En voici le récit résumé :

La jeune épouse se présente vêtue du nouveau sari apporté par sa famille conjugale. Mais contrairement à l'usage, ce dernier n'a pas été lavé. Cette tâche incombe normalement à la mère de la jeune femme. Cependant, celle-ci ne s'est pas présentée le jour de la cérémonie. La famille de la femme n'a pas non plus apporté les deux guirlandes qui doivent orner le torse des époux mais une seule, destinée à la femme. Des voix s'élèvent, deux femmes se chamaillent. Le mari se retire un instant puis réapparaît le regard inquiet, sa jeune épouse est triste. Il s'assoit près d'elle. Une femme lui tend une guirlande qu'elle vient de confectionner en remplacement de celle qu'aurait dû apporter la famille de son épouse. La cérémonie peut continuer.

(*valaikāppu* de Venilla, Karik, le 13 mars 2004)

Ce récit met en évidence les façons multiples des individus pour exprimer leur désaccord ou mécontentement avec la situation courante. La célébration du rite de *valaikāppu* est propice, en effet, à raviver les querelles entre les familles natales et conjugales. Dans le cas de Venilla, cet incident n'a pas eu de conséquence sur le déroulement du rite. La cérémonie a pu se poursuivre selon la linéarité prévue. Parfois, dans certaines situations, les disputes et les incompréhensions de chacun viennent blâmer le déroulement du rituel cérémonial.

Je rapporte ici le cas du *valaikāppu* de Tamarine. Il s'agit d'une jeune femme élevée par la sœur de sa mère. J'ai eu connaissance des déboires familiaux préexistant à son mariage¹⁵¹ et de la succession des disputes occasionnées par ce dernier. La situation était en substance la suivante.

Lorsque les parents de Tamarine arrivent dans le village de sa belle-famille, personne n'est présent pour les recevoir. Quelqu'un finit par les accueillir mais remarque immédiatement que les objets requis pour la cérémonie n'ont pas été correctement préparés. Au moment de la célébration du rite, personne ne sait ce qu'il doit faire. Les parents de Tamarine pensent que ce rôle revient à la tante adoptive de Tamarine, qui, d'habitude, se charge de l'ensemble des décisions la concernant. La tante attend que les parents de la jeune femme s'exécutent. Deux heures plus tard, les anciens de la belle-famille de Tamarine commencent les préparatifs. Ils jugent cependant que l'heure est trop avancée pour effectuer l'ensemble du rituel. Les gens des villages pensent qu'après huit heures, le moment où les renards se mettent à crier, les rites de protection sont à éviter. La cérémonie se limitera aux dons des bracelets et les deux rites de divination ne seront pas effectués.

(*valaikāppu* de Tamarine, Karik, le 28 janvier 2006)

Les discours relevés quelques jours après le *valaikāppu* « râté » de Tamarine témoignaient de la faible importance donnée par les personnes à l'absence des révélations faites normalement lors des rites de divination (non pratiqués à cette occasion). Chacun fit remarquer l'incomplétude de la célébration et le plaisir d'une réjouissance gâchée par les conflits non réglés.

Les deux rites de prédiction effectués lors du *valaikāppu* ne sont suivis d'aucune décision particulière pour la période de la fin grossesse et de l'accouchement. Aucune femme de Karik, agée ou plus jeune, interrogée à ce sujet, n'a fait allusion à une quelconque préoccupation au sujet des révélations concernant le sexe de l'enfant et l'accouchement. Leur inquiétude dans les jours précédant leur propre *valaikāppu* était liée, pour l'essentiel, au bon déroulement de la cérémonie, selon les règles prescrites et selon les attentes des membres de la famille natale et conjugale.

* *

*

¹⁵¹ Voir le chapitre 1 de cette partie à ce sujet.

Le *valaikāppu*, pratiqué à l'origine par certains groupes sociaux, est aujourd'hui célébré dans de nombreuses familles, toutes classes, castes et lieux géographiques confondus. Le rituel, qui lui est associé, est l'objet de transformations des actes anciennement effectués et d'inventions de pratiques nouvelles, dont les modalités sont déterminées par les réseaux sociaux, culturels et cognitifs, que chaque praticien et chaque groupe est à même de mobiliser. Par exemple, selon les vieilles de Karik, les pratiques, choisies par la matrone Angelai, ne sont pas exactement celles que le prêtre, le *valḷuvar* décédé, avait coutume d'effectuer. Les deux rites de prédiction étaient présents mais moins élaborés. Certains disent d'Angelai qu'elle « en fait trop », d'autres, au contraire, se félicitent de pouvoir assister à une aussi belle cérémonie. Les femmes font aussi le constat, qu'à présent, plus aucune personne du village ne connaît les chants du *valaikāppu*, dont seul le *valḷuvar* avait le secret. Elles ignorent ce que certains de leurs enfants ou petits enfants sont en mesure de leur enseigner : en ville chez les disquaires et sur le réseau internet, des enregistrements de chants spécifiques pour la célébration du *valaikāppu* sont disponibles. Dans une famille aisée de Pondichéry, ces enregistrements étaient utilisés lors de la cérémonie à laquelle j'ai pu assister.

Le *valaikāppu* est donc un rite de passage qui matérialise la transition symbolique de l'état de femme à l'état de mère (van Gennep 1909 [1981]). Il s'emploie à séparer la femme célébrée du groupe des femmes sans enfants pour l'agréger à celui des *kaṭṭukkalutti*, les mères mariées, celles dont le statut social parmi les femmes est jugé le plus favorable. Le *valaikāppu* marque le passage d'une ligne qui instaure une division fondamentale de l'ordre social, qui séparent les individus de sexe féminin en fonction de leur capacité de reproduction. C'est donc un rite d'institution, qui permet de consacrer et de légitimer l'obligation pour les femmes de procréer. « c'est-à-dire [de] faire méconnaître en tant qu'arbitraire [l'impératif de procréation] et [de] reconnaître en tant que légitime, naturelle, [cette] limite arbitraire » (Bourdieu, 2001 : 176). Enfin, dans le quotidien des acteurs, le *valaikāppu* est une obligation sociale pour l'essentiel. Il a pour fonction de maintenir l'ordre et les apparences même si les malaises, les doutes, et les espoirs de chacun sont évidents et demeurent généralement tus ou insidieusement exprimés.

L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE AVEC LA MATRONE ANGELAI

A Karik, contrairement à leurs aînées qui mettaient au monde leurs enfants à domicile, la plupart des jeunes femmes accouchent au centre de soins de santé primaire à proximité du village, ou parcourent la trentaine de kilomètres qui les séparent de la maternité de l'hôpital de Pondichéry. Désormais, la *maruttuvacci* Angelai n'assiste que peu d'accouchements. Cependant, il me semble important de consacrer un chapitre à l'étude de ses pratiques, dans la mesure où, en Inde, deux tiers des accouchements - avec une proportion de 75% en zone rurale et de 35% en zone urbaine - sont faits à domicile par des matrones (GOI, 2005; Pachauri, 1998). J'ai recueilli des données complémentaires auprès d'autres matrones exerçant toujours dans des villages voisins. Mais seules les pratiques d'Angelai ont fait l'objet d'une collecte de données détaillée. Celle-ci repose sur une présence régulière à Karik, sur de longues discussions avec certaines femmes vivant dans le quartier réservé aux intouchables, et sur une relation de connivence avec la matrone Angelai. L'étude de l'accouchement en tant qu' événement biologique, culturel et social concerne la femme qui enfante, l'ensemble de sa famille et de la sphère sociale, ainsi que l'accoucheuse¹⁵². C'est pourquoi la collecte de données relatives à ce thème doit reposer sur une interprétation des divers aspects de la fécondité, de la maternité et des autres événements autour de la reproduction dans un contexte donné. Avant de décrire les pratiques d'Angelai, voyons, grâce à des extraits de son discours, quelques éléments de sa biographie. Ceux-ci permettront de mieux comprendre les raisons qui l'ont conduite à pratiquer la fonction de matrone, ainsi que le statut social dont elle bénéficie dans son village.

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Angelai est une petite femme d'environ soixante ans. Elle habite dans une maison de type traditionnel très modeste, pas très loin du temple. Elle a été mariée

¹⁵² Nous verrons que l'accouchement concerne aussi la sphère publique et la responsabilité de l'Etat dans les chapitres consacré aux matrones (Partie II) et à l'accouchement en milieu hospitalier (Partie III).

très jeune à un homme de la caste Vannan paria¹⁵³, celle qui désigne la caste intouchables des blanchisseurs. De par cette alliance, elle est devenue laveuse. En plus de ce travail, elle se rend régulièrement dans les champs avec les autres femmes du village, lors de la récolte des arachides ou de la transplantation du riz. Avec son mari, qui ne travaille pas, ils ont eu quatre filles et un garçon : ses cinq enfants, dit-elle avec soulagement, sont tous mariés désormais. A propos de sa fonction de *maruttuvacci*, elle nous dit :

« Je suis bien vue dans ce village. En général, je participe à tous les rituels. Quand la fille atteint la puberté, pendant l'accouchement, pendant les fiançailles et le mariage, à la cérémonie de la conjuration du mauvais œil (*dristi*), pendant les deuils, jusqu'au rituel où on enlève le *tāli* ¹⁵⁴, je suis présente. Il n'y a pas que ça. Je fais aussi tout ce qu'on me dit sans dire non. Je guéris les foulures de pieds, les foulures des hanches, les foulures du cou, les foulures des épaules. J'ai choisi ce métier par hasard. Ma mère ne m'a pas appris, ma sœur ne m'a pas appris. Un jour, je passais devant une maison et on m'a appelée pour aider les gens de Narikkuravar¹⁵⁵. J'ai donc décidé que quoi qu'il arrive, que le bébé soit mort ou vivant, je prierai mon Periyaandavan¹⁵⁶ et je ferai sortir le bébé. Il est venu dehors comme une petite souris.»

Une transmission familiale n'est pas à l'origine de la fonction de *maruttuvacci* exercée par Angelai. Son mariage avec un homme appartenant à la caste des blanchisseurs n'en fait pas pour autant une matrone, contrairement à ce qu'affirmait l'abbé Dubois dans sa présentation ancienne du système des castes (1879). Néanmoins, si toutes les femmes Vannan ou Vannan Paria ne sont pas des matrones, il s'avère qu'au Tamil Nadu, seules les femmes appartenant à ces deux castes exercent cette fonction. On peut donc supposer qu'Angelai décide de venir en aide aux gens de Narikkuvar et de « faire sortir le bébé » parce qu'elle appartient à la caste des Vannan Paria. Il est probable que si elle avait appartenu à une autre caste, Angelai serait intervenue différemment, par exemple en demandant à quelqu'un d'autre d'assister l'accouchement. Par conséquent, contrairement à ce qu'elle affirme,

153 Le terme « *Vannan paria* » est à ne pas confondre avec *Vannan*, qui désigne la caste de blanchisseurs de bas statut mais non intouchable.

154 *Tāli*: Collier porté par les femmes qui signifie qu'elles sont mariées, au même titre que le port des *metti*, les bagues des orteils. Le *tāli* diffère selon les classes sociales - cordon orange avec au plus un petit pendentif en or chez les femmes intouchables, ou chaîne en or avec plusieurs ornements chez les femmes issues des classes plus aisées- et selon la zone géographique. Le pendentif porté par les femmes d'Andra Pradesh n'a pas la même forme que celui des tamoules par exemple. Le *tāli* est retiré si l'époux vient à décéder.

155 Korava des renards. La subdivision la plus nombreuse des Koravan, caste de chasseurs semi-nomades. C'est une caste très basse, proche des marginaux.

156 Littéralement, le « Grand Dieu ». C'est la divinité (lignagère) majeure de la caste d'Angelai. Selon nos informatrices un double de Siva.

Angelai n'a pas « choisi ce métier par hasard ». Cette biographie nous enseigne aussi qu'Angelai n'a pas un rôle limité à une fonction d'accoucheuse. Elle remplit de nombreuses fonctions rituelles et thérapeutiques¹⁵⁷. A ce titre, parmi l'ensemble des matrones que j'ai rencontrées, Angelai occupe une place très particulière. En effet, toutes les *maruttuvacci* m'ont fait part de la diversité de leurs activités de soins et de leur rôle, non systématique, lors des cérémonies liées à la grossesse et à l'accouchement. Par contre, seule Angelai est régulièrement impliquée lors des rites marquant les événements de la reproduction, ainsi que lors des cérémonies de funérailles. Selon Angelai, la variété de ses pratiques, son savoir-faire et son honnêteté sont à l'origine de sa légitimité acquise avec les années. Elle nous dit :

« Maintenant, je sais bien si l'accouchement sera bien ou non. Et si c'est non, je les envoie à l'hôpital. Je ne prends pas de risques. Je dois gagner un bon nom. Pour moi l'argent n'est pas important, l'être humain est important. Ces dix roupies ne vont pas changer ma vie. Je ne fais pas la différence entre les gens, de basse caste et de caste supérieure, pour moi tout est égal. La seule chose que je ne veux pas entendre c'est que les gens disent qu'à cause de moi, telle ou telle erreur est arrivée. Tout le monde connaît mon histoire. Quand il y a un danger, ils viennent me chercher et je fais de mon mieux. »

La précision que donne Angelai au sujet des femmes qu'elle envoie à l'hôpital est intéressante à explorer. Lorsqu'elle juge que l'accouchement n'est pas « bien », c'est-à-dire selon ses propres explications, lorsque la tête du bébé n'est pas suffisamment proche de la sortie, elle préfère ne pas prendre en charge la parturiente. Cette décision de la référence à l'hôpital se fait selon une construction du risque qui ne relève pas du risque obstétrical a priori mais de celui de perdre sa réputation. « Je ne prends pas de risques. Je dois gagner un bon nom ». A ma demande de précision concernant les critères choisis par Angelai pour envoyer une femme accoucher à l'hôpital, elle répond :

« Avant, si l'accouchement prenait du temps, je les envoyais à l'hôpital.. Mais maintenant, on les emmène tout de suite à l'hôpital.. allez. ! »

La position favorable dont bénéficie Angelai dans son village est confirmée par nos interlocutrices¹⁵⁸. Par exemple, Rani explique :

157 Le chapitre 1 Partie II s'intéressera au sujet de l'utilisation du terme réducteur « matrone » donné à des praticiennes dont les activités ne se limitent pas au suivi des grossesses et des accouchements.

158 Je n'ai pas recueilli de témoignages en défaveur d'Angelai, mais cela ne prouve nullement leur inexistence.

« Les autres personnes de sa famille savent aussi faire ces travaux. Mais personne ne les appelle. Parce qu'ils ne font pas bien. Toutes les familles préfèrent Angelai, car elle fait bien les rites en respectant les coutumes. »

Ajoutée à sa connaissance et à son savoir-faire, la bonne réputation de guérisseuse dont bénéficie Angelai est liée à son pouvoir du *kai rasi*¹⁵⁹ ou « main chanceuse », soit le don de soigner par l'apposition des mains. L'attribution du pouvoir du *kai rasi* à un soignant est construite sur la diffusion orale de sa bonne réputation et de ses succès en matière de traitement. Dans ce cadre de référence, le succès attribué au soignant ne serait pas le résultat d'une compétence et d'un savoir-faire acquis grâce à une formation spécifique. Ce succès serait déterminé par la possession de ce don. Par exemple, un chirurgien qui a la réputation de réussir toutes ses opérations se voit attribuer la réputation du don du *kai rasi* et une augmentation garantie de sa clientèle. Ce serait par abus de langage que les appellations de dieu ou de déesse seraient données aux personnes porteuses du pouvoir du *kai rasi*. A Karik, Angelai est respectée et parfois nommée « déesse » par certaines femmes puisque, par exemple, comme l'énonce Soubatra :

« Elle est brave, c'est à mains nues qu'elle fait l'accouchement. »

Avant d'étudier, selon un axe temporel, les divers moments de l'accouchement à domicile, de la période du travail et des contractions, aux journées du post-partum immédiat, voyons ce que Angelai décrit, de première intention, pour expliquer son rôle lors de l'accouchement.

« Au moment de l'accouchement, quand le bébé est prêt à venir, je m'éloigne par ce que le sang et les autres choses vont venir sur moi, donc je m'assoie à côté. Premièrement je vais m'occuper de la femme accouchée, ensuite de l'enfant. Je masse le ventre de la mère, puis je prends une pièce de tissu et je l'applique sur le périnée. Le bébé est couché jusqu'à ce que tout le travail soit fini. Je coupe le cordon du bébé (*toppuḷkoṭi*) en utilisant une lame de rasoir puis je le noue avec un lien. Le vieux sang tombe sur le sol. Je nettoie tout ça sans me servir de ma main. Sur le vieux sang je mets du *sāmbal* (cendre de bouse de vache séchée) et j'essuie avec un balai. Je brûle tous les déchets à l'endroit où on met les poubelles. A la fin, je nettoie le sol avec de la bouse de vache fraîche »

Ce discours, s'il n'était suivi d'aucune investigation complémentaire, pourrait amener à conclure que la matrone au Tamil Nadu n'a aucun rôle obstétrical propre et que sa

159 Littéralement: *kai* : main, *rasi*: chance

fonction est réduite à la coupure du cordon et à la gestion des produits polluants de l'accouchement. Pourtant, ce rôle est multiple et requiert plusieurs formes de savoirs que les rencontres avec Angelai m'ont permis d'éclairer

LE TEMPS DU « TRAVAIL » OU LES DOULEURS DE LA NAISSANCE

Le travail, dont il est question dans cette section, est celui de l'accouchement. D'un point de vue sémantique, contrairement aux langues française et anglaise par exemple, le terme tamoul pour nommer le travail de l'accouchement est spécifique à cet événement. Le travail des travailleurs est nommé *paṇiyal* (*ou paṇividai*), celui de la femme qui va accoucher est nommé par le terme se rapportant à la douleur - *vali* - de la naissance - *piracavam* - soit *piracava vali* en tamil littéraire, *prasavamvali*, dans le langage courant. D'un point de vue médical, le travail correspond à la période des contractions utérines et de dilatation du col de l'utérus précédant l'accouchement. D'un point de vue anthropologique, le travail désigne l'ensemble des rites et des événements propres à cette période de marge qui sépare la fin de la grossesse et la mise au monde de l'enfant attendu. Enfin, la signification symbolique de cette métaphore – travail - peut se rapporter aux notions de corps productifs et reproductifs dont je traiterai ultérieurement¹⁶⁰.

Pour les femmes de Karik, le début du travail commence avec les premières douleurs ressenties. Avec Angelai et d'autres matrones, ces femmes s'accordent à dire que les l'apparition de douleurs ne signifie pas forcément le début du travail de l'accouchement. Certaines femmes ont des *sandi vali*, les fausses douleurs de l'accouchement, c'est-à-dire celles qui n'ont aucun effet sur la progression du travail. Enfin, les pertes vaginales des femmes en couches sont un indicateur de mesure de la durée du travail fréquemment cité par les matrones. Un écoulement de pertes blanches *vellakkuri* signe le début du travail, il peut durer de deux à dix heures. Les pertes rouges *rattakkuri*, marquent la fin du travail et un accouchement imminent.

¹⁶⁰ Je traiterai ce sujet dans la partie III.

Voyons maintenant comment se déroule ce temps du travail lors d'un accouchement suivi par la matrone Angelai.

A Karik , l'accouchement est décrit par les femmes comme un état où le corps est chaud. Il a lieu dans la pièce principale de la maison¹⁶¹ qui, comme toutes les autres pièces, reste sombre. En raison de la nécessité de se préserver de la chaleur, le nombre d'ouvertures sur l'extérieur est, en effet, limité. Selon Chawla (1994), la pièce où se déroule l'accouchement s'apparenterait à l'utérus, sombre et clos. La chaleur y régnant permettrait de garder le corps de la parturiente au chaud. Cette pratique suivrait les principes de la théorie humorale de la médecine ayurvédique, selon laquelle, un excès de phlegme engendre un refroidissement du corps de la femme qui accouche (Ibid : 56)¹⁶². A Karik, le maintien de la chaleur du corps de la femme qui accouche est un précepte rigoureusement suivi. L'application de compresses d'eau chaude sur le ventre de la parturiente, ou traitement de *otaṭam*, permettrait, dès le huitième mois de la grossesse, « que les os et les nerfs dans la partie de la hanche soient à l'aise » autrement dit de préparer le bassin osseux à l'accouchement. Si effectivement, le principe de maintien du corps au chaud est couramment rapporté par les femmes de Karik, celles-ci n'ont jamais mentionné de système médical comme étant à l'origine de la classification chaud/froid. Cette dichotomie appliquée en Inde du Sud à la nourriture, - ainsi qu'aux personnes et aux humeurs¹⁶³ - est loin d'être érigée en système homogène comme l'a montré Beck (1969). Selon les femmes de Karik, la chaleur est associée aux transformations corporelles des femmes, en particulier lors de la première menstruation et lors de l'accouchement. Les travaux de Pool (1987) conduits dans l'Etat du Gujerat font aussi mention de cette notion. Selon cet auteur, la chaleur est nécessaire au moment de l'accouchement. Une complication obstétricale signifie que le corps de la femme en couche n'a pas pu générer suffisamment de chaleur pour pouvoir faire sortir le bébé. Enfin, Jeffery et al. (1989) mentionnent que dans le Nord de l'Inde, il est recommandé aux femmes enceintes d'éviter l'absorption de nourriture chaude puisque la chaleur ainsi générée peut avoir pour conséquence de stimuler des

161 La plupart des maisons en comportent généralement deux, rarement trois.

162 Chawla décrit l'existence d'une croyance populaire selon laquelle la chaleur aurait aussi une action favorable à la répulsion des esprits maléfiques et mauvais.

163 Dans la médecine Siddha

contractions et d'entraîner un avortement. A l'inverse, de l'état chaud, le froid caractériserait un état stable, stérile et non procréateur (Daniel, 1984).

Au moment où les douleurs de l'accouchement sont plus intenses, la matrone est appelée. Voici ce que nous rapporte Soubatra au sujet de son rôle à ce moment-là :

« Elle applique de l'huile de sésame¹⁶⁴ sur le ventre et si l'accouchement est proche la matrone conseille l'application d'un *otaṭam*. Si l'accouchement a lieu dans une heure, elle demandera de préparer une boisson faite d'un mélange d'eau gazeuse et de lait afin de faciliter l'accouchement. »

Contrairement à ce qu'observaient Patel au Rajasthan indien (1994) et Laderman en Malaisie (1987), le recours à la matrone n'est pas envisagé par les femmes de Karik comme un signe de faiblesse ou de défaillance de la parturiente et des femmes qui l'entourent à franchir seules l'épreuve de l'accouchement. La matrone est plutôt vue comme une personne de savoir et de confiance, dont la disponibilité est effective et le service rapide et peu cher. De plus, alors que l'aide fournie par le personnel de l'hôpital se limite à l'expulsion du bébé lors de l'accouchement, la matrone s'occupe aussi des soins de l'accouchée et du bébé, du lavage des vêtements souillés et de l'enterrement du placenta. Contrairement aux matrones, ayant bénéficié de formations dans un cadre biomédical, qui transposent les pratiques biomédicales à domicile, Angelai ne semble pas avoir recours à de telles pratiques. Elle n'utilise pas de produits ocytotiques permettant une augmentation des contractions utérines, ni de lavage rectal et ne pratique pas d'épisiotomie¹⁶⁵.

Le choix de la place de l'accouchement dépend de la localisation de la déesse attachée à la maison de la famille, qui ne concerne que les habitants de la maison où elle réside. Elle est le plus souvent dans la cour de la maison. Elle peut être représentée par un dessin sur un mur¹⁶⁶. Par exemple, Angelai rapporte que lorsqu'elle a accouché, elle s'est mise face à l'Est, dans la direction où elle a coutume de vénérer sa déesse de famille. Ainsi, lorsqu'elle assiste un accouchement, elle

¹⁶⁴Nom commun tamoul : ellu . Appellation botanique: *sesamum indicum*.

¹⁶⁵ J'aborderai ces pratiques dans la partie II chapitre 2.

¹⁶⁶ Reiniche note que la déesse attachée à la maison de la famille peut être représentée sous la forme d'une petite statue insérée dans une niche ou d'un petit monticule de terre (1979 : 70).

demande d'abord aux familles, en fonction de leur divinité familial, la direction appropriée pour la naissance de l'enfant. Puis, au moment où l'enfant est prêt à sortir du ventre de sa mère, elle s'assoit, jambes semi-repliées, en face de la femme qui accouche. Celle-ci doit rester assise, ce qui selon Angelai, permet que l'enfant ne soit pas en contact avec l'urine et les selles émises lors de l'expulsion. Ses mains glissées sous le bassin de la femme, elle prie:

« Mon Dieu, accompagne-moi toujours et sauve-moi. Grand Dieu sauve-moi.
Aide-moi pour que l'accouchement se passe bien ! »

Le dieu, imploré ici par Angelai, est un *kulateyvam*, divinité de famille ou de caste c'est-à-dire un dieu de famille. Ce dieu n'appartient pas au panthéon décrit par les textes sacrés. Il porte aussi le nom de *maduraiviran* ou dieu de la force. Une fois par an, pendant le mois de *cittirai*, le premier mois du calendrier tamoul (mi-avril au mi-mai), le festival *masanaikollai* (littéralement, butin au cimetière) est consacré à ce dieu. Il est l'occasion de sacrifices de poulets, de cochons et de moutons, autant d'offrandes estimées à la hauteur des demandes d'intervention du dieu dans les drames ou les tracasseries quotidiens. L'exemple d'appel au dieu, lors de l'accouchement, vient confirmer la « conception largement utilitaire et pragmatique de la religion » chez les intouchables décrite par Deliège où « les dieux sont avant tout des êtres à qui on demande des choses et leur aide est sollicitée dans toutes sortes de circonstances, de la réussite scolaire aux problèmes de santé » (2004a : 11).

Après la prière, le rôle d'Angelai consiste principalement à la pratique de massage et à l'observation de ses patientes, dont certains traits caractéristiques du visage ou du ventre annonceraient un accouchement imminent:

« Autour des yeux et sur le visage il y aura des taches marbrées, comme on trouve chez les grands malades, donc je saurai qu'elle va accoucher »

Il arrive aussi qu'Angelai refuse de s'occuper de certaines patientes, dont elle juge que le travail d'accouchement n'est pas suffisamment avancé :

« Je vois la situation. Si elle a beaucoup de douleur, l'accouchement aura lieu, bien sûr. Si la douleur est moins forte, je lui dirai d'aller à l'hôpital. »

Angelai convient néanmoins que le moment de l'accouchement est toujours très difficile à estimer. Elle dit :

« La pluie qui tombe est comme la naissance d'un enfant, même *mahāteyvam* ¹⁶⁷ ne sait pas quand cela se passe. »

Jeffery et al. notaient qu'en Inde du Nord, les matrones avaient recours au toucher vaginal et à la mesure de la dilation cervicale pour évaluer la progression du travail (1989). Les entretiens répétés avec Angelai n'ont jamais mentionné l'examen de la dilatation du col utérin comme mesure de l'état d'avancée du travail d'accouchement. Néanmoins, elle pratique le toucher vaginal. Lors de son arrivée au domicile de la patiente, elle insère un doigt dans le vagin afin de repérer la progression de la tête du bébé dans la filière génitale. Elle dit à ce sujet :

« Je fait entrer un doigt, l'index. S'il entre tout dedans, y aura du temps pour l'accouchement, je préfère l'envoyer à l'hôpital. Si un quart d'index entre dedans, c'est déjà l'heure de l'accouchement. »

Ensuite, la pratique du toucher vaginal pendant la durée du travail ne serait réservée qu'aux cas d'accouchements longs et compliqués.

A Karik, l'accouchement, comme la grossesse est un événement autant ardemment redouté que désiré par les femmes. Il est redouté en raison de la peur de ne pouvoir franchir avec succès l'épreuve biologique de l'enfantement. L'accouchement est perçu par les femmes de Karik comme une épreuve sociale. Elles devront montrer leur capacité à supporter silencieusement la douleur de l'enfantement et à accoucher sans la nécessité d'un recours médical autre, que celui envisagé de première intention. Si les femmes expriment ces craintes au sujet de la naissance, elles formulent aussi leur désir impatient de voir les changements qui s'opèrent après le premier accouchement. La première maternité s'accompagne, en effet, d'un moment d'attention et de soins plus particuliers de la part de l'entourage familial. Elle représente aussi la gestation d'un statut amélioré pour une jeune femme résidant chez ses beaux-parents. Les premiers mois de mariage au sein du foyer conjugal

¹⁶⁷ Le grand dieu, un des noms de Siva.

s'apparentent, pour la jeune épouse, à une période de test et de multiplication des tâches ménagères et de services domestiques à l'attention des beaux-parents et de la fratrie du mari. La survenue de la grossesse, mais surtout la naissance de l'enfant attendu, s'accompagne souvent d'un changement notoire de l'attitude du groupe familial. Les demandes de service et de travail s'allègent, les comportements à son égard deviennent plus amicaux et la vie de la jeune mère s'en trouve transformée. C'est peut être en référence à ce changement de statut et d'existence que Nagavallie affirmait:

« L'accouchement est une bénédiction de Dieu. Une renaissance »

Mais nous verrons que ce n'est sans doute pas la seule interprétation possible.

LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

L'avantage majeur de l'accouchement à domicile, rapporté par les femmes, est qu'il ne nécessite aucune préparation préalable, consultation anténatale, prise de sang, examens, qui multiplient les visites au centre de soins et les dépenses associées à ce mode de recours thérapeutique. Il s'avère que lors d'un accouchement à l'hôpital, la présence familiale limitée à un seul membre, est moins rassurante que la venue de plusieurs accompagnatrices à domicile, d'autant plus si celles-ci jouent, en sus de la *maruttuvacci*, un rôle actif durant le travail d'accouchement. De nombreuses femmes témoignent de l'isolement et de la solitude ressentis lors de leurs accouchements en milieu biomédical, dans un contexte où bien souvent, selon elles, les infirmières ne viennent les voir qu'au moment ultime de l'expulsion de l'enfant ou parfois même:

« (...) quand tout est fini et que le bébé est déjà sorti.»

A propos de l'accouchement à la maison en revanche, Angelai rapporte ceci :

« Ses parents telles que ses tantes, ses belles-sœurs, ses sœurs, sa mère et sa belle-mère resteront avec elle. Elles feront des farces et des moqueries pour qu'elle oublie la douleur

de l'accouchement. Elles diront : "Quand tu étais heureuse avec mon frère, tu ne disais rien, mais tu avais mal, n'est-il pas vrai, alors tu ne peux pas supporter cette douleur ?" Ou encore : "Pourquoi as-tu si mal, quand tu couches avec mon frère, tu n'as pas mal, hein !" »

Les bénéfices d'une présence amicale et attentive lors du travail d'accouchement ont été l'objet de nombreux travaux d'anthropologues de la naissance (Floyd, Sargent, 1997; Jordan, 1978; Kitzinger, 1997; Sargent, Bascope, 1996) dont certains se sont engagés dans les mouvements en faveur de l'accouchement à domicile en Europe et aux Etats-Unis¹⁶⁸. Ces auteurs ont montré, par exemple, que la présence d'une personne, ayant un contact amical et physique avec la parturiente pendant le travail, diminuait le taux d'interventions et de complications obstétricales¹⁶⁹. A Karik, l'usage de cette interpellation faite à la femme en couche est le plus souvent qualifié de « blague » et de « plaisanterie » par mes informatrices. Dans ce cas, la « plaisanterie » est un signe de convivialité et de complicité. Elle est une pratique thérapeutique utilisée « pour qu'elle oublie la douleur de l'accouchement », équivalence verbale d'une pratique gestuelle apaisante. Mais si le pouvoir thérapeutique de la plaisanterie est aisément entendu, il s'agit maintenant d'explorer ce que la connotation sexuelle donnée sous-entend.

Voyons d'abord précisément la nature des liens familiaux des personnes en présence : Selon mes informatrices de Karik, les liens de parenté des femmes mentionnées avec la femme qui accouche sont: la sœur de son mari (*aṇṇi*¹⁷⁰ ou *nāttanāru*¹⁷¹), la femme de son frère aîné (*aṇṇi*), la femme de l'oncle maternel (*attai*), la sœur du père (*attai*), et la grand mère maternelle (*ammāy*) ou paternelle (*mutāy*)¹⁷². Pour l'ensemble de ces femmes, le terme d'appellation préférentielle, donné au mari de la femme qui accouche, est « mon frère¹⁷³ ». Ce terme est non seulement propre à ce lien de parenté, mais peut être utilisé aussi par une femme pour nommer, avec

168 Les travaux de Anderson et Bauwens (1982) ont documenté l'engagement des anthropologues dans les mouvements en faveur de la démedicalisation de l'accouchement.

169 Voir Kitzinger (1997) qui explore la chorégraphie du toucher en salle d'accouchement.

170 Si elle est plus âgée que la femme qui accouche.

171 Si elle est plus jeune que la femme qui accouche.

172 Ou *āya*. Parmi ces femmes, les *āya* n'appelleront pas le mari de la femme qui accouche *annā* mais *peyaram* (*peyarappillai*).

173 *aṇṇan*, le frère aîné ou *tambi* le frère cadet. Ce terme d'appellation, *aṇṇan* ou *tambi*, sera respectivement utilisé si le mari est plus vieux ou plus jeune que la personne qui le nomme. Ce terme signifie clairement l'exclusion de toute possibilité de relation sexuelle et de mariage entre ces deux personnes. *Aṇṇan* ou *tambi* sera utilisé quelque soit le lien de parenté ou d'amitié entre les femmes présentes à l'accouchement et le mari de la femme accouchée.

une marque de sympathie, le mari d'une autre parente ou d'une amie¹⁷⁴. La relation sexuelle évoquée, lors de l'énonciation de la plaisanterie, concerne donc bien celle de la femme qui accouche avec son mari. L'usage de la plaisanterie nous montre que l'acte d'accoucher, comme les transformations physiques visibles du corps enceint, est perçu comme un témoignage public de l'activité sexuelle de la femme. C'est ce que rappelle l'élocution « Quand tu étais heureuse avec mon frère, tu ne disais rien, mais tu avais mal, n'est-il pas vrai, alors tu ne peux pas supporter cette douleur ? » Cette question, posée à la femme qui accouche, réaffirme aussi son devoir de soumission au désir de son époux. Théoriquement, cette affirmation s'insère dans le corpus des représentations des relations de sexe en pays tamoul, réunies sous le concept de la sakti. La sakti - puissance, force ou énergie - est le pouvoir spirituel associé au genre féminin. Il est acquis par le développement des qualités attendues de la femme : la fidélité (*kāṛpu*), la patience (*porumai*), l'endurance (*nilaippu*) et le sacrifice (*tapas*) (Wadley ; 1980). Au sein de ce système, l'accouchement, don irremplaçable fait à celui qui naît, forme de la plus grande souffrance, serait l'acte fondamental par lequel la femme augmente symboliquement son pouvoir de sakti (van Hollen, 2003a; Wadley, 1991). Ce serait en raison de cette logique, que l'homme se doit d'être respectueux avec toutes les femmes comme avec sa mère¹⁷⁵.

La « plaisanterie » n'est pas toujours vécue comme telle par certaines femmes. Par exemple, Satchadie, une matrone dont je ferai le portrait ultérieurement, donnait son avis à ce sujet :

« En général, je n'autorise personne à rester à côté de moi pendant l'accouchement. Je garde seulement une personne pour tenir les bras et les pieds de la fille qui accouche. Pour que la fille qui accouche ne ressente pas les douleurs, sa belle-sœur, sa tante, sa cousine, la femme de son oncle, ou bien son amie restent assises autour d'elle et racontent des blagues. C'est pour que la fille ne ressente pas les douleurs de l'accouchement, mais je n'autorise pas ceci. Parfois les filles assises autour de la fille qui va accoucher parlent de manière à blesser la femme qui accouche. »

Ainsi, la présence de plusieurs personnes autour de la femme pendant l'accouchement n'est pas forcément perçue par toutes comme agréable et

174 En effet, le recours à l'appellation mari, *puruṣaṇ*, dans ce cas considéré comme irrespectueux.

175 « Excepté celle avec laquelle il a des relations sexuelles ». Cette mention sur la spécificité de relation conjugale laisse augurer du mépris du plaisir sexuel de la femme, voire la violence qu'une telle attitude laisse supposer. C'est ce que rappelle l'évocation du souvenir « tu ne disais rien, mais tu avais mal ».

bienvenue. Plusieurs jeunes femmes nous disent préférer accoucher à l'hôpital, solution jugée plus à même de préserver leur intimité¹⁷⁶. L'usage de « la plaisanterie » peut parfois prendre la forme d'une violence verbale dans le contexte du domicile ou de l'hôpital¹⁷⁷. Cet exemple nous enseigne que la transposition d'un système de naissance à l'autre ne concerne pas seulement les pratiques de soins mais aussi l'utilisation du verbe. En effet, cette expression verbale a plusieurs contenus dont les différences s'expriment en fonction du lieu de son utilisation ainsi que des catégories morales des soignants et des personnes présentes au moment de l'accouchement.

L'acte d'accoucher, du premier enfant en particulier, représente une étape majeure de la vie de chaque femme. L'accomplissement du devoir de reproduction marque un changement de statut de la famille, de la communauté et de la jeune mère. D'une part, elle sera rassurée de ne jamais être *malaṭi*, terme désignant les femmes infertiles et l'ensemble des valeurs négatives associées aux femmes sans enfants. D'autre part, contrairement à Lalitha que Papathie¹⁷⁸ me montra un jour du doigt parce qu'elle avait « tellement crié le jour de son accouchement », elles auront montré leur capacité à supporter silencieusement la douleur de l'enfantement. Enfin c'est aussi parce qu'elles et leurs enfants auront survécu au risque mortel de l'accouchement.- dont le mot tamoul *piracavam* porte à la fois la notion de naissance *pira* et de mort *cāvu* – elles me répéteront souvent:

« L'accouchement est une seconde naissance »

Mes données recueillies au sujet de la douleur à l'accouchement m'avaient amené à conclure qu'à Karik, celle qui enfante, pour les raisons que j'ai données précédemment, devait le faire silencieusement. Pourtant, un jour, Angelai m'expliqua le cas particulier de l'accouchement qui dépasse la durée prévue.

« Certaines souffrent beaucoup des douleurs de l'accouchement, mais leurs bébés ne naissent pas tout de suite. Le mal reste, la souffrance reste, on a l'impression que le bébé

¹⁷⁶ Je traiterai cette question dans la partie IV.

¹⁷⁷ Voir le chapitre 2 partie III.

¹⁷⁸ Qui pour son deuxième et son troisième enfant était fière de dire qu'elle avait accouché seule, sans l'aide d'une matrone ni d'aucune personne de sa famille.

va naître, mais il ne vient pas. Devant la douleur, elles crient "Mon Dieu, Mon Dieu !". Dieu aime bien qu'elles l'appellent comme ça. Parce que ces femmes ont un bon cœur. Dieu aime beaucoup les femmes de bon cœur, c'est pour les entendre l'implorer qu'il fait en sorte que les douleurs persistent et que leurs accouchements ne finissent pas. Mais les femmes qui n'ont aidé personne, qui ont un mauvais cœur, accouchent tout de suite. Dieu n'aime pas entendre leurs voix. »

A Karik, les cris des femmes qui accouchent sont généralement jugés inconvenants, socialement réprimés, et plus ou moins réprimandés. Par contre, lorsque le travail d'accouchement se prolonge et que l'expression de la douleur prend la forme d'un appel à Dieu, cette manifestation orale de la femme qui accouche ne serait pas préjudiciable. L'appel à Dieu se présente ici comme le dernier recours pour une femme dont on peut imaginer la peur et le désespoir devant l'intensité et la répétition prolongée de contractions utérines inaptées à la délivrer. De plus, on peut supposer que l'explication causale du travail d'accouchement prolongé, voir compliqué - comme volonté d'un dieu aimant à se faire implorer des femmes vertueuses - permet à Angelai de se rassurer sur l'issue favorable de l'accouchement. Angelai donne un sens à la douleur en renversant sa « valence » et fournit ainsi une réponse apaisante aux inquiétudes de la femme et de celles qui l'entourent. En somme, les explications causales des problèmes médicaux durant l'accouchement concernent la non-observance des règles alimentaires et la vengeance d'une *cumaitāñki*, une femme morte pendant la grossesse ou l'accouchement (Reynolds, 1991). Le désir divin d'entendre les voix de femmes vertueuses est une forme supplémentaire du registre d'explication du désordre à l'accouchement. La vieille Seli amma avait d'abord confirmé les propos d'Angelai « si la femme enceinte est avare, mesquine, non généreuse le dieu ne prolonge pas son accouchement... » puis elle s'était interrogée :

« Papathie, elle est bonne, elle aime tout le monde. Tous ses accouchements étaient normaux et rapides et personne ne savait quand elle avait accouché. Elle le fait tranquillement, toute seule, sans faire de bruit et sans le dire à personne Dans ce cas, pourquoi le dieu n'aimait pas entendre sa voix pendant les douleurs de l'accouchement, pourquoi il l'a fait accouché vite ? »

L'accouchement est le lieu d'expression des normes sociales de la maîtrise du corps. Une autre matrone d'un village voisin, Palavankodie, dont je décrirai ultérieurement

certaines pratiques¹⁷⁹, m'avait expliqué sa façon d'aider les femmes à supporter la douleur de l'accouchement. Elle avait coutume de les inviter à prier pour leur déesse de famille, ainsi que pour leur père et mère. Elle m'avait dit connaître plusieurs matrones qui déconseillaient aux femmes de prier leur mère lors de l'accouchement et de limiter leur appel à leur père. La raison de cette restriction était la suivante :

« Si tu appelles ton père, il va t'aider. Puisqu'il travaille dans les champs il a l'habitude de dessiner des chemins, de creuser des canaux et de faire des ouvertures avec ses outils. Ça ira vite. Ta mère peut seulement faire la vaisselle, elle n'aura pas d'idées, elle ne saura pas quoi faire, cela prendra du temps pour accoucher. »

Les propos de cette matrone donnent une illustration des images métonymiques utilisées en milieu populaire pour signifier les différents processus corporels de l'accouchement. Palavankodie justifie par cet exemple l'incapacité présumée des mères à être utiles au bon déroulement de l'accouchement de leurs filles.

LORSQUE LE BEBE NE SORT PAS

Selon un point de vue émique, le nombre d'accouchements difficiles serait plus fréquent aujourd'hui. Les femmes de Karik expliquent ce constat comme la conséquence de la non-observation des règles prescrites, certes pendant la grossesse, mais aussi comme le bouleversement des pratiques faites auparavant à l'égard des jeunes filles au moment de la puberté. Ainsi, selon elles, il y a trente ans, les filles étaient mariées à partir de leur onzième année, et rarement au-delà de quinze ans. Au moment où elles atteignaient la puberté, elles étaient recluses dans des huttes prévues à cet effet pour une durée de quinze jours. Le quinzième jour, un bain rituel leur était donné. Puis, elles devaient manger le plat « putteu au riz », un mélange de farine de riz et d'huile de sésame. Selon les vieilles femmes, à cette époque, les jeunes filles étaient obéissantes et elles respectaient les instructions données par leur aînées. Ceci avait pour fonction de préparer leur corps aux grossesses futures et à l'épreuve de l'accouchement. Aujourd'hui, ces règles ne sont plus suivies. Les filles pubères observent une période de réclusion de trois, cinq ou sept jours, prennent le

¹⁷⁹ Partie II chapitre 3.

bain rituel puis elles retournent à l'école. Elles ne suivent pas non plus les conseils alimentaires donnés par les anciennes. Ainsi, les femmes concluent, à l'unanimité, qu'ainsi, ces filles, devenues mères, souffrent beaucoup au moment de l'accouchement.

D'un point de vue sanitaire, l'idéalisation des pratiques d'accouchement à domicile rapportées par certains auteurs¹⁸⁰, doit être mesurée. Chaque jour, dans des contextes où les services obstétricaux d'urgence sont absents, des femmes et des enfants meurent lors de l'accouchement ou vivent des drames aux conséquences souvent irréparables¹⁸¹. Les matrones que j'ai rencontrées ont rapporté plusieurs témoignages au sujet d'accouchements difficiles, *kaṣṭamana piracavam* (en opposition à *cukappiracavam*, l'accouchement normal), et à propos des techniques auxquelles elles avaient recours dans ces situations. L'une expliquait :

« Si le bébé ne vient pas facilement dehors, je ne coupe pas le vagin avec une lame, je mets le bébé dehors en poussant sur l'abdomen. Sinon j'applique du savon dans le vagin, et je pousse sur le ventre de la femme. Mais je ne le fais pas de manière brute, je fais très attention. Si cela ne vient pas je leur demanderais d'aller à l'hôpital immédiatement., cela veut dire que c'est un cas compliqué, sérieux et je ne peux pas le faire moi même; j'irais aussi avec eux »

Angelai rapporte ici le cas d'un accouchement difficile réalisé à domicile, de nombreuses années auparavant :

« Dans le cas d'un accouchement par les pieds, si le bébé se coince à la tête, il sera mort. Il faut le faire avec soin et technique : à l'hôpital, on fera tout de suite une opération. Je ne la ferais pas : si les pieds sortent, la tête ne doit pas s'arrêter là. Dans ce cas, je donne une frappe à la femme, bien fort. Oui, je frappe, elle ne sait pas que je vais la frapper. Je lui dis : "Pourquoi tu fais comme ça, fais un effort" et à ce moment-là je lui donne une frappe dans le dos, très fort, cette douleur va la faire crier, quand elle crie, le bébé sortira. C'est ça notre méthode pour le bébé qui vient par les pieds. »

Nous voyons ici la description de l'usage d'une méthode obstétricale d'urgence, lors d'un accouchement par le siège, en milieu « traditionnel ». Angelai semble connaître le traitement de ce genre de complication en milieu biomédical, mais n'évoque pas l'éventualité de la référence de la patiente à l'hôpital. Elle avait précisé que, jusqu'à une période récente, l'évacuation d'une patiente à l'hôpital était extrêmement difficile

¹⁸⁰ Je traiterai ce sujet dans la partie III.

¹⁸¹ Pour les mères : incontinences vésicales et ou rectales, fistules vésico-vaginales, prolapsus, infertilités secondaires ; pour les bébés : infirmités mentales et physiques diverses.

à gérer pour la famille, en raison des problèmes financiers, de l'organisation du transport, de l'achat des médicaments, et de la peur d'avoir à confronter le personnel hospitalier. La complication obstétricale est une épreuve à laquelle chaque matron se trouve confrontée et cela d'autant plus si elle a une pratique régulière des accouchements. Ce genre d'expérience est souvent peu relaté à un interlocuteur de passage. Les matrones jugeront qu'il est préférable de taire ces épisodes, sous réserve des conséquences fâcheuses que ces révélations pourraient provoquer, c'est-à-dire, leur dénonciation auprès des représentants biomédicaux, la diminution de leur clientèle et la perte de leur bonne réputation. Les matrones que j'ai rencontrées une ou deux fois m'ont toujours assuré qu'elles n'avaient jamais eu aucun problème dans leur pratique. Par contre Angelai, Satchadie et Palavankodie que j'ai vues à maintes reprises ont toujours fini par raconter, à ma demande, des cas d'accouchements difficiles : temps d'expulsion prolongée, accouchement des enfants morts, hémorragie du post-partum immédiat.

L'une des complications obstétricales, la plus fréquemment rapportée par les matrones et les femmes, est liée à une position prise par l'enfant dans le ventre de sa mère. Il s'agit du *kollā mele ericece*¹⁸² c'est-à-dire du cas où l'enfant va souffrir au-dessus du cœur de sa mère. Cet événement serait la conséquence de mauvaises positions prises par la mère durant son sommeil. Angelai nous dit :

« L'enfant dans le ventre va monter près du cœur de la femme. Cela arrivera à n'importe quel moment de la grossesse parce que la femme, quand elle dort, va changer sa position. Elle doit faire attention à chaque fois qu'elle veut changer de position. Si elle veut changer de droite à gauche, elle doit d'abord se lever et après changer de côté. Si elle ne le fait pas l'enfant va monter près de son cœur et y rester. »

Selon certaines femmes, cet événement peut aussi survenir lorsqu'à la fin du travail d'accouchement, la femme ne pousse pas l'enfant en soufflant mais lors de l'inspiration. Quelles que soient les circonstances de son apparition, le *kollā mele ericece* est toujours considéré comme une complication obstétricale par les femmes. Cependant, d'autres événements jugés anormaux selon un registre d'explication biomédicale, ne sont pas forcément reconnus comme tels par les matrones et/ou les

¹⁸² Soit *kollā* (cœur) *mele* (au-dessus) *ericece* (forme passive, souffrir).

femmes présentes à l'accouchement. C'est le cas de la rétention du placenta. Angelai raconte à ce sujet :

« Souvent le *nañsukkodi* [le placenta], vient tout seul, juste après l'accouchement. On donne à la femme la poudre de *koli selavu*¹⁸³ et ça nettoie l'estomac. Mais parfois, elle ne délivre pas le placenta *nañsukkodi* [le placenta] rapidement. On dit que cette femme est *pisani*¹⁸⁴ [avare]. Elle cache son placenta et le mange en secret, sans le dire à sa belle-mère. »

La rétention placentaire est une complication grave de l'accouchement¹⁸⁵. Pourtant, l'aspect dramatique de la situation est absent du discours d'Angelai. La rétention placentaire n'est pas perçue comme une anomalie obstétricale imprévisible et dangereuse mais comme une action effectuée volontairement par la femme qui accouche. La signification symbolique de cette rétention est celle d'un acte de rébellion contre l'ordre hiérarchique établi au domicile conjugal. Dans la vie quotidienne la jeune épouse est soumise à l'autorité de sa belle-mère. Elle effectue, sous ses ordres, les travaux divers de la maison. Elle est tenue de prendre son repas dans la cuisine, seulement après avoir servi à table les membres de sa famille conjugale. Nombreuses sont les femmes, de tout milieu social, qui m'ont raconté les mauvais traitements reçus de leur belle-mère, et les nombreuses interdictions, dont grignoter pendant la préparation d'un plat, ou manger avant les autres, qui régissaient la nature de leurs relations avec ces dernières. Ainsi, les propos de mes interlocutrices confirment l'idée selon laquelle, face à la somme des frustrations engendrées, la rétention du placenta permet symboliquement la réalisation d'un désir fantasmé, celui de garder pour soi le met préparé. En dehors de cette explication causale et imaginaire de la rétention placentaire, je n'ai pas trouvé de données

183 Terme local qui désigne la sauce de médicament. Treize plantes sont nécessaires à la préparation de ce remède : (*kaṇaṭal*, *rhizophora mucronata*, palétuvier rouge (mangrove); (*val miḷagu* ou *vellai miḷagu*), *piper nigrum* ou poivre blanc); (*sukku*, *zingiber officinale*, gingembre séché); (*kasakasa*, ou *apini*; *papaver somniferum* (opium), graine de pavot); (*kuṇkumam*, *crocus sativus*, safran); (*jāṭikkāy* *myristica fragrans*, noix de muscade); (*masikkai*, *quercus infectoria*; chêne d'Alep), (*akatti*, *sesbania grandiflora*, pois vallièr); (*mañcaḷ* *curcuma longa*/ turmeric, safran); (*paṇaivelam*, contraction du terme *paṇai-teṇku-ūtumutaliyamaraṇkaḷ* *borassus flabellifer*, palmier à sucre), (*ppuṇṭu* ou *vellaippuṇṭu*, *allium sativum*, oignons); (*sitharatthai*, *alpinia calcarata*, gingembre jaune et rouge); (*karuñcirakam*, *nigella sativa*, graine de cumin noir). Voir le lexique à ce sujet en annexe.

184 Contraction du terme : *pisunaṭṭanamāy*.

185 Elle est responsable en l'absence de traitement (la délivrance artificielle) d'un taux de mortalité des femmes en couches considérable dans les zones rurales isolées du monde où les femmes ne peuvent bénéficier d'une évacuation sanitaire et d'une prise en charge médicale.

ethnographiques supplémentaires au sujet de l'ingestion du placenta par les accouchées en milieu tamoul¹⁸⁶.

VARIATIONS AUTOUR DU CORDON

A Karik, le cordon, est utilisé en vertu de ses pouvoirs symboliques comme traitement de l'infertilité. Il n'a donc pas de « fonction neutre », ni positive, ni négative, comme le proposait l'étude historique des naissances particulières¹⁸⁷ en société occidentale menées par Belmont (1971). Ce travail a, en effet, décrit que contrairement au cordon, le placenta avait des pouvoirs ambigus, plutôt favorables avant la naissance puis chargés de puissance négative ou positive après l'accouchement. Par ailleurs, des recherches conduites par Jeffery (1993), dans des zones rurales du Nord de l'Inde, ont montré que la section du cordon était considérée par les populations hindouiste et musulmane, comme un acte impur, qui justifiait principalement la place de la matrone à l'accouchement en tant que « coupeuse de cordon ». Pinto (Forthcoming) affirme que toute personne peut faire un accouchement mais que les actes de couper le cordon et de s'occuper du placenta sont problématiques en raison de leur impureté. Ceci serait la raison pour laquelle les matrones sont souvent stigmatisées. Pourtant, comme le montre l'exemple d'Angelai, et comme nous le verrons ultérieurement avec d'autres matrones, au Tamil Nadu, la matrone est une praticienne reconnue et valorisée. La coupure du cordon ne représente ni la fonction principale de la matrone, ni un acte impur. Ainsi, la représentation de la coupure du cordon, en tant qu'acte impur, illustre précisément comment les usages de la notion d'impureté sont parfois faits sans discernements. D'une part, comme l'a montré Douglas (1971), la notion de pollution

186 Certains historiens français rapportent une coutume ancienne d'ingestion du placenta (Tillard, 2004). Destinée à rendre à la femme une partie des nutriments dépensés durant la grossesse, et à visée galactogène (Gelis, 1984) cette pratique aurait été condamnée vers le XVI^e siècle. La pratique d'ingestion du placenta par le père et la mère, a également été décrite lors du travail d'étude réalisé par Paumier (2001) à propos des pratiques d'accouchement à domicile à Bordeaux. Tillard (2004) note, en France, l'utilisation du terme latin signifiant « gâteau » ou « galette » pour désigner le placenta et l'usage toujours courant de ces termes dans les services hospitaliers d'obstétrique.

187 C'est-à-dire des naissances d'enfants mal-formés, de triplés ou de jumeaux, d'accouchement par les fesses ou par les pieds, d'enfants nés enveloppés dans la membrane amniotique ou avec le cordon entouré autour de la tête ou des épaules.

n'est pas propre aux sociétés primitives. D'autre part, comme l'a souligné Delière (2001), à propos du système des castes, l'ethnographie nous apprend que la tendance des écrits sur l'Inde à ériger le pur et l'impur en idéologie relève plus d'un construit intellectuel occidental que d'une réalité. En ce qui concerne Angelai, ce n'est pas tant son rôle et sa pratique de matrone, qui définit son rang sur la hiérarchie de la pureté, que sa qualité de femme Vannan intouchable et son statut social défavorisé. Avant de décrire plus précisément ces questions, voyons, en suivant notre axe temporel d'investigation autour de l'accouchement, les représentations et les pratiques mobilisées autour d'une naissance particulière, soit l'enfant qui est né avec le cordon autour du cou.

A Karik, le cordon ombilical, *toppuḷkodi*, est l'objet d'une grande attention, lors de l'accouchement. Le cas d'une naissance avec une circulaire du cordon autour du cou est particulièrement redouté¹⁸⁸. Angelai explique :

« Si le cordon est entouré autour de cou du bébé, pour le tonton, il y aura des problèmes. »

Une investigation complémentaire apportera la précision suivante :

« Si son *tāymāman*, l'oncle maternel est là, il viendra cracher face au bébé. S'il le fait, il n'y aura pas de problème après. »

L'évocation de cet épisode m'oblige à ouvrir une parenthèse, concernant la place de l'oncle maternel dans le système de parenté et d'alliance, selon la terminologie dravidienne. Pour les tamils, le terme *tāymāman* désigne le frère de la mère, plus précisément que le terme *māman*, qui signifie l'oncle maternel, et qui désigne aussi bien le frère de la mère, que le mari de la sœur du père, que le père de l'épouse et d'autres individus (Delière, 1996 : 27). Ce terme désigne aussi le beau-père, puisqu'un homme est censé épouser la fille de l'oncle maternel, ou de la tante maternelle. Il peut, pour une fille, désigner son futur mari puisqu'il est l'époux préférentiel. Dans l'ensemble des cérémonies et des étapes qui marqueront la vie de

¹⁸⁸Dans un contexte biomédical, l'enroulement du cordon autour de la tête de l'enfant à l'accouchement, est vue comme une étiologie possible d'asphyxie fœtale et de souffrance aiguë ou chronique. Pour cette raison elle est scrupuleusement consignée dans les dossiers médicaux de l'enfant. La mention de circulaire « serrée » ou « lâche » fait part de la nécessité ou non d'une section avant le dégagement de la tête et des épaules. (Notes personnelles).

cet enfant, le rôle le plus important sera donné à l'oncle maternel. Dans l'éventualité où la mère n'a pas de frère, un cousin maternel se verra attribuer l'appellation *mena mām* et le rôle du *tāymāman*. Traditionnellement, il est convenu que l'oncle maternel, immédiatement plus jeune ou plus âgé que la mère, ne se marie pas avant que la fille de sa sœur ait atteint la puberté. A partir de cette date, il pourra épouser cette dernière¹⁸⁹. Kapadia (1995) dans son étude menée en Inde du Sud au sein de la caste non-brahmane des Aruloor note aussi l'existence d'une représentation d'un lien entre circulaire du cordon et mauvais présage familial. Ainsi, l'enfant, dans la matrice, serait nourri par le sang de sa mère. Pour cette raison, il aurait plus de sang de celle-ci que du sang du père et serait par conséquent plus proche du frère de la mère que du frère du père¹⁹⁰. Si le lien de proximité de chair est entendu, deux questions méritent d'être posées. Il faut nous demander pourquoi la survenue d'un « circulaire du cordon » est préjudiciable, à l'époux ou au beau-père potentiel de l'enfant à naître et pourquoi le crachat annule la mise en danger de la personne visée. Voici ce qu'évoque Angelai au souvenir de cette situation :

« L'enfant n'est pas nettoyé tout de suite. Il est allongé près de la mère. L'oncle maternel devra mâcher des feuilles de bétel, avec du bicarbonate ¹⁹¹ et en extraire le jus qu'il crache sur la face du bébé. C'est ce qu'il faut faire pour annuler un mauvais présage. Si le cordon est autour du cou ce n'est pas bon pour l'oncle maternel il n'aura pas de vie fortunée, ses affaires vont mal tourner, et il risque de mourir dans un avenir proche. Après avoir craché trois fois, l'oncle doit ouvrir les yeux regarder le bébé bien en face, ensuite le *tōṣam* est enlevé¹⁹². »

Avant de discuter des modalités de traitement du désordre occasionné par la survenue d'un circulaire du cordon, voyons le sens donné à cet événement en pays tamoul. Dans cette société, le cordon porté autour du cou par une femme à partir du jour où elle est mariée est le *tāli*. Sa présence signifie aux yeux des autres sa position de *kaṭṭukkalutti*, le statut le plus enviable pour une femme dans cette société. La survenue du veuvage s'accompagne d'un enlèvement du cordon et de la perte de ce statut. Selon mes informatrices, et l'analyse soutenue par Delière (1997), le

189 Cette forme d'alliance est toujours en vigueur mais de façon non systématique.

190 Kapadia (*Op.Cit.*) précise également que : « Quand un enfant naît avec le cordon autour du cou, c'est dangereux et de mauvais augure pour la maman. Quand l'enfant né avec le cordon autour des hanches, c'est dangereux et de mauvais augure pour cittaṭṭappaperiyappa (le frère du père) ».

191 A Karik, cette préparation est couramment utilisée avec la prise de bétel.

192 Une pratique similaire est effectuée dans le cas où le cordon est enroulé autour du ventre, des chevilles ou du poignet. Elle nécessite la présence de différents membres de la famille, le père, le frère du père, le frère de la mère ou le père du père.

dégagement du cordon ombilical autour du cou s'apparente symboliquement à l'enlèvement du *tāli* et signifie dès lors que la fille est veuve¹⁹³. À la lumière de ces explications, il est aisé de comprendre les raisons pour lesquelles la survenue de cette particularité lors de l'accouchement est un préjudice potentiel pour l'oncle maternel. Dans le cas de la naissance d'un garçon, l'explication causale de l'événement est un désir de rupture de l'autorité avunculaire. Pour cette raison, un traitement identique sera donné dans cette situation. L'acte de cracher à la face de quelqu'un est un geste très humiliant en société tamoule. Selon mes informatrices, suite à un tel affront, une personne peut subir une transformation radicale, se mettre à boire ou à voler, ou devenir méchant si c'est un être faible, voire se tuer si elle s'estime avoir été traitée trop injustement. Dans le cas d'un nouveau-né, l'acte est symboliquement si puissant que le mauvais présage porté par le cordon enroulé sera annulé.

Cependant, la croyance selon laquelle cette naissance particulière annonce un mauvais présage n'est pas non plus partagée. Elle comporte de nombreuses variations selon les personnes concernées. Comme le résume Kurushide :

« C'est une croyance traditionnelle. Ça peut être vrai ou faux. Dans certains cas, c'est vrai et mais dans d'autres maisons c'est faux. »

Avant de poursuivre, soulignons la pertinence des propos de Kurushide quant à la notion de croyance. Cette précision au sujet de la variabilité des conséquences de l'enroulement du cordon sur les membres de la famille nous invite à retenir la chose suivante. Comme l'a montré Delière (2004a : 104), contrairement aux « (...) représentants de l'orthodoxie [qui] aiment à présenter cette dernière comme généralement admise et universelle (...) la croyance ne repose pas sur des faits (...) elle n'est pas empiriquement vérifiable (...) elle implique l'expression du doute. » Concernant les règles d'alliance, la tendance ancienne à préférer les mariages entre parents proches (oncle maternel et nièce utérine, cousins croisés) existe toujours. Néanmoins, le choix du conjoint peut se faire dans la parenté éloignée ou dans le

193 L'enlèvement du *tāli* s'accompagne du retrait de l'ensemble des bijoux. Le respect des normes sociales oblige une femme veuve, qui a donc perdu son statut de femme mariée, de ne plus porter les attributs propres à son ancien statut. Elle n'est pas non plus supposée orner ses cheveux de fleurs. En pratique, certaines femmes veuves enlèvent le *tāli*, et continuent, avec parcimonie, de porter des bijoux et des fleurs.

réseau social extra-familial. Dans ce cadre, il serait pertinent de documenter les effets de ces nouvelles pratiques d'alliance ainsi que les conséquences de la médicalisation de l'accouchement sur la représentation de la survenue d'une circulaire du cordon lors de la naissance d'un enfant.

Selon les femmes de Karik, la coupure du cordon est réalisée par les matrones avec les instruments disponibles dans la maison *l'arippu katti*¹⁹⁴, le *katti*¹⁹⁵ ou le *bledu*¹⁹⁶. Papathie nous explique la raison pour laquelle le cordon n'est pas coupé immédiatement après la naissance.

« D'habitude on fait coucher le bébé à côté de la maman et on ne coupe pas le cordon tout de suite. Parce que, pendant une demi-heure, le bébé va recevoir du sang de sa maman par le cordon. »

Angelai précise que le cordon ne doit être coupé qu'après l'expulsion du placenta. Cette règle serait d'autant plus à respecter si l'enfant montre des signes de faiblesse:

« Si le bébé ne souffle pas bien, il faut le laisser pour un certain moment, mais au cas où le bébé crie bien, on peut faire la césure et on fait le nœud avec la ficelle. »

La ligature du cordon attaché au nombril fait l'objet d'une règle que toutes les femmes entretenues ont précisée :

« On coupe, puis on l'attache avec une ficelle. Le vent ne doit pas rentrer dedans, si l'air rentre dedans, le cordon gonflera » (Palanie).

D'ailleurs, le petit Perveen âgé de quatre ans, qui présente une légère hernie ombilicale, me sera montré comme exemple de non-application de la règle.

« Ce jour-là [au moment de la section du cordon] on était toutes en train de rigoler, et la matrone n'a pas bien serré le lien » (Papathie).

Selon Belmont (1971), le traitement et la relation symbolique à l'enfant de la coiffe¹⁹⁷ et du cordon ont des points communs. Le placenta est perçu et traité différemment. Si les deux premiers sont conservés et peuvent faire office de talisman, le placenta

194 *Arippu* : hâcher, *katti* : couteau : Couteau à hacher.

195 Couteau.

196 Soit le terme anglais blade : la lame de rasoir.

197 Désigne la membrane amniotique qui couvre parfois la tête de l'enfant à l'accouchement.

garderait une autonomie qui lui donnerait une existence propre. Néanmoins, l'ethnographie des pratiques autour du placenta et du cordon à Karik laisse penser que les affirmations de Belmont tendent à généraliser des faits. Usant d'une vision « structuraliste à tout prix » où l'opposition serait omniprésente, ces propos ne sont pas pertinents dans le Tamil Nadu contemporain.

LA GESTION DU PLACENTA

Dans une société donnée, le placenta, jugé bénéfique ou maléfique, est toujours l'objet de précautions diverses et d'utilisations variées. Par exemple, chez les lobi du Burkina Faso, le placenta est enterré dans un lieu précis, dont le choix est corrélé avec les futures activités quotidiennes de l'enfant selon son sexe, sur la route des champs pour un garçon et sur le chemin du marigot pour une fille (Cros, 1990). En Polynésie, le placenta est considéré comme une source de vie pour le fœtus. Il est enterré en raison de l'impureté féminine à laquelle il est associé (Babadzan, 1983). Dans les sociétés « traditionnelles », le cordon et le placenta représentent pendant la grossesse, le lien vital de l'enfant à naître avec la mère. Après l'accouchement, ce lien repose sur une analogie entre l'avenir du nouveau-né et le devenir de cette substance. Par exemple Babadzan (1983) rapporte, qu'en Polynésie, le placenta, nommé *pufenua* ou « noyau de terre », est enterré par un parent ou un grand parent sous un arbre fruitier. Ce geste symbolise le rapport d'intimité entre les hommes et la terre¹⁹⁸. Stevenson (1920), lors de ses travaux menés en Inde au début du XXe siècle, auprès de familles de brahmanes, mentionnait que le plat utilisé pour la crémation du placenta était déposé aux pieds de l'accouchée afin de diminuer les douleurs du *post-partum*. En Inde du Nord, Jeffery *et al* (1989) ont observé que les familles musulmanes préféraient enterrer le placenta à l'extérieur de la maison. Les placenta des femmes hindoues étaient ensevelis à l'intérieur de la maison afin d'éviter toute utilisation éventuelle à des fins de sorcellerie (*Ibid* : 107). Les travaux de Van Hollen (2003) au Tamil Nadu n'apportent aucun élément supplémentaire à

¹⁹⁸ Babadzan traite des changements contemporains observés à propos de cette pratique que je n'aborderai pas ici.

cette question. Selon cette auteur, le traitement du placenta en zone rurale, au même titre que la coupure du cordon et la gestion des déchets (urines, selles, sang) relève de la gestion des pollutions de l'accouchement attribuée aux matrones. Mes informatrices, au contraire, m'ont fait part des précautions diverses mises en œuvre pour le traitement du placenta. Premièrement, certaines pratiques autour du placenta sont utilisées pour réanimer un enfant lorsque nécessaire. Deuxièmement, le placenta est traité avec de nombreuses précautions.

Ainsi, la nécessité d'une réanimation du nouveau-né est l'un des événements auquel plusieurs matrones m'ont dit avoir été confrontées. Angelai décrit la technique souvent rapportée par les matrones et par les femmes:

« Sil le bébé ne respire pas correctement, on ne coupe pas le cordon. Le placenta est déposé dans une bassine et recouvert d'eau froide. Dès que le bébé pleure, on peut couper le cordon. »

D'autres techniques de cet ordre sont utilisées par des matrones dans d'autres régions de l'Inde. Les travaux en cours, menés par Sagdopal (2006), mentionnent, en effet, l'existence de pratique de chauffage du placenta, toujours relié à l'enfant, fait par les matrones, dans de nombreux endroits du sous-continent indien et dans plusieurs Etats indiens dont le Tamil Nadu¹⁹⁹. Ainsi, dans ce système de naissance, le placenta, loin d'être réduit à un déchet impur de l'accouchement, est vu comme une partie du nouveau-né, dont le traitement, au moment de l'accouchement, a un effet sur la santé de celui-ci. Le lien entre le placenta et l'enfant continue d'exister après la naissance comme en témoignent les pratiques autour de l'enterrement du placenta.

A Karik, après un accouchement à domicile, le placenta est enterré par la matrone dernière la maison de l'accouchée. A l'hôpital, il est jeté dans une cuve à déchets. Dans les deux cas, selon mes interlocutrices, le plus important est qu'il ne soit pas mangé par un chien, événement dont les conséquences peuvent être l'absence de sécrétion du lait maternel, le déclenchement de maladies incurables chez le nouveau-

¹⁹⁹Il s'agit de l'Andra Pradesh, du Bihar, du Gujarat, du Jharkhand, du Mahashal Pradesh, du Maharashtra, du Punjab et du Tamilnadu, de l'Uttar Pradesh, et du Bangladesh) Selon cette auteur, l'efficacité de cette technique pour réanimer un nouveau-né en état de mort apparente serait de l'ordre de 20%.

né et l'infertilité des femmes du village²⁰⁰. Les retentissements de la gestion du placenta sur la fertilité des femmes ne sont pas spécifiques à Karik. Des effets similaires sont observés dans diverses sociétés. Par exemple : « Donner le placenta aux chiens, comme chez les Yaghan, ou aux blaireaux, comme chez les Navaho [...], ou plus généralement le laisser dévorer par les animaux, comme chez les Havasupai [...], mettre le délivre dans la rivière et le laisser se gonfler comme une outre d'eau, sont des actes qui assurent la stérilité aux femmes ; comme, inversement, manger l'animal-totem du mari ». (Héritier ; 1984 : 153). Selon cet auteur « C'est opérer une conjonction entre les genres qui devraient normalement être tenus séparés ou ne pas être conjoints de cette manière-là » (Ibid : 153).

Les actes rituels, associés au traitement du placenta, symbolisent le retour de la mère en société, dont la maternité l'a écartée pour un temps. Ainsi, lors de l'accouchement, la parturiente est séparée du reste de la communauté. Son état de marge, selon le schéma classique des rituels de passage (van Gennep, 1981) est associé à la pollution des produits d'excrétion de l'accouchement. La phase de post-partum, marquée par l'enterrement du placenta selon des règles définies, correspond à une agrégation de l'accouchée au reste du groupe. Elle y obtient un nouveau statut, notamment en cas de premier accouchement²⁰¹. Le traitement du placenta marque définitivement l'agrégation du nouveau-né et sa renaissance dans le monde des humains. En résumé, le placenta est un objet biologique chargé de significations sociales dont le traitement signifie l'émergence de deux individus aux statuts particuliers. Les actes entourant le placenta, comme ceux qui concernent le cordon ou les autres matières de l'accouchement, ne sont donc jamais neutres. Bonnemère (2000) remarque que ces actes, entourés de précautions ou négligés, éclairent les logiques qui sous-tendent la représentation du corps et de la personne. C'est ce que cette section, et ses détours obligés vers les éléments descriptifs du système de parenté, les règles de mariage et les règles sociales intra-familiales en pays tamoul, entendent à illustrer.

²⁰⁰ C'est selon une logique similaire que les placentas des vaches sont placés dans un sac en plastique suspendus aux arbres et laissés ainsi, ceci afin d'éviter tout éventuel préjudice et de favoriser leur production laitière.

²⁰¹ En Océanie, l'accouchement est perçu par les femmes Anganem comme « une perte de conscience de leur place dans le monde ». Lorsqu'elles enterrent le placenta, elles rétablissent leur place au sein de l'ordre social (Bonnemère 2000).

APRES LA NAISSANCE

Dans son étude menée en zone rurale thaïlandaise, Whittaker (1999) observait que, dans un contexte où la majorité des femmes accouchaient à l'hôpital, les rites du *post-partum* demeuraient un événement important dont l'objectif était de restaurer la chaleur du corps après l'accouchement. Ces pratiques n'étaient pas seulement considérées comme nécessaires à la santé, la fertilité et le bien-être des femmes, mais représentaient un rite de passage venant instituer l'appartenance à un groupe et définir une nouvelle identité féminine. A Karik, le *post-partum*, est aussi le lieu de diverses règles de conduite et d'alimentation et d'interdictions variées dont le but est d'éviter l'apparition de certaines maladies. Si jadis ces prescriptions préventives étaient rigoureusement appliquées, il semble qu'aujourd'hui le possible recours aux services de soins biomédicaux modifie leurs observances. Angelai raconte que:

« Après l'accouchement, on ne donnait rien pendant trois jours. C'est pour éviter le risque d'être malade. En ce temps, on n'avait pas d'aide médicale²⁰². Mais c'est de l'histoire ancienne, maintenant on va à l'hôpital. »

Selon la jeune Kuruschide, femme de salle à la maternité du PHC de Karik, ces règles alimentaires seraient moins utiles maintenant puisque les femmes reçoivent des vitamines lors des consultations prénatales. Cependant, les maladies du post-partum continuent de faire l'objet de traitement à domicile. Nous pouvons maintenant voir ce que les symptômes et les règles, décrits par nos interlocutrices, révèlent à propos de deux phénomènes majeurs et qu'elles disent relativement fréquents: les pertes de sang et les diarrhées.

Les écoulements de sang sont un signe attendu après l'accouchement et font l'objet d'une pratique destinée à les faciliter:

« Après l'accouchement, je fais un bandage de sari très doux autour du ventre de la femme accouchée pour que le mauvais sang coule dehors. Avec ça, le ventre de la femme sera normal et sans aucun gonflement. » (Angelai)

202 En référence aux années avant la construction du PHC.

Dans ce système de représentation, une évacuation trop importante du sang jugé impur ne sera pas forcément interprétée comme un signe de complication hémorragique - due par exemple à une rupture utérine, ou à une rétention placentaire, mais comme une simple conséquence de l'état « froid » et « humide » du corps après l'accouchement²⁰³. Par contre certains autres signes sont interprétés d'emblée comme évocateurs d'une maladie:

« Si le sang de placenta ne sort pas complètement, la femme souffre de gonflement du ventre. Pour faire sortir le placenta, on fait pénétrer une mèche de cheveu dans la bouche de l'accouchée. Elle aura la nausée, vomira et le placenta sortira avec du sang. » (Angelai).

La suite des informations données par Angelai à ce sujet est aussi éclairante à propos du maintien de pratiques à domicile pendant le *post-partum*. Selon les observations de Whittaker (1999) menées en Thaïlande, la poursuite des pratiques de soins du post-partum à domicile représenterait une forme de contestation du pouvoir et des savoirs biomédicaux. A Karik, cependant, ces pratiques ne sont pas déterminées par une envie de « résistance » au système biomédical. Ces pratiques prennent place dans un contexte d'urgence à identifier et résoudre un problème médical, sous peine de le voir transformer en motif d'accusation par les représentants de l'ordre social. En effet, lors d'un accouchement réalisé à domicile, il est impératif, pour la matrone Angelai, que le déroulement du post-partum se fasse dans des conditions favorables. Une éventuelle hémorragie intra-utérine, suite à une évacuation incomplète du placenta par exemple, serait catastrophique. Aussi, l'objectif des visites de la matrone à l'accouchée est de s'assurer de l'absence de problèmes. Dans le cas contraire, l'apparition d'un signe pathologique, non traité par la matrone, signifierait pour l'accouchée une obligation, de se rendre à l'hôpital. Pour la matrone, cette référence d'une femme ayant une complication obstétricale à l'hôpital pourrait se traduire au mieux par une série de remontrances de la part du personnel médical. A l'extrême, les condamnations verbales pourraient se transformer en dénonciation auprès des autorités locales et à l'application de représailles. C'est ce que sous-entend Angelai quand elle explique:

203 Dans le sous- continent indien, les corps sont dits « froid » et « humide » lors de la période du *post-partum*. Ces deux états seraient responsables de la vulnérabilité accrue de l'accouchée au froid et à la fièvre. (van Hollen, 2003b 169-170).

« Il faut que tout [le placenta] sorte dehors, sinon je serai arrêtée par les agents de police. »

L'intervention des représentants de la justice dans les affaires sanitaires serait à vérifier. Cependant, il est certain que, dans des zones où les services de soins biomédicaux sont disponibles, les matrones font parfois l'objet d'une étroite surveillance par les agents de santé communautaires en fonction dans la région²⁰⁴. En dehors des raisons multiples expliquant le défaut d'évacuation des urgences obstétricales des zones rurales vers les services biomédicaux - manque de reconnaissance des cas d'accouchements pathologiques, de pouvoir décisionnel, de moyen de transport, de ressources nécessaires aux paiements des soins hospitaliers - nous voyons ici que l'absence de recours au système biomédical peut être motivée par d'autres raisons. Lors d'un accouchement difficile à domicile, les femmes et les matrones sont parfois confrontées à la difficulté voire l'impossibilité de recourir au système biomédical sous peine de railleries, d'humiliations, ou de possible réprimande pour activités illicites en ce qui concerne la matrone.

La poursuite des activités de soins à domicile lors de la période du post-partum pour des femmes qui ont accouché à l'hôpital suit la logique classique de la proximité et de la disponibilité des matrones et des faibles dépenses associées à leurs services. Selon mes interlocutrices, le choix du recours à la matrone, pour les soins du *post-partum*, s'expliquerait aussi par la crainte à exprimer devant le médecin, une douleur ou une plainte consécutive aux soins reçus à l'hôpital.

« Depuis ce jour [de l'accouchement au PHC], j'ai de la douleur en bas du ventre, mais je ne le dis pas au médecin » (Palanie)

Nous verrons, dans le chapitre consacré à l'accouchement à l'hôpital, la façon dont les femmes de Karik rapportent leurs expériences diverses, vécues lors de leur confrontation avec les structures, les techniques et les acteurs du système biomédical. Pour l'heure, l'élocution de Palanie laisse sous-entendre que le recours, désormais courant, aux services biomédicaux de prise en charge de l'accouchement, n'est ni parfait ni total. Cette incomplétude est probablement à l'origine de la persistance du recours aux soins des matrones, en particulier pour la période du *post-*

²⁰⁴ Voir à ce sujet la partie II.

partum, dont les structures biomédicales n'ont, en dehors de l'application d'une technique contraceptive immédiate, ni l'espace, le temps et les moyens de s'occuper.

Lorsque les soins immédiat du *post-partum* sont faits et après avoir nettoyé l'endroit où l'accouchement a eu lieu, Angelai rentre chez elle. Elle nous dit :

« Je prends un bain, je ne resterai pas sans me baigner.. Toutes mes belles filles le savent bien même les gens autour moi le savent. »

Selon Jeffery et al (1989 :106), la pollution de l'accouchement serait supérieure à celle de la menstruation, des rapports sexuels, de la défécation ou de la mort. Par conséquence, le fait de toucher les membranes amniotiques, le placenta et le cordon ombilical, de toucher le bébé et de nettoyer le sang de l'accouchement serait considéré une tâche particulièrement répugnante. Comme je l'ai mentionné antérieurement, à Karik, l'accouchement ne semble pas considéré comme tel. Néanmoins, la pratique de ces actes n'est pas anodine. Angelai affirme que la vue régulière du sang de l'accouchement est probablement à l'origine de ses troubles visuels²⁰⁵.

Voyons maintenant quels sont les autres problèmes rencontrés par les femmes, lors de la période du post-partum, et quels sont les moyens d'y remédier. L'une des maladies graves du post-partum rapportées par les femmes de Karik est celle du *kaziccal*, les pertes de selles. Des règles strictes d'alimentation lors du *post-partum*²⁰⁶ seraient appliquées en prévention des conséquences dramatiques de ce symptôme. Comme l'explique Angelai:

« Certaines femmes sont mortes à cause du *kaziccal* dans notre village. Donc on a fait une restriction de la nourriture. On ne donne pas de légumes et pas de fruits. Le ventre de la femme accouché est trop faible et ces aliments sont trop difficiles à digérer. On prépare seulement le *vaitttiya kuzampu* [la sauce médicale], pour l'accouchement c'est-à-dire le *koli selavu*²⁰⁷. »

²⁰⁵ En Afghanistan, des matrones des zones rurales expliquent que la pratique régulière des accouchements est à l'origine de la perte de leurs dents (Communication personnelle de Priscille Sauvegrain).

²⁰⁶ Dont la proscription des nourritures "chaudes" comme les mangues et les papayes.

²⁰⁷ Voir la note 141.

Mes interlocutrices ont fait part d'autres troubles du *post-partum* que je contenterai de mentionner: *kalunrivale*²⁰⁸ *nōy*²⁰⁹, la maladie de douleur aux pieds ou aux jambes. Selon Papathie, les remèdes principaux rapportés consistent à dormir les jambes surélevées, boire le sang du pigeon, à en manger la viande et à prendre du *ventayam*²¹⁰, le traitement de base des troubles gastriques à Karik. Dans ce cas, le *ventayam* est à préparer selon les règles que nous explique Papathie:

« On fait un trou dans le tronc d'un bananier, on y dépose le *ventayam* et on referme. Le lendemain matin, on reprend le *ventayam* qui s'est gonflé d'eau et on le mange. La femme guérira aussitôt. C'est ce que j'ai fait pour moi, le *kalunrivale* est parti. »

On note une fois encore dans ce discours, que la particularité d'une pratique utilisée à un instant donné, est, de première intention, avancée comme faisant autorité.

La variabilité individuelle des règles alimentaires pendant la grossesse et lors du post-partum est documentée par Jeffery et al (1989). Lors de ces travaux menés en Malaisie, Carol Laderman (1987) s'est aussi intéressée à ce sujet. Ces observations me semblent pertinentes dans le cadre de mon propos. Selon cette auteur, l'ambiguïté et la variabilité des interprétations du système malais au sujet des restrictions alimentaires permettent de construire un modèle explicatif des conduites. Ce modèle n'est pas construit à partir d'une règle qui dicterait une pratique. Il propose une vision cohérente des pratiques observées à un niveau individuel, c'est-à-dire où une pratique donnée serait utilisée dans un cas donné, par un individu donné et cela de manière systématique. Ici, l'ethnographie de la période du post-partum permet de documenter l'absence de généralisation des règles et des pratiques et leur adaptation particulière à chaque cas. Nous nous accordons, avec ces auteurs, pour reconnaître que les règles alimentaires observées s'organisent à partir de conduites édictées par le groupe social, se modifient en fonction des expériences individuelles et de la possibilité financière de suivre ou non le modèle prescrit. Néanmoins, la proposition de Laderman d'ériger les conduites alimentaires en modèle explicatif des problèmes individuels semble plus hasardeuse. Elle

²⁰⁸ Contraction de kal ūngu vali soit kal : jambe, ūngu : pied, vali : douleur.

²⁰⁹ *Nōy*: maladie est la contraction du terme : *nōyppatuttu*

²¹⁰ Fenugrec : *trigonella foenum-graecum*

suppose en effet, pour un individu donné, une relation « figée » entre le corps, au sens holistique du terme, et l'aliment dont on sait que ni l'un, ni l'autre, ne peuvent être réduits à une simple et unique représentation.

DEPOLLUTION ET PROTECTION

En Inde, la pollution peut être permanente (l'appartenance à une basse caste) ou temporaire (lors des événements de la mort ou de la naissance). Elle peut être de bon augure, comme celle dérivant de la naissance ou de mauvais augure, comme l'est la pollution mortuaire (Deliège, 2004b). Certes, les règles de pureté fournissent un langage dans lequel les différences sociales et les inégalités peuvent se manifester (*Ibid*: 147). Cependant, les gens n'ont souvent pas le luxe d'observer scrupuleusement les tabous liés à la pollution (*Ibid*: 143). De plus, au moment de certains événements comme la naissance, le traitement de la pollution n'est pas toujours au centre des pratiques. Par exemple, à Karik, dans les heures qui suivent l'accouchement, le bébé reçoit la préparation, connue de tous, et composée d'un mélange varié, de graines de cumin noir, de feuilles de palmier à sucre ou parfois d'eau sucrée. Selon les propos de Palanie :

« Juste après l'accouchement, les hommes ou les femmes de la famille des parents et les grands parents appellent une personne qu'ils estiment beaucoup et lui demandent d'appliquer le *cevenai* trois fois sur la langue du bébé. On dit que, dans ce cas, le bébé aura le caractère et le comportement de cette personne. Ainsi quand un enfant est capricieux ou pleurnicheur, les gens vont lui demander : "Qui t'a donné le *cevenai* ? " »

Durant les premiers jours qui suivent la naissance, la femme accouchée est installée soit dans un coin de la maison, soit dehors. Elle n'est pas censée participer aux travaux des champs et aux tâches domestiques. Elle ne doit ni se rendre au temple, ni toucher les personnes qui l'entourent. Elle est dite dans un état de pollution. Cependant, les femmes se chargent, comme à l'habitude, de la préparation des repas, alors qu'elles ne sont pas censées cuisiner durant toute la période précédant le rituel de purification. Des bains lui seront donnés le troisième jour et le cinquième jour après l'accouchement. Le jour où le cordon se détache de l'ombilic du nouveau-né, celui-ci est gardé avec précaution. La date de la cérémonie de purification est

décidée : le septième jour, si le cordon tombe le troisième ou le cinquième jour, le neuvième ou le onzième s'il tombe après²¹¹. Cette cérémonie comporte deux temps forts, l'un, consacré au premier bain de l'enfant et de sa mère et l'autre à l'enterrement du cordon .

Le *tīdḍukkarittal* est le nom du bain que la matrone est chargée de donner à la mère et à son enfant et au cour duquel les cheveux seront lavés²¹². La fonction symbolique de ce rituel est d'enlever la pollution de l'accouchement. Pour les femmes de Karik, ce rituel marque la fin de la période de repos maternel et le retour au labeur quotidien des champs. Pour cette raison, il est célébré au moment où les saignements utérins commencent à se tarir et où la femme accouchée peut retourner travailler sans danger. Effectué par les vieilles femmes du village, ou par Angelai, ce premier « grand » bain consiste à l'application d'huile de sésame ou de noix de coco sur le corps et sur la tête de l'accouchée et du bébé. A présent, l'huile est peu à peu remplacée par du savon pour bébé et selon Angelai, ce bain n'est plus ce qu'il était :

« Maintenant on ne donne qu'une demi-douche²¹³. »

Devant la maison, à l'endroit où ce bain a été donné au bébé²¹⁴, sont disposés, sur une feuille de banane, du riz bouilli, du curry de légumes, de la poudre de *koli selam*²¹⁵, une roupie ou cinquante paisas selon les moyens du foyer ainsi que le cordon. Tout est brûlé puis recouvert de terre. Des bâtons d'encens sont allumés. A la fin, des petits cubes de camphre sont disposés dans une assiette en métal et brûlés. Ce geste marque la fin du rituel. En phase ultime, de l'urine de vache est répandue sur le sol de la maison et dans la cour²¹⁶, les lieux sont ainsi purifiés²¹⁷. Cette attention signifie la poursuite, après la séparation de la naissance, du lien

211 Ce sont des jours impairs parce qu'ils sont jugés de bon augure.

212 Voir la description de ce rite par van Hollen (2003 :194-200)

213 Je reviendrai sur cet aspect dans la partie III.

214 Exactement en direction de l'Est depuis le perron de la maison : Sur les règles d'utilisation de l'espace dans les maisons en pays tamoul voir Valentine (1984).

215 Voir la note 141.

216 En Inde, la vénération de la vache est liée au fait que l'homme dépend entièrement d'elle, comme un enfant dépend de sa mère. La sainteté du corps de la vache, les bénéfices de ses excréments, et les interdits autour de la consommation de sa viande sont l'objet d'écrits considérables. La vache est aussi un symbole de la nation indienne fortement politisé. Voir le ch III. dans Assayag (2001).

217 Au sujet de la cérémonie du cordon en pays tamoul les travaux de van Hollen (2003a : 194-200), Kapadia (1995) et Stork (1992).

cordon-enfant établi pendant la vie intra-utérine. Angelai explique ainsi la raison de ce rituel :

« C'est le cordon qui a nourri le bébé pendant tous les mois de la grossesse. On l'a coupé après l'accouchement et toute l'attention est donnée pour nourrir le bébé. Il faut aussi prendre soin du cordon. Grâce à lui, le bébé a bien grandi dans le ventre de sa mère. Comme on nourrit le bébé, le cordon doit aussi recevoir de la nourriture et un culte. Si on jette le cordon comme ça, sans faire aucun rituel, c'est comme si on n'aimait pas l'enfant. »

La similarité de devenir entre l'enfant et le cordon est ici exprimée. En outre, le nouveau-né est considéré comme un être vulnérable et parfois sujet de convoitise : des pratiques variées sont alors chargées de le protéger. L'une de celles effectuées de manière systématique à Karik est l'application, avec de la suie, de gros points noirs sur le visage²¹⁸. L'objectif de cette pratique de détournement est de rendre laids les bébés afin de conjurer le mauvais œil.

* *

*

Le Tamil Nadu est l'un des Etats indiens où le nombre d'accouchements réalisés à l'hôpital est le plus élevé. Ainsi, l'accouchement à domicile est une pratique qui tend à disparaître en particulier en zone urbaine et dans les villages pas trop éloignés des voies carrossables où à proximité d'une maternité²¹⁹. A Karik, les jeunes femmes accouchent soit à la maternité du centre de soins de santé primaire le plus proche, soit à celle de l'hôpital général de Pondichéry. Il est probable que l'ensemble des pratiques d'Angelai seront oubliées dans la mesure où celle-ci n'aura pas trouvé de candidate à la transmission de son savoir. Voyons ce qu'elle nous dit au sujet de ce changement:

« Avant je faisais beaucoup d'accouchements. Les femmes n'allaient pas à l'hôpital, c'était trop loin. Et puis avant il y avait cinq ou six enfants par famille, maintenant on stoppe après le premier. Parfois des anciens veulent me confier leurs filles, mais celles-ci ne veulent pas. Ou si certaines jeunes femmes viennent me voir, les gens de leurs familles leur interdisent en disant : "Maintenant ils soignent bien à l'hôpital. Alors pourquoi vas-tu chez l'accoucheuse ?" Et puis je ne connais que les remèdes locaux. Si l'accouchement est difficile, là-bas ils peuvent faire d'autres choses. »

²¹⁸ J'ai observé une pratique similaire au Ladakh, province du Jammu Cachemire.

²¹⁹ Je traiterai plus en détail cette question dans la partie III.

Le choix des familles de recourir aux services biomédicaux pour les accouchements relèverait selon Angelai de plusieurs facteurs de changement c'est-à-dire de la disponibilité des services biomédicaux, de leur utilisation par les usagers et de la reconnaissance de leur efficacité. Selon Angelai, le choix de ce recours n'est pas unanime et certaines personnes émettent le vœu de solliciter ses services. Le clivage entre l'accouchement à domicile et à l'hôpital ne semble pas l'objet d'une confrontation de génération opposant grossièrement les jeunes et les anciens ou le « moderne » au « traditionnel ».

L'étude de l'accouchement en milieu populaire permet d'aborder le contexte « socioculturel » de cet événement. L'exemple des soins de l'accouchement par la matrone Angelai nous ont permis de décrire de nombreux aspects de la société étudiée. Il s'agit principalement des règles de parenté et de mariage, de la place de la religion, des fonctions symboliques du genre féminin, de la hiérarchisation du pur et de l'impur ainsi que des représentations causales de l'accouchement pathologique et des maladies du post-partum. Les autres études que j'ai menées au sujet des systèmes de naissance en institutions biomédicales ne permettent pas cette approche. Par principe, une maternité publique ou privée draine une clientèle de milieux sociaux et économiques hétérogènes. De plus, les modalités de rencontre avec des femmes au seul moment où elles se retrouvent « patientes » font qu'il est rarement possible de les accompagner hors de l'hôpital dans leur vie privée. J'ai expliqué dans le chapitre consacré à la méthodologie, pourquoi « le village » et plus particulièrement le hameau des intouchables de Karik est le seul terrain d'immersion longue que j'ai pu effectuer. S'il est entendu que les croyances et les pratiques en milieu villageois ne sont pas homogènes, et que les personnes y résidant ne forment pas un « amalgame communautaire à pensée unique »²²⁰, c'est seulement sur ce terrain que l'ensemble des pratiques et représentations autour de la reproduction a pu être abordé.

220 Ce que j'ai tenté de démontrer en illustrant mes propos par les discours parfois contradictoires de mes interlocutrices au sujet des *pucci*, ou des restrictions alimentaires pendant la grossesse, ou des conséquences d'une circulaire du cordon.

En évoquant la reproduction sous l'aspect des transformations de ses acteurs et pratiques, ce chapitre a dressé les contours de l'approche « changement social » de la naissance dont la partie suivante consacrée aux matrones sera une illustration. Nous n'avons pas abordé sous l'angle politique la vie des intouchables en Inde du Sud. Certes, la rigueur du quotidien des femmes que j'ai côtoyées à Karik venait me rappeler, une fois encore, mais plus intimement, la multitude de mes petits et grands privilèges; et cette perception de fait que renforcer mon désir de m'inscrire dans une perspective engagée de la recherche anthropologique. De nombreuses études ont été consacrées au sujet des intouchables (Béteille, 1996; Delière, 1997; 2004a; Gupta, 1991; Nigam, 2003; Poitevin, 2001) et il n'est pas nécessaire d'y revenir. Cependant, les chapitres suivants tenteront de montrer, entre autres, que l'étude de l'accouchement rend compte de l'ampleur des inégalités entre les êtres humains, dont la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (ONU, 1948) proposait qu'ils naissent tous égaux²²¹.

221 Article premier: Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. (ONU, 1948)

PARTIE II
LES MATRONES

TRANSFORMATIONS CONTEMPORAINES DES PRATIQUES DES MATRONES AU TAMIL NADU

L'échec des formations des matrones dans les pays du Sud est un sujet de publications et de débats²²². Afin de fournir une réponse chiffrée venant mettre fin aux incertitudes et aux désaccords, certains experts de santé publique ont proposé de « modéliser » et de quantifier les impacts des formations (Smith et al, 2000). Ces derniers ont en effet établi des « modèles de régression logistique » pour déterminer les effets des formations des matrones sur les « produits » (nouveaux-nés morts ou vivants) des accouchements qu'elles assistent. Leur étude conclut que le bénéfice des formations est faible. Les auteurs conseillent aux bailleurs de fonds de diriger leurs investissements financiers vers d'autres programmes de santé. J'explorerai dans le dernier chapitre de cette partie, les raisons pour lesquelles cette absence de bénéfice des formations des matrones pour la santé des mères et des enfants est généralement observée. En adoptant un point de vue émique, je propose en premier lieu de décrire l'impact de ces formations, ou de leur absence, sur les pratiques des matrones en Inde du Sud.

Les biographies de deux matrones, Satchadie et Palavankodie, rencontrées au Tamil Nadu, me permettront de décrire les transformations contemporaines des pratiques des matrones dans le contexte de la biomédicalisation de l'accouchement. En effet, en raison des pressions exercées par les représentants locaux du système biomédical et afin de répondre à la demande des patientes pour des soins « modernes » de l'accouchement, les matrones ont transformées leurs pratiques. Ce sont des pratiques variées et syncrétiques, agencées pour tenter de satisfaire les exigences des patientes, de leurs familles et des acteurs biomédicaux chargés de contrôler leurs activités. Certaines matrones, comme Satchadie, revendiquent la spécificité de leurs pratiques recomposées. D'autres matrones, comme Palavankodie, voient leur statut de praticienne et leurs soins dévalorisés. Pour certaines, la réadaptation de leurs pratiques aux nouvelles demandes de soins sont rendues difficiles par leur pouvoir social limité et leur manque d'opportunité.

²²² Je traite cette question dans le chapitre 3 de cette partie.

LES SAVOIRS, LES POUVOIRS ET LES SOINS RECOMPOSÉS DE SATCHADIE

Satchadie est veuve depuis une dizaine d'année et vit avec sa fille - infirmière- et son gendre - linguiste -au deuxième étage d'une grande maison familiale transformée en copropriété. Enfant, Satchadie vivait à la campagne dans un village proche de Pondichéry. Suite au décès de sa mère, elle a été envoyée chez sa tante paternelle. Elle se souvient avec plaisir du temps où elle allait à l'école et où elle aimait jouer dans des pièces de théâtre. Pourtant lors du remariage de son père, elle a réintégré le domicile paternel afin d'aider la nouvelle épouse de celui-ci aux travaux du foyer. Ce changement de résidence a profondément marqué son existence et a eu pour conséquence l'arrêt total de ses études. Quelques années plus tard, devant l'ampleur des conflits intra-familiaux elle a quitté à nouveau le domicile parental pour s'installer définitivement chez sa tante dont elle a reçu son savoir et dont elle a épousé le fils aîné.

Satchadie est issue d'une basse caste, celle des Ambattan, les barbiers. Ces personnes ont aussi pour fonction la pratique de la médecine locale, de la chirurgie, du lavement des corps au moment des mariages et des funérailles et la pratique de la musique. Les épouses des barbiers occupent souvent, mais de manière non systématique, la fonction de matrone. Les matrones n'appartiennent pas forcément à la caste des Ambattan. Par exemple au Tamil Nadu, les matrones que j'ai rencontrées appartenaient à d'autres castes intouchables Paraiyars, Arundhathiyar et Vannan paria²²³. Selon ses propos, Satchadie est une matrone respectée et reconnue. Contrairement à Latchoulie, sa belle-soeur dont les gens disaient: « Oh Latchoumie, on ne la veut pas, Latchoumie, oh elle demande carrément son salaire » Satchadie dit n'avoir jamais évoqué la question de sa rétribution lors de ses déplacements pour les accouchements. Selon elle, son principe de discrétion serait l'une des raisons expliquant les nombreux témoignages de respect dont elle est l'objet. En dehors de

223 Paraiyars : Traditionnellement paysans et joueurs de tambours ; Arundhathiyars : Appellation contemporaine de la caste intouchable des travailleurs du cuir de langue telugu nommés également Sakkili. ; " Vannan : Washerman". Responsables des cérémonies de la naissance, de la puberté, du mariage et des funérailles. Ces éléments schématiques sont donnés à titre indicatif. Pour une lecture contemporaine du système des castes voir Deliege (2004b)

cette attitude, le statut de Satchadie est déterminé par ses origines familiales et sur la reconnaissance sociale dont bénéficiaient sa tante et une parente éloignée, les deux matrones qui lui ont successivement transmis leurs savoirs.

UNE TRANSMISSION FAMILIALE DES SAVOIRS

Satchadie évoque ainsi le début de son activité en tant que matrone:

« Ma tante connaissait tous les traitements, pour l'asthme, pour la tuberculose. Elle donnait les médicaments pour tout et elle était matrone. Un jour où elle était malade elle m'a dit : "Les gens de cette maison m'ont appelé, vas-y toi pour donner le bain du bébé." C'était la première fois que j'ai commencé ce travail. Mais je ne savais pas. Je lui ai demandé ce qu'il fallait faire et elle m'a tout expliqué. J'y suis allée, j'ai donné le bain et puis je suis rentrée chez moi. Quand ma belle-mère est morte une femme de sa famille m'a demandé de continuer son travail. Elle m'a emmenée avec elle pour un accouchement. Elle m'a fait asseoir à côté d'elle et m'a dit de bien observer. Elle m'a expliqué ce qu'il faut faire, comment couper le cordon, comment laver le bébé, quels soins donner à la maman. Quand elle est morte, j'ai décidé de continuer son travail. Et le traitement de l'accouchement, je l'ai appris par l'expérience de la main. »

Les pratiques de Satchadie sont variées et ne se limitent pas au soin de l'accouchement. Satchadie traite les problèmes d'infertilité, les maux de la grossesse, les accouchements compliqués, et les diverses maladies du post-partum comme les saignements abondants et les infections génitales. De plus, elle a l'habitude d'être sollicitée pour les traitements d'autres maladies des adultes et des enfants. Dans ce cas, elle connaît parfaitement les règles d'utilisation des *naṭṭu maruntu*, les remèdes locaux. Elle dit :

« Ce *naṭṭu maruntu* est un art que l'on pratique chez nous de génération en génération. Mon père, la grande sœur de mon père [tante et belle mère de Satchadie] et mon mari connaissaient ces remèdes. C'est eux qui m'ont appris. »

En dehors de ses activités médicales, Satchadie a un domaine de compétence très large. Elle sait utiliser les *manrāṭṭam*, les formules rituelles utilisées pour écarter démons et esprits. Elle applique aussi le *tirunīru* (mélange de cendre et de chaux réduites en poudre) sur le front pour enlever le *tōṣam* (la malédiction).

Les traitements de Satchadie sont orientés par son double registre de connaissances médicales. Elle peut composer un soin en mobilisant les savoirs transmis par sa famille et ceux appartenant au registre des pratiques biomédicales qu'elle a appris dans le cadre de sa formation à l'hôpital.

UN SAVOIR « BIOMEDICAL »

La formation dont Satchadie a bénéficiée dans les années 1980 comprenait deux volets essentiels²²⁴. Le premier était théorique et proposait des enseignements concernant la grossesse, l'accouchement, la prise en charge de l'enfant, les soins du post-partum, le planning familial et la vaccination. Le second volet était consacré à des enseignements pratiques en salle d'accouchement dont je décrirai ultérieurement deux aspects. Ce deuxième volet n'apparaît pas dans les formations des matrones organisées selon les guides des organismes internationaux²²⁵. La formation en milieu biomédical fut propice à la rencontre de Satchadie avec le personnel de l'hôpital. Selon elle, c'est la raison pour laquelle le personnel de la salle d'accouchement avait coutume de bien l'accueillir lorsqu'elle accompagnait une patiente en travail. Les infirmières et les médecins lui laissaient volontiers faire un accouchement. D'autres matrones formées dans un cadre biomédical m'ont raconté qu'elles étaient bien reçues par le personnel de l'hôpital que les formations leur avaient permis de rencontrer. Selon les propos des matrones et de certaines familles, la connaissance, par les matrones, de la structure et de certaines personnes y travaillant, sont un facteur essentiel à une prise en charge rapide et soignée des patientes référées par les matrones.

Bien que Satchadie minimise ce facteur, le fait d'avoir « ses entrées » à l'hôpital fut aussi probablement propice à élever son statut social. Selon elle, le véritable changement qu'aurait pu produire la formation dans son existence aurait été de

224 Il n'a pas été possible d'en retrouver le curriculum.

225 Voir par exemple le rapport de l'OMS (WHO, 1994) Il est possible cependant que cet ajout ait été soit une initiative locale des responsables de cette formation, soit le résultat d'une décision prise au niveau national pour adapter au contexte indien les recommandations internationales de l'époque en matière de formation des matrones.

travailler en salle d'accouchement de l'hôpital. Cette opportunité, manquée, aurait changé radicalement son statut familial. Elle nous dit:

« J'ai eu une offre d'emploi à l'hôpital. Mais mon mari a refusé en disant: " Si tu y vas, qui va s'occuper des enfants ? " Si j'avais accepté cette proposition, j'aurais une pension. Avec la pension, j'aurais été tranquille. Aujourd'hui, je dois dépendre de mes enfants ! »

Le pouvoir de guérir de Satchadie n'est pas uniquement fondé sur une utilisation pertinente de l'éventail de ses savoirs, il dépend aussi de sa réputation. Si elle perçoit ce pouvoir comme valorisé et valorisant, son entourage familial en a une représentation différente. Le paragraphe suivant va me permettre d'explorer l'ambiguïté du prestige social de Satchadie.

POUVOIR DE GUERIR ET PRESTIGE SOCIAL

Selon Satchadie, la formation reçue dans le système biomédical n'est pas un fait déterminant de son statut social et de son autonomie. Elle juge sa bonne réputation de guérisseuse à la mesure de son pouvoir du *kai rasi*²²⁶ ou « main chanceuse », le don de soigner par apposition des mains²²⁷. Le don du *kai rasi*, la diversité de ses pratiques de soin et sa connaissance du personnel hospitalier donnent la mesure du statut social de Satchadie. Elle dit :

« De cette plage à l'autre côté de la ville, tout le monde me vénère : « Voilà la maman du premier bain ! », « Voilà la maman de Bagiyame [sa fille] », « Voilà la maman de Gandhi [son fils aîné] » Donc, jamais je ne manque du respect. Parfois on m'appelle uniquement pour que je pose mes mains. Et puis si je dis quelque chose à quelqu'un, cela se passe comme j'ai dit. J'ai ce pouvoir. »

Mais selon les propos de Satchadie, sa position sociale serait définie par le paradoxe d'une grande légitimité à l'extérieur de la maison et d'une totale dépréciation à l'intérieur de la cellule familiale. En plus de sa fille qui vit sous son toit, Satchadie a trois fils avec lesquels elle est en conflit. Ses deux fils aînés sont mariés et ont des postes dans l'administration. Son troisième fils est célibataire et vit à Pune où il

226 Littéralement: *kai*: main, *rasi*: chance

227 J'ai traité la question du *kai rasi* dans la partie I chapitre 1.

travaille dans une compagnie de traitement informatique de données. Le statut professionnel des enfants de Satchadie témoigne d'une ascension sociale récente et conséquente. Alors que Satchadie est régulièrement sollicitée pour ses services de soins à domicile, ses enfants lui interdisent de poursuivre son activité sous prétexte de son âge avancé et de sa santé désormais fragile. Elle dit:

« Mes enfants ripostent quand je leur dis quelque chose. Pour ma famille, je suis une poubelle. Alors que pour les gens de dehors, je suis une *kulateyvam*. [une déesse de famille] ! ».

La mobilité sociale des fils de Satchadie hors des occupations traditionnellement allouées à leur caste d'origine leur a permis de se construire un statut enviable. La dépréciation du métier de Satchadie au sein du groupe familial s'explique aussi en raison de la poursuite de ses activités en tant que matrone de basse caste. Selon ses enfants, cette fonction paraît desservir le nouveau statut familial que le travail d'une génération a permis de constituer. Cette ambivalence repose aussi sur une vision personnelle de Satchadie orientée par sa confrontation avec un problème intra-familial. En effet, au cours des entretiens, Satchadie a souvent évoqué sa tristesse à ne pas parvenir à contribuer au bonheur de son fils cadet qui décline toute discussion au sujet de l'éventualité de son mariage qu'elle souhaiterait arranger. Dans le contexte indien, ce refus doit se lire comme l'affirmation d'un choix individuel qui n'est pas sans conséquence sur le statut et le pouvoir social de l'ensemble de la famille de Satchadie.

La formation dont Satchadie a bénéficiée en milieu biomédical semble avoir une conséquence mesurée sur la construction de son statut social. Certes sa formation lui a permis de rencontrer certains soignants de l'hôpital, ce qui lui est très utile lors qu'elle accompagne des patientes en salle d'accouchement. Néanmoins, selon Satchadie, cette situation est peu fréquente. Contrairement à ce que constatait Stephens (1992) en Andhra Pradesh lors d'une étude menée auprès de matrones urbaines formées dans le cadre biomédical, le statut de Satchadie demeure inchangé par la formation suivie à l'hôpital de Pondichéry. Selon elle, son statut n'est pas amélioré de façon notoire (ce qui pourrait être le cas du fait d'une utilisation de nouveaux équipements). Il n'est pas non plus dévalué (ce qui pourrait être le cas du

fait d'une absence de rémunération lors de ses actes à domicile que les utilisateurs considèreraient désormais comme payés par le gouvernement). Du point de vue de cette matrone, la reconnaissance sociale dont elle bénéficie repose sur un savoir-faire et un don largement reconnus.

L'arène²²⁸ dans laquelle se jouent les pratiques thérapeutiques de Satchadie étant présentée, je vais décrire maintenant deux exemples liés aux soins de l'accouchement. Nous verrons que ces pratiques obstétricales sont aussi bien modulées par les demandes personnelles des patientes que par l'expérience directe de Satchadie avec le milieu biomédical. Nous pourrions constater la façon dont elle distingue, parmi les pratiques apprises, celles qu'elle applique dans son exercice quotidien et celles qu'elle refuse de suivre.

LES POUVOIRS DE L'ENEMA

Selon Tal Schaller (2004)²²⁹ l'énéma²³⁰, autrement nommé nettoyage intestinal ou lavement est une pratique très ancienne. Des papyrus montrent que le lavement rectal était utilisé par les Sumériens, les Egyptiens, les Chinois et la médecine ayur-védique de l'Inde. Les médecines traditionnelles anciennes des pays du Moyen-Orient, de la Grèce, de la Polynésie, de l'Amérique du Nord et du Sud, etc.... préconisaient le nettoyage de l'intestin avec un peu d'eau pour assurer un bon fonctionnement à l'organisme et éviter les maladies chroniques ou aiguës (*Ibid*:36). Aujourd'hui, le lavement est intégré aux pratiques que la « technologisation »²³¹ de

²²⁸ J'utilise ici le terme « arène » en référence aux travaux de De Sardan (1995) qui qualifie ainsi l'ensemble des facteurs institutionnels et contextuels dans lequel s'inscrit une action d'innovation, comme un projet sanitaire par exemple.

²²⁹ Cet ouvrage est consacré entièrement à l'usage de l'énéma et rend compte d'un historique complet. C'est la raison pour laquelle je fais le choix de retenir cette référence, même si son auteur s'inscrit dans un courant de "médecine douce", dont je n'interroge pas ici l'idéologie. A propos d'une étude historique de l'usage de l'enema par les praticiens arabes voir l'ouvrage de Sournia (1986). Au sujet de l'utilisation de l'énéma en obstétrique voir les études de Dayton et Rees (1984) et Romney et Gordon (1981) et le rapport de WHO (1997).

²³⁰ Du latin Enema \En"e*ma\, pluriel enemata : envoyer dans. Terme identique en anglais et en tamoul. C'est aussi en Inde l'appellation pharmaceutique du produit.

²³¹ Je choisis ce terme pour désigner l'augmentation du recours à la technologie dans le processus de médicalisation de l'accouchement.

l'accouchement a développées, dont certaines visent à l'amélioration du confort des patientes et des praticiens²³². Tel est le cas de l'usage des produits analgésiques destinés à réduire la douleur de l'accouchement et des lavements rectaux donnés aux parturientes avant l'accouchement. Dans le système biomédical, le lavement est prescrit dès le début du travail d'accouchement. Il a pour fonction une évacuation complète de l'ampoule rectale, afin qu'au moment ultime de l'accouchement les efforts expulsifs maternels ne soient pas accompagnés d'émission de selles, phénomène physiologique dont l'accoucheur a tout intérêt à limiter le désagrément. Dans le contexte du « technobirth » la prescription de l'énéma s'intègre dans l'ensemble des pratiques de nettoyage et de purification de la zone génitale, totale désinfection de la région périnéale et recouvrement par des « champs stériles²³³ » de la face interne des cuisses et du ventre de la parturiente, venant délimiter la zone d'exercice de l'accoucheur.

La pratique de l'énéma est au centre de polémiques individuelles et collectives : D'un côté, les défenseurs de l'accouchement naturel ont montré son absence de bénéfice médical pour la femme qui accouche. De l'autre, certaines femmes soucieuses de préserver leur pudeur au moment de l'expulsion préfèrent d'emblée en obtenir la prescription. Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé relègue depuis vingt ans l'énéma au banc des pratiques inutiles au même titre que la pratique du rasage pubien (WHO 1985) tandis que par exemple les dernières circulaires ministérielles françaises à propos des nouvelles règles d'hygiène hospitalière encouragent son utilisation²³⁴.

Selon mes observations, il n'y a pas de prescription systématique de l'énéma dans les maternités gouvernementales et privées du Tamil Nadu. Le périnée ne semble pas non plus faire l'objet d'un soin particulier avant l'accouchement. Par contre, selon

232 Il est très intéressant de noter la popularité de l'énéma, élevé chez certains auteurs, au rang de matériel indispensable à l'accouchement « standart » : « She [la matrone] has no instrument, nor does she save the woman pubic hair, perform an enema (...) » (Jeffery et Jeffery, 1993 : 20).

233 Terme biomédical désignant les pièces de tissus ou de papier stérilisées généralement bleues ou vertes utilisées en chirurgie. Elles permettent de limiter le champ d'exercice du praticien et d'éviter le portage des germes de la zone périphérique vers la zone d'intervention.

234 Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (arrêté du 03 août 1992) et cellule nationale des infections nosocomiales (circulaire n°17 du 19 avril 1995) qui élaborent les guides de recommandations pour le plan gouvernemental de lutte contre les infections nosocomiales.

Satchadie, il fut une époque où, à la maternité de l'hôpital général de Pondichéry, chaque femme recevait le lavement avant l'accouchement. Il est possible que cette pratique ait été supprimée devant l'augmentation démesurée du nombre d'accouchements ces dernières années, sans aménagement de sanitaires et de chambres supplémentaires²³⁵. Comme d'autres matrones, Satchadie utilise l'énéma, ce qui semble aller de pair avec le gain d'une légitimité supplémentaire propre et reconnue. « Je/elle sais(t) utiliser l'énéma. » Cependant, il n'est fait nulle mention de confort ou d'hygiène dans le cadre de son utilisation à domicile. Elle dit à ce propos :

« Parfois je donne l'énéma à la mère avant l'accouchement, si le bébé ne fait pas de mouvement. Si le tube urinaire et l'appareil excrétoire sont bloqués, le bébé ne fera pas de mouvement, donc je donne l'énéma, et toutes les mauvaises choses qui se trouvent au ventre sortiront²³⁶ après la mère aura la douleur et elle accouchera. Je donne l'énéma avant que le sac d'eau soit cassé²³⁷, jamais après. Si le sac d'eau est cassé, le bébé a tourné et a commencé de sortir. Si on le donne à ce moment, l'eau rentrera dans la narine du bébé, et il peut mourir. »

La pratique de l'énéma selon Satchadie, s'apparente donc à un traitement permettant de « débloquer » un phénomène dystocique²³⁸. Selon elle, l'utilisation de l'énéma sans précaution peut conduire au drame. Elle nous dit :

« Le bébé de fils de ma sœur est mort de cette façon à l'hôpital de Cluny. Le sac était ouvert mais on [l'infirmière] a donné l'enema. Ce liquide est entré le ventre du bébé par la bouche. Le bébé n'a pas survécu. ».

Ainsi l'énéma, pratique « anodine²³⁹ » de confort dans le milieu biomédical, s'entoure de pouvoirs lorsqu'il pénètre le lieu secret du domicile et la mallette en acier²⁴⁰ de Satchadie. Le recours à l'énéma devient alors une pratique balisée - avec des modalités strictes d'utilisation - et légitimée. La connaissance de cette pratique

235 Aujourd'hui, selon la surveillante du département obstétrique, 99 bébés naissent chaque jour dans cette maternité. Les locaux sont surpeuplés et le taux d'occupation des lits dépasse les 300 %.

236 Les selles

237 Le sac d'eau désigne les membranes amniotiques.

238 Le système de représentations nosologiques de Satchadie qui établit un lien entre mouvement de l'enfant et blocage des canaux urinaires et rectaux, et entre lavage rectal et inhalation du fœtus reste à explorer.

239 Elle est anodine selon la vision biomédicale puisque limitée à une pratique de confort et par conséquent non basée sur indication médicale. Cependant elle n'est pas complètement anodine puisqu'elle s'intègre dans l'ensemble des rites de nettoyage du *pre-partum*. C'est la raison de l'utilisation des guillemets.

240 En référence aux nombreux programmes de formation des matrones réalisées dans le monde entier dont l'un des rites essentiels, est la remise, à l'obtention du diplôme d'une petite mallette comprenant un nécessaire obstétrical de base selon les prescriptions biomédicales (gants, coton, ficelle de ligature du cordon, tablier en plastique...) dont l'utilisation est difficile à pérenniser.

s'impose comme un savoir de référence. Si elle permet à Satchadie d'asseoir sa position de savoir et d'autorité, elle n'est sans doute pas suffisante en dehors d'une reconnaissance sociale préalablement établie. En effet, dans milieu traditionnel à faible recours à la technologie, l'utilisation d'une technologie supplémentaire par le soignant n'est pas nécessairement corrélée à une augmentation de son statut social (Sargent, Bascope, 1996). Dans ce cadre, le statut est bien plus complexe puisqu'il ne dépend pas uniquement du statut professionnel du praticien mais aussi de son histoire personnelle et familiale, de l'étendue de son réseau social et plus généralement de sa réputation.

UNE PRATIQUE RECALCITRANTE

L'épisiotomie, incision médio-latérale ou médiane du périnée réalisée en dernière phase des efforts expulsifs de l'accouchement, au moment de la distension maximale du périnée, est toujours l'objet de nombreuses controverses dans le milieu biomédical. Par exemple, en France, jusqu'à une période assez récente, elle était systématique pour tout accouchement d'une primipare, en raison de sa soit-disant capacité à réduire les cas de prolapsus génitaux²⁴¹ et les incontinences urinaires. Depuis de nombreuses études scientifiques ont documenté l'absence de bénéfice de cette pratique pour les femmes²⁴². Ces conclusions ont conduit certaines équipes soignantes à abandonner la pratique systématique de l'épisiotomie pour ne la réserver qu'aux indications médicales²⁴³. L'épisiotomie demeure un symbole fort des rapports de lutte entre médecins obstétriciens et sages-femmes avec, de manière caricaturée, une pratique plus ou moins assidue chez les premiers, et une maîtrise

241 En langage populaire : « descente de l'utérus » ou « descente d'organe » : Prolapsus. Pro = en avant; labi = tomber. Le prolapsus génital est la migration de l'utérus, du vagin vers le bas et l'apparition de ces organes à travers l'orifice du vagin.

242 Ces études ont montré que des fibres musculaires déchirées ont un taux de reconstitution supérieur à celles sectionnées par un instrument (Larsson *et al*, 1991). Elles ont aussi souligné que la pratique de l'épisiotomie n'avait qu'un effet limité sur la prévention du prolapsus, par rapport à la réalisation de séances de rééducation périnéale en *post-partum* (Goer, 1995) Voir les nombreux articles médicaux référencés et résumés dans le chapitre 14. Episiotomy. D'autres travaux ont mis en évidence que le petit nombre de cas de prolapsus évité par sa pratique était peu enclin à contrebalancer le nombre de ses effets secondaires indésirables et parfois durables. La dyspareunie serait le trouble majeur rapporté par les femmes (Goer, *Op Cit*).

243 Forceps, ventouse, présentation du siège, souffrance fœtale à l'expulsion, macrosomie, rigidité du périnée.

presque parfaite du « PI », périnée intact, chez les secondes²⁴⁴. En Inde, cette question ne semble pas avoir fait l'objet de travaux spécifiques. Seule une étude menée à Delhi visant à comparer les pratiques obstétricales réalisées dans un centre de soin en zone rurale et dans un petit hôpital en zone urbaine a mis en évidence une pratique plus fréquente de l'épisiotomie dans la deuxième institution (Banerjee *et al*, 2001). Ce résultat est peu surprenant dans la mesure où les femmes fréquentant cette structure étaient plus souvent primipares que celles accouchées en zone rurale. Dans les maternités publiques et privées où je me suis rendue en Inde du Sud, l'épisiotomie était souvent pratiquée pour les femmes primipares, mais de manière non systématique. Ce geste est effectué uniquement par les médecins et non par les infirmières auxiliaires sages-femmes souvent chargées des accouchements. A domicile, aussi bien à la campagne qu'en zone urbaine, certaines matrones ont recours à son utilisation lors d'un accouchement difficile.

Voyons maintenant comment Satchadie, formée à la pratique biomédicale de l'épisiotomie en milieu hospitalier, justifie son refus de mettre en application les modalités d'incision et de suture de l'épisiotomie qui lui ont été enseignées²⁴⁵:

« Pendant ma formation, on m'a donné tout l'équipement: des ciseaux, une ficelle qui paraît comme des veines²⁴⁶ et une aiguille mince, mais je ne les utilise pas. Je fais la méthode ancienne, je fais la césure à la frappe. »

Pratiquée en phase ultime de l'expulsion quand « le bébé est coincé », la « césure à la frappe » consiste à appliquer avec l'index et le majeur joints et tendus, un coup sec et unique, la « frappe », à la « fourchette vulvaire »²⁴⁷. L'effet immédiat, obtenu et désiré, est une déchirure verticale du périnée. Celle-ci n'est pas recousue et fait l'objet de soins spécifiques et répétés.

« Si le bébé ne sort pas cela veut dire que la bouche [la vulve] est trop petite. A l'hôpital ils l'ouvrent avec des ciseaux, mais nous on tape de cette façon, et elle s'ouvrira. Après quand le bébé est dehors on essuie le corps de la femme, on mouille un tissu avec du

244 Ceci s'insère dans le contexte d'opposition entre les acteurs de l'obstétrique en faveur ou non de la démedicalisation de l'accouchement ainsi que dans la problématique du savoir d'autorité en obstétrique.

245 Il faut noter que généralement la pratique de l'épisiotomie ne fait pas partie des objectifs courants des formations de matrones.

246 Il s'agit de fil chirurgical

247 Terme biomédical désignant la partie basse et médiane de la vulve.

brandy²⁴⁸, et on l'applique sur la césure. On lui demande de tenir les jambes jointes, et le pansement s'y collera. Après le troisième jour, on y applique du détol²⁴⁹, et on refait le pansement, mais on ne fait pas la suture. »

Loin des controverses scientifiques au sujet des « fibres sectionnées, fibres déchirées »²⁵⁰, pour Satchadie et ses consœurs, la pratique récalcitrante de « l'épisiotomie à la frappe »²⁵¹ ne cède pas la place à celle de l'épisiotomie aux ciseaux pratiquée en milieu biomédical. Les modalités de la réparation de la coupure (suturée ou pansée) représentent aussi, comme l'explique Satchadie, un facteur déterminant de l'acceptation de cette pratique par les patientes:

« Les gens m'appellent chez eux, parce qu'ils ont peur de la césure et de la suture à l'hôpital. Si je le fais moi aussi, qu'est-ce qu'ils feront ? Les femmes ne peuvent pas supporter la douleur de suture. Donc elles refusent, elles disent carrément non. Parfois je leur dis, ça ne fera pas de mal on peut la faire, mais elles disent non. Elles veulent que je continue ma méthode comme d'habitude. Et puis si je fais comme à l'hôpital, pourquoi viendraient-elles me voir ? »

Ces propos de Satchadie présentent une des limites des formations des matrones²⁵². Supposons, que Satchadie ait bien intégré la pratique de la « l'épisiotomie biomédicale » et de sa suture²⁵³ et que le matériel mis à sa disposition soit régulièrement remplacé²⁵⁴, il reste que la pratique ne serait pas mise en œuvre pour autant. Si l'argument « elles ne veulent pas » fait sens au sein de la problématique des relations de caste, de classe et de pouvoir régissant les relations sociales entre accoucheuse et accouchée, il illustre aussi la façon dont le pouvoir est ici partagé entre le soignant et le soigné. Des auteurs ont largement démontré le rapport entre pouvoir et utilisation de la technologie dans l'arène biomédicale de la naissance (Floyd and Sargent, 1997). Néanmoins, l'exemple de Satchadie nous montre qu'au sein d'un système « traditionnel » l'apport d'une possible technologie ne remet pas

248 Cognac de basse qualité.

249 Déto : nom commercial d'un produit antiseptique également largement utilisé dans les maternités. Son utilisation par Satchadie peut laisser penser à une manifestation d'un savoir « biomédicalement appris » puisque le déto ne semble pas être utilisé par les matrones villageoises.

²⁵⁰ Les praticiens en faveur de la pratique de l'épisiotomie (qui consiste à sectionner le périnée au moyen d'un instrument) s'opposent à ceux qui avancent l'argument qu'une fibre déchirée a une cicatrisation supérieure à une fibre sectionnée.

²⁵¹ Malgré le caractère impropre ici du terme biomédical épisiotomie qui désigne une coupure aux ciseaux, je choisis de conserver ce terme pour nommer son équivalent en milieu "traditionnel".

²⁵² Je traitera cette question dans le chapitre 3 de cette partie.

²⁵³ Ce qui nécessiterait l'observation de cette pratique à domicile.

²⁵⁴ Ce que j'ignore.

forcément en question l'espace de négociation du soin²⁵⁵. La pratique de l'épisiotomie « à la frappe » relève d'une justification pragmatique à satisfaire les exigences des clientes, « Et puis si je fais comme à l'hôpital, pourquoi viendraient-elles me voir ? » Dans le système biomédical, la multiplication des actes biomédicaux réalisés par des médecins augmente le prix d'un accouchement²⁵⁶. L'objectif de rétribution financière conduit certains médecins à organiser leur travail selon un schéma de distribution du soin imposant « d'en faire plus » (des actes) « pour en suivre encore plus » (des patientes²⁵⁷). Il est intéressant de constater que dans le cas des pratiques de Satchadie, il s'agit surtout de faire autrement afin de gagner la confiance du patient.

DE LA COMPOSITION D'UN « BON SOIN »

En étudiant les formations de matrones en Inde, le chercheur²⁵⁸ peut opter pour une construction de l'analyse à partir de discours de matrones aptes à souligner comment la distribution du pouvoir et la hiérarchie des savoirs conduisent à une disparition des pratiques traditionnelles au profit de la généralisation, à domicile, de pratiques empruntées au système biomédical. Cette option conduit à considérer la poursuite des pratiques anciennes ou recomposées à domicile comme des stratégies de résistance au système biomédical de la part des personnes « formées ». Cette posture présuppose que ces personnes reconnaissent et se soumettent aux représentations hégémoniques dont elles sont l'objet (Hobart, 1993)²⁵⁹. Ce choix prend pour acquit le pré-construit « développementaliste » qui s'impose en tant que

255 Je précise que ce chapitre n'a pas pour but de vanter les mérites de l'accouchement traditionnel au profit de l'accouchement réalisé dans un milieu biomédical. Les morts de femmes et d'enfants et les drames aux conséquences souvent irréparables qui continuent silencieusement de se dérouler chaque jour, dans des contextes où les services obstétricaux d'urgence sont absents, ne peuvent que plaider en faveur des effets bénéfiques de la médicalisation de l'accouchement.

256 En milieu privé, un accouchement simple est largement moins lucratif qu'un accouchement avec forceps ou ventouse, ou qu'une césarienne, et il consomme beaucoup plus de temps pour le praticien. Par contre il est intéressant de noter que les actes d'accompagnements, paroles, relaxations, acupuncture, massages, qui demandent du temps et un savoir faire et sont souvent réalisés par les sages-femmes, ne sont pas répertoriés dans la nomenclature des actes rémunérés.

257 Et ainsi gagner respectivement du temps et de l'argent. Notes personnelles.

258 Comme l'a fait Stephens (1992) par exemple.

259 "To speak of strategies of resistance or denial on the part of those designated as inferior is to assume that they recognize and submit to the hegemonic representations of them." Hobart (1993:16).

représentant de la connaissance médicale et fait peu de cas de « l'autre » et des autres formes de médecine. Le danger de cette option est d'alimenter un discours dominant sur l'ordre du monde qu'elle pensait dénoncer (*Ibid* : 16). L'ethnographie des pratiques de Satchadie nous montre que les matrones ne sont toujours pas des « amphores vides »²⁶⁰ prêtes à se remplir des enseignements biomédicaux qu'elles ont reçus. Loin de se poser en facteur d'influence majeur de transformations des pratiques des matrones, les formations au sein du système biomédical ne représentent qu'un des divers facteurs déterminant l'agencement des pratiques de ces dernières. Les deux récits décrivant l'usage de l'énéma et la pratique de l'épisiotomie à la frappe montrent que Satchadie opère une mise à jour de ses savoirs déterminante pour l'élaboration de ses pratiques. Elle intègre, devant les changements observés ou recommandés par les formateurs biomédicaux, les différentes composantes de l'action de soin - le contexte, le produit, la pratique antérieurement pratiquée, la pratique apprise et la demande de la patiente - afin de recomposer une pratique de soin la mieux adaptée à une situation, à une patiente et à un temps donnés. Les pratiques de Satchadie présentées ici permettent de réaffirmer que, parallèlement à l'apparent mouvement hégémonique de biomédicalisation et d'uniformisation des soins, certaines pratiques anciennes sont recomposées ou nouvellement inventées. Celles-ci témoignent non pas d'un acte de résistance à un quelconque savoir dominant imposée par la biomédecine mais d'un savoir parfois ignoré par les responsables des programmes de formation. En ce sens, pour paraphraser Le Breton (1990), les pratiques, comme le corps, parce qu'elles sont au cœur de l'action individuelle et collective et du symbolisme social, sont les analyseurs d'une grande portée pour une meilleure saisie du présent. Ces pratiques représentent la part émergée d'un ensemble de relations sociales et d'histoire individuelle de praticiens qui ne font que s'adapter au monde contemporain et au désir toujours changeant des patients en quête d'un « bon soin ».

260 Cette expression est empruntée à la métaphore « the fallacy of the empty vessels » soit « l'erreur des amphores vides » utilisée par Polgar (1963). Elle exprime le fait que les personnes ont un système de représentations et de conduites cohérent qui leur permet de s'accommoder avec certaines contraintes dans certaines circonstances. C'est la raison pour laquelle une information donnée dans une campagne sanitaire, par exemple, ne parvient pas toujours à convaincre une audience qui possède son propre registre d'explications (Trostle ; 2005 : 126).

LES DERNIERS JOURS DE PALAVANKODIE OU LA FIN D'UNE MATRONE ?

Il est onze heures, un matin d'avril, lorsque Pragathi, Pallanie²⁶¹ et moi arrivons devant la maison de Palavankodie. Pallanie pousse la porte de la maison et nous entrons. Tandis que le mari et la fille aînée de Palavankodie sortent péniblement de la torpeur d'une sieste que la chaleur humide de la saison rend propice à toute heure, celle-ci se lève immédiatement. Elle demeure silencieuse, le regard un instant levé au ciel. Son mari sent l'alcool ; il nous observe d'un air absent et retourne s'allonger dans la pièce voisine. Nous avons du mal à reconnaître cette femme au sari délavé et aux yeux larmoyants que nous avions quittée neuf mois auparavant. Un cataplasme d'herbes est étalé sur le front de son visage amaigri. Elle nous dit qu'il s'agit d'un remède très efficace contre la migraine. Deux voisines que nous avons rencontrées lors de notre dernière visite viennent s'asseoir à nos côtés. Des enfants pénètrent dans la pièce ; ils jouent et se font réprimander par les adultes. Dehors, les habitants de la maison voisine sont affairés à la préparation de la cérémonie de grossesse de la dernière belle-fille. Un haut-parleur diffuse violemment la musique de *Kassi*, un film très populaire dans cet Etat du Sud de l'Inde, le Tamil Nadu.

Un homme d'une soixantaine d'année entre dans la pièce. Il nous salue en anglais, se tourne vers une femme dont on devine qu'elle est son épouse et lui adresse un très autoritaire « come on » en lui faisant signe de se lever. La femme s'exécute aussitôt. Il la prend par la taille et lui lance « vange » (viens)²⁶². Pragathi rompt alors le silence et la discussion s'installe. Lors de nos dernières visites, Palavankodie était très loquace et intarissable sur les questions de maternité. Elle peine aujourd'hui à exprimer ses propos. Palavankodie resta ce jour muette au sujet de son mari. Auparavant, elle nous a raconté que celui-ci ne la soutenait pas dans les difficultés du quotidien. Refusant de travailler, il passe sa journée à boire pendant que ses deux cadets sont à l'école et que sa femme et sa fille aînée travaillent comme coolie dans

²⁶¹ Palavankodie et Pallanie, qui est l'une de mes principales interlocutrices, sont parentes.

²⁶² Comme me l'ont expliqué mes interlocutrices, cette attitude rappelle la demande de relation sexuelle au sein du couple. Voir le chapitre 1 Partie I à ce sujet.

les champs²⁶³. En plus de ce travail agricole, Palavankodie continu aussi d'aider au vèlage des animaux. Elle nous dit :

« Parfois les propriétaires d'animaux m'appellent au moment de l'accouchement de leurs chèvres ou de leurs vaches. Ils me paient 10 ou 20 roupies. D'autres me donnent des cadeaux et d'autres ne me donnent rien. »

Palavankodie a appris les soins de l'accouchement avec sa grand-mère. Cette femme l'a élevée après le décès de sa mère quand elle était enfant. Palavankodie a grandi dans une famille où quatre générations de femmes sont devenues matrones, non pas parce qu'elles appartenaient à la caste des barbiers²⁶⁴, dont les femmes occupent traditionnellement cette fonction, mais parce qu'une ancêtre aurait décidé de devenir maruttuvacci. Selon les propos de Palavankodie, ce « choix » ne relève pas d'une révélation lors d'un rêve ou d'un appel divin. Il s'insère dans un contexte où la paupérisation et le manque d'opportunité d'emploi ont conduit certaines femmes des castes défavorisées à exercer la fonction de matrone, alors que leur tradition familiale n'y était pas engagée²⁶⁵.

Palavankodie accompagnait régulièrement sa grand-mère pour les soins au domicile des patientes. C'est d'abord en tant qu'observatrice, puis en tant qu'aide qu'elle a reçu les enseignements nécessaires à la pratique des accouchements. Suite au décès de sa grand-mère et à son déménagement dans le village de son époux, elle a dû cesser temporairement son activité. Elle raconta l'événement déterminant le début de sa carrière de matrone comme suit :

« Après mon mariage, quand je suis venue dans ce village il y avait tout près la construction d'un barrage. En ce temps, il y avait des personnes de villages voisins qui venaient travailler comme maçons. Dans ce groupe, une femme enceinte travaillait comme « coolie ». Elle était en fin de grossesse, elle commençait à avoir des contractions et personne n'était là pour faire l'accouchement. A ce moment, je passais sur le chemin. Ces gens connaissaient la profession de ma grand-mère et ils m'ont demandé d'aider la femme à accoucher. Dès que je me suis approchée, le bébé est sorti du *katavu vāy* ²⁶⁶.

²⁶³ Le terme *coolie* signifie travailleur journalier. Les femmes qui travaillent dans les champs gagnent en moyenne cinquante roupies par jour, les hommes en reçoivent cent. Donner le taux ou une échelle de valeur locale.

²⁶⁴ Caste des Vaannan, barbiers et blanchisseurs non « intouchables » contrairement à ceux de la caste des Vannaarapparayaen (n), c'est à dire « Vannan paria ».

²⁶⁵ Ceci est également relevé dans (Jeffery *et al*, 1989).

²⁶⁶ Littéralement : *katavu* : porte, *vāy* : vagin ; la porte du vagin.

Alors j'ai pensé qu'il n'y avait rien de mal à faire cet accouchement, c'était mon premier, c'est comme cela que j'ai commencé. »

Palavankodie appartient à la caste des Arundhathiyar²⁶⁷. Elle assistait encore récemment les accouchements de femmes de sa caste et d'autres castes répertoriées²⁶⁸. Palavankodie n'a jamais accouché de femmes appartenant à une caste supérieure à la sienne. La fonction d'accoucheuse n'est pas le facteur majeur déterminant le rang social de Palavankodie. Son statut de femme intouchable et son absence de lien social avec des gens de caste plus élevée déterminent sa condition.

Avec le temps et l'expérience, Palavankodie a modifié les pratiques enseignées par sa grand-mère. Elle m'expliqua, par exemple, la façon dont elle avait, à maintes reprises, fait face à des accouchements compliqués et les raisons pour lesquelles elle avait modifié le traitement appris par sa grand-mère.

« Ma grand-mère avait pour habitude dans ce cas de donner à boire à la femme en travail (le jus de *murunkai kirai* ²⁶⁹. C'est tellement aigre qu'elle vomit, cela aide à faire sortir le bébé. C'est pourquoi les gens d'ici me disent de l'utiliser. Mais je ne le donne pas, j'ai peur que le bébé remonte, et qu'il s'assoit près du cœur de la femme. Ça m'est déjà arrivé. »

Les pratiques de Palavankodie semblent avoir évolué avec ses expériences des accouchements. Son discours confirme, si besoin était, que les pratiques « traditionnelles » ne sont effectivement pas figées. Les changements qu'a connu le monde ces dernières années n'ont pas épargné l'Inde, son économie nationale, ses structures et sa politique (Jaffrelot, 2005a). Comme dans de nombreux endroits de la planète, ces bouleversements ont des conséquences dramatiques pour les personnes les plus vulnérables, dont Palavankodie. Ce sont donc les circonstances et les processus d'appauvrissement, de dé légitimation des savoirs et de perte de pouvoir que je propose de décrire à partir de l'exemple de cette matrone villageoise du Tamil Nadu.

267 Rappel : Appellation contemporaine de la caste intouchable des travailleurs du cuir de langue telugu, nommés également Sakkiliar. Aujourd'hui, en raison de l'inadéquation entre caste et métier et de l'hétérogénéité croissante de la caste, de nombreux arundhathiyar n'exercent plus cette fonction (Deliège, 2004b).

268 Il s'agit de la traduction française du terme scheduled castes. Voir la note 13.

269 Nom botanique : *Moringa oleifera*, nom commun : ben ailé ou moringa

UNE OCCASION RATEE

Contrairement à une autre femme du village qui ne faisait que très peu d'accouchements, Palavankodie n'a pas pu bénéficier de la formation organisée par le gouvernement. Elle dit :

« Quand on m'a appelée pour ce stage d'accoucheuse, mes enfants étaient trop jeunes. Il n'y avait personne pour s'occuper d'eux. Mon mari était alcoolique et je ne pouvais pas lui en confier la garde. »

Cette occasion ratée est à l'origine des nombreuses déconvenues rencontrées aujourd'hui par Palavankodie dans la pratique quotidienne de ses services. Palavankodie m' a confié que son activité de matrone connaissait depuis peu de sérieux déboires.

« J'ai accouché au moins mille femmes, seulement dans mon village. Je faisais trois ou quatre accouchements par mois. Mais maintenant, quand les infirmières du PHC²⁷⁰ viennent ici, dans notre village, elles s'opposent à moi. Selon elles, je ne devrais plus faire les accouchements. Elles me disent: "Ton travail, c'est d'enregistrer les femmes enceintes et de les emmener au PHC pour accoucher, tu n'as pas à intervenir autrement que comme cela." »

Dans cette logique, l'expérience, alors qu'elle devrait permettre un réajustement de l'enseignement face aux difficultés rencontrées par les praticiennes, semble se présenter comme un handicap. Selon Palavankodie, son rôle, son expérience et son savoir-faire deviennent des éléments compromettants qu'il est préférable de dissimuler. Elle remarque:

« Quand je vais à l'hôpital avec une femme, je ne dis pas que je suis une *maruttuvacci*, j'ai peur parce que comme je n'ai pas reçu la formation, je ne suis pas supposée faire des accouchements. »

Selon les propos de Palavankodie, il semble que ses pratiques d'accoucheuse sont niées dans le contexte biomédical. Néanmoins, de nombreuses familles continuent pourtant d'avoir recours à ses services à domicile. Nous verrons ultérieurement les situations dans lesquelles Palavankodie accepte, malgré l'interdiction qui lui est faite,

270 Primary Health Center. soit Centre de soins de santé primaire.

d'assister des femmes pour leurs accouchements. Généralement, Palavankodie réfère les patientes à l'hôpital. Cet impératif de référence lui assigne un nouveau rôle que les familles des patientes lui demandent de jouer.

UN INTERDIT DISCUTE

Palavankodie dit reconnaître une véritable légitimité aux soignants de l'hôpital pour prendre en charge les cas d'accouchements compliqués. Elle reste cependant très critique quant à la façon dont certains gestes de soins sont effectués par les soignants biomédicaux. Par exemple, certaines femmes ayant accouché à l'hôpital ont recours à ses services pour donner le bain à leur bébé dans la mesure où ce soin n'est souvent plus effectué à l'hôpital. Dans les années 1990, les nouvelles réglementations émises par le département indien de Mother and Child Health (MCH) prévoyaient la suppression du bain du post-partum immédiat dans les hôpitaux gouvernementaux en raison du risque d'hypothermie néonatale. Néanmoins, les raisons de ce nouvel interdit semblent avoir mal été expliquées aux soignants et les pratiques diffèrent d'une structure et parfois d'une personne à l'autre (Hollen, 2003). A la maternité de Pondichéry et au centre de santé de Karik, il semble que ce bain ne soit plus pratiqué. Palavankodie explique:

« Moi je donne le bain avec de l'eau chaude. A l'hôpital, ils ne donnent pas de bain. Ils coupent le cordon, le serrent avec un lien et placent l'enfant vers sa mère sans lui avoir donné le bain. C'est sale. Les gens de l'hôpital²⁷¹ qui viennent dans mon village me poussent à ne pas donner le bain au bébé, mais je continue de le donner. Ils disent que le bébé aura le *salippu nōy*²⁷². Je ne sais pas de quelle maladie il s'agit. »

Cette attitude n'est pas spécifique à Palavankodie. D'autres matrones rencontrées au Tamil Nadu privées d'une partie de leur exercice, comme la pratique des accouchements, elles développent et renforcent l'importance des soins de la grossesse et du post-partum.

²⁷¹ Il s'agit des auxiliaires infirmières sages-femmes. Je reviendrai sur ce point ultérieurement.

²⁷² Il s'agit littéralement de la « maladie du froid », maladie non spécifique au nouveau né. Palavankodie et d'autres matrones m'ont rapporté que les femmes en *post-partum* immédiat peuvent également souffrir de ce mal si elles sont lavées à l'eau froide. Le *salippu nōy* désigne une entité nosologique similaire à ce qu'en langage populaire français, on appelle le « coup de froid ».

L'argument de la maladie du froid émis par les auxiliaires infirmières sages-femmes, comme maladie potentiellement conséquente au bain, sert à justifier l'absence de ce soin du nouveau-né à l'hôpital. Dans le cadre hospitalier un bain d'eau chaude demanderait une logistique supplémentaire et une disponibilité accrue des soignantes. Cet interdit n'a pas de légitimité lors d'un accouchement à domicile, où cet acte est facilement réalisable par les matrones. Réalisé sous des températures favorables toute l'année, ce bain semble sans conséquence évidente pour l'enfant. Par ailleurs, la remarque de Palavankodie, « Je ne sais pas de quelle maladie il s'agit » sous-entend l'absence d'explication donnée par les auxiliaires infirmières sages-femmes au sujet de la maladie risquée par le nouveau-né baigné. Cet exemple montre que, dans le milieu biomédical, le savoir de référence en matière de maternage, comme en obstétrique, n'est pas forcément construit sur la base de pratiques dont la pertinence est prouvée. Par exemple, Delaisi et Lallemand constatent, dans un tout autre contexte, que « le discours sur le maternage n'a pas pour fonction d'assurer la survie du nourrisson (...) il a surtout pour rôle de permettre la reconduction de la société dans ses spécificités du moment » (1980 : 251). Dans le cas présent, l'auxiliaire infirmière sage-femme est la détentrice locale et officielle du pouvoir et de l'autorité biomédicale. Si son rôle est de faire appliquer les nouvelles règles, nous voyons ici que sa fonction et l'institution qu'elle représente n'ont, malgré ses recommandations qu'un faible impact sur le changement de pratiques de Palavankodie. Cet exemple nous enseigne que face au savoir acquis par l'expérience, l'autorité biomédicale est sujette à une « compliance sélective »²⁷³. En effet, la matrone Palavankodie, au même titre que la matrone Satchadie, opère un processus de sélection entre les pratiques biomédicales qui lui sont recommandées. L'exemple du bain du nouveau-né nous a permis de voir une forme d'entraves, ici minime, aux soins de Palavankodie. La dévalorisation des pratiques de Palavankodie par les représentants du système biomédical conduit celle-ci à adopter une attitude de discrétion concernant sa fonction.

273 Pour une illustration de ce constat, voir aussi Browner et Press (1996).

DU SOIN A L'ACCOMPAGNEMENT

L'avantage majeur de l'accouchement à domicile rapporté par des femmes villageoises est qu'il ne nécessite aucune préparation préalable (consultation anténatale, prise de sang, examens) dont le coût est parfois très élevé. Certaines femmes préfèrent aussi accoucher à la maison en raison de la présence amicale de femmes de la famille et de voisines, accompagnatrices interdites à l'hôpital. L'accueil peu empathique du personnel hospitalier à l'encontre des patients est en effet l'un des facteurs déterminants de la sous-utilisation des services sanitaires²⁷⁴. Face aux pressions exercées par les instances sanitaires et politiques via les représentants du système biomédical, les femmes, leurs familles et Palavankodie n'ont pas d'autres choix que de suivre les règles prescrites par ces institutions. Elles doivent avoir recours à l'hôpital lors des accouchements. Palavanodie rapporte à ce sujet :

« On m'appelle dès que les douleurs de l'accouchement commencent. Quand j'arrive au domicile de la femme, je commence par l'examiner. J'insère mon index dans le trou et je regarde à quelle distance se trouve le bébé. Si le bébé reste éloigné de mon index, je leur dis d'aller tout de suite à l'hôpital. A cet instant, certaines familles me demandent de venir avec elles et de rester près d'elles. S'ils me forcent, alors je vais avec eux. Mais je ne rentre pas dans l'hôpital. S'il se passe quelque chose pendant le trajet, alors j'ai la possibilité d'intervenir rapidement. C'est pour cela que l'on fait appel à moi. »

Cet exemple met en lumière plusieurs aspects de l'évolution des pratiques de Palavankodie. Ses pratiques sont effectivement modifiées puisque au lieu de gérer seule l'accouchement, Palavankodie a l'obligation de référer la patiente qui accouche à l'hôpital. Cet exemple permet de noter la construction des rapports sociaux entre Palavankodie, les patientes et leurs familles. La remarque de Palavankodie « S'ils me forcent, alors je vais avec eux » illustre deux problèmes contemporains rencontrés par les matrones face à la biomédicalisation de l'accouchement. Premièrement, la diminution du nombre d'accouchements réalisés à domicile par les matrones est notoire. Ce nouveau recours au soin des familles est responsable d'une diminution conséquente de leur revenus auparavant assurés grâce à la pratique des accouchements. Certes en comparaison des dépenses effectuées pour un accouchement à l'hôpital, ces revenus sont minimes et toutes les matrones que j'ai

274 Au sujet de l'ensemble des contraintes dont les femmes font l'expérience en zone rurale, voir par exemple (Jejeebhoy, 2000). Je traiterai cet aspect dans la partie III.

rencontrées m'ont fait part de leurs plaintes à ce sujet. Néanmoins, cette rétribution, même minime, pouvait permettre à certaines de subvenir à leurs besoins quotidiens. Aujourd'hui Palavankodie et d'autres matrones sont contraintes d'assurer d'autres tâches rémunérées. De plus, la fonction de médiation permet aux matrones d'obtenir une rétribution de leurs actes et la reconnaissance des patientes dans un contexte où leurs actes de soins sont réduits et où leur rôle à l'accouchement n'est plus central. La présence de Palavankodie est aussi demandée dans l'éventualité d'un accouchement de la patiente pendant le trajet. Comme elle le précise, elle n'a aucun rôle médical à l'hôpital, d'ailleurs elle n'y rentre pas.

« J'attends jusqu'à ce que l'accouchement soit fait et je rentre au village. J'informe les autres membres de la famille présents dans la maison de la femme accouchée et je leur dis quel est le sexe du bébé. »

Les sections précédentes m'ont permis d'étudier quelques-unes des contraintes que rencontre Palavankodie suite au développement des services sanitaires dans la région. Cette matrone adapte ses pratiques au nouveau contexte principalement caractérisé par l'interdiction qui lui est faite d'aider les femmes à accoucher. La suite de cette section va être l'occasion de décrire l'un des « facteurs de proximité » majoritairement responsable de ce changement: la présence d'une auxiliaire infirmière sage-femme dans son village. Contrairement aux autres matrones que j'ai rencontrées, Palavankodie est la seule dont les pratiques sont étroitement surveillées par un membre du personnel des services gouvernementaux chargé de l'information des villageois au sujet des soins de santé primaire dans les villages et de leur référence dans les institutions sanitaires²⁷⁵. Les autres matrones font part d'une diminution de leurs activités face à l'augmentation du nombre des recours à l'hôpital. Elles mentionnent aussi la façon dont elles intègrent, ou pas, des éléments empruntés au système biomédical dans leurs pratiques²⁷⁶. Quant à Palavankodie, elle connaît une confrontation quotidienne avec l'autorité biomédicale représentée par l'auxiliaire infirmière sage-femme travaillant dans son village.

²⁷⁵ A un niveau national, en raison de la mise en fonction de nombreuses personnes ayant des fonctions similaires, il est fort probable que de nombreuses matrones soient confrontées à ce genre de situation.

²⁷⁶ Par exemple, la position de la parturiente en décubitus dorsal propre à l'accouchement en milieu biomédical, l'injection de produits ocytociques pour augmenter les contractions ou le recours à l'épisiotomie.

L' ENREGISTREMENT ADMINISTRATIF DES PRATIQUES DE SOINS

Quelques éléments sont nécessaires à la compréhension du rôle théorique joué par l'auxiliaire infirmière sage-femme (ou ANM)²⁷⁷ dans les objectifs du programme Maternité Sans Risques. Nous verrons ensuite comment ce rôle est appliqué en pratique par l'ANM du village et ses conséquences sur les pratiques de Palavankodie.

Les ANM, employées par l'administration de district, occupent le rang le plus bas dans la bureaucratie du système indien de santé publique. Ce sont des jeunes femmes recrutées après la fin de leur dixième année de scolarité qui reçoivent une formation de 18 mois. En dehors de leurs activités dans les centres de soins, les ANM ont aussi à charge la mise en œuvre des activités d'information et de communication auprès des femmes résidant dans les villages dépendants de leur circonscription. Ces activités concernent principalement l'incitation au contrôle des naissances, en particulier par la pratique de la ligature tubaire²⁷⁸. Les ANM sont aussi chargées d'encourager les femmes des zones rurales à se rendre à l'hôpital pour le suivi de leur grossesse et de leur accouchement. De plus, elles ont la responsabilité des soins de l'accouchement. Généralement, la charge de travail des ANM est excessive et une grande partie de leur activité est consacrée essentiellement à la mise à jour des différents registres (Jeffery, 1988)²⁷⁹. Les ANM ont une affectation dans un centre de soins de santé primaire dans lequel elles sont censées résider. Deux ANM de villages voisins de Pondichéry m'avaient expliqué que l'éloignement des voies carrossables, l'absence d'école pour leurs enfants et les obligations professionnelles de leur époux ne favorisaient pas leur installation dans le village où elles travaillaient. Les effets négatifs quotidiens de la contrainte de résidence sur la qualité des services de ANM sont documentés. Les auteurs notent l'absentéisme régulier et le manque de disponibilité des ANM (Iyer, Jesani, 1999; Mohan et al, 2003). Ce défaut de service continu conduit les femmes à recourir aux matrones

²⁷⁷ Par souci de commodité je vais employer cet acronyme ANM pour Auxiliary Nurse midwife.

²⁷⁸ Je traitera cet aspect dans la partie III chapitre 1.

²⁷⁹ Voir la section "Field staff" consacrée à ce sujet (Jeffery, 1988 : 269-272).

alors que les ANM sont supposées prendre en charge les accouchements dans les zones rurales²⁸⁰. Selon les propos de Palavankodie, le rôle de l'ANM est le suivant :

« L'ANM est chargée de contrôler tout ça. Le nombre de femmes enceintes dans le village, le nombre de consultations prénatales et le nombre d'accouchements. Elle doit montrer au gouvernement combien d'accouchement elle fait en un an²⁸¹ »

L'absentéisme, la faible motivation du personnel et le manque d'intérêt pour les activités de santé préventive sont les principaux défauts de fonctionnement relevés pour les centres de soins de santé primaire, toutes catégories professionnelles confondues.²⁸² Devant l'absence effective d'encadrement des activités de soins « communautaires », le suivi des activités des ANM se fait principalement sur la base des informations écrites et transmises par celles-ci à leur hiérarchie. Dans ce contexte, et au regard des contraintes de résidence des ANM que j'ai évoquées, il est aisé de comprendre la nécessité, pour ces dernières, de mettre en œuvre des stratégies visant à couvrir les éventuels manquements de leurs services vis-à-vis de leur hiérarchie. Palavankodie poursuit à ce sujet :

« Elle [l'ANM] m'a demandé d'enregistrer sous son nom les accouchements que je fais. Comme ça, j'ai enregistré cinquante cas sous son nom. Elle m'avait dit qu'elle me paierait 50 roupies pour chacun, mais elle ne me les a pas donnés. Je lui ai demandé mais elle ne m'a toujours pas payée. »

L'enregistrement d'informations erronées est donc une nouvelle pratique de Palavankodie. En raison des circonstances de son application, il est peu probable que cette pratique serait spécifique à cette ANM et à Palavankodie. C'est pourquoi, à une autre échelle d'investigation, il est possible que l'augmentation du nombre de fausses déclarations ait des conséquences directes sur les outils mis en place par le gouvernement pour évaluer la pertinence de ses actions en terme de santé publique. Ainsi, le dernier rapport du Ministère de la Santé et de la Famille fait mention de 71,2% de « safe delivery », accouchement dit « sans risque » pour l'état du Tamil

280 Une étude menée au Karnataka a conclu que 37% des femmes qui avaient prévu d'accoucher avec l'ANM devaient accoucher à la maison avec une matrone ou un membre de la famille en raison de l'indisponibilité de l'ANM (Jejeebhoy, 2000).

281 Un des moyens mis en place par le gouvernement pour inciter les femmes des zones rurales à déclarer leur grossesse est le don de produits alimentaires pendant toute la durée de la grossesse et jusqu'à cinq ans. Ce suivi est effectué par le personnel du balwadi, la « crèche » accueillant les enfants non scolarisés du village.

282 Théoriquement, chaque centre assure également la présence d'un médecin et d'une infirmière. Voir sur ces questions, Jeffery (1988 : 263-265).

Nadu (GOI, 2005). Ce taux de 71,2% a de quoi satisfaire les dirigeants de l'administration sanitaire indienne. En tant que nouveau critère de mesure adopté par les instances internationales de santé publique, il témoigne, en apparence dans cette région, de l'atteinte d'un des objectifs de réduction de la mortalité maternelle formulés lors de la session de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (ICPD+5) tenue lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1999. Ce pourcentage de femmes accouchées par un accoucheur expérimenté est censé refléter les efforts du gouvernement pour assurer aux femmes enceintes des soins de qualité. Il est aussi un indicateur sélectionné par la Déclaration du Millénaire pour mesurer l'amélioration de la santé maternelle (WHO, 2005a).

Les deux sections précédentes ont permis de décrire les conséquences plus ou moins dramatiques de la généralisation de « l'écrit biomédical » sur le statut et les pratiques de Palavankodie. L'illustration suivante va montrer comment la mise en pratique de certaines règles établies par les décideurs en matière de santé de la reproduction va parfois à l'encontre des objectifs prescrits.

A PROPOS DES « EFFETS NON ATTENDUS »

Palavankodie dit être soutenue par les gens de son village pour la poursuite de ses pratiques de soins à domicile. Devant les interdictions formulées par l'ANM, certains hommes expriment leur mécontentement face à cette nouvelle politique et en exposent les inconvénients. Ils évoquent l'indisponibilité des ANM qui ne font qu'une visite hebdomadaire dans leur village et l'impossibilité d'avoir recours aux services de ces dernières en urgence.

« Que peux-t-on attendre de vous? Parfois il y a des accouchements urgents et il n'y a pas toujours d'autobus pour aller à l'hôpital de Pondichéry. Le problème est identique si l'on souhaite aller au PHC de Pagur ou au PHC de Karik. Si on doit vraiment y aller, on doit atteler des bœufs à une charrette. Et si en route il se passe quelque chose pour la mère ou pour le bébé, que pourrons-nous faire? »
(propos des hommes résumés et rapportés ultérieurement)

Le manque de transport et de ressources nécessaires pour référer des cas d'accouchements dans les hôpitaux est un des facteurs responsables de la persistance du taux élevé de mortalité maternelle que les différents programmes de « Maternité sans Risques » ont rarement réussi à diminuer dans les contextes dits « à ressources limitées ». A l'échelle nationale, des politiques sont mises en place afin de contourner cette donnée liée au problème général de la pauvreté. Ainsi le Programme National de la Santé de la Reproduction indien a développé un système d'aide pour les familles identifiées comme « indigentes ». Depuis l'année 2000, ce programme est étendu à tous les Etats. La distribution des fonds est supposée être effectuée grâce au panchayat²⁸³, par l'intermédiaire des bureaux de districts (GOI, 2005).

Les gens du village de Palavankodie n'ont jamais entendu parler de cette possibilité. Certains ont pris l'habitude d'envoyer les femmes à l'hôpital. Pour d'autres cette solution n'est guère envisageable. Par mesure d'économie, ils préfèrent continuer à solliciter les services de Palavankodie. La pratique mise en œuvre, pour contourner l'interdiction faite à cette matrone consiste à faire appel à ses services uniquement lorsque l'accouchement est imminent. Les conséquences immédiates de cette conduite adaptée au nouveau contexte sont d'une part, l'absence de soins donnés à la femme durant le travail – alors qu'il est probable que certains remèdes donnés par la matrone sont efficaces – et d'autre part, la totale impossibilité d'émettre un quelconque diagnostic de complications – alors que Palavankodie connaît quelques signes avant-coureurs du danger. Il semble donc que l'interdiction faite à Palavankodie d'assister les femmes de son village pour les accouchements puisse être considérée, du point de vue de la santé publique, comme une pratique dangereuse.

Selon le point de vue de la santé publique, les recommandations de l'OMS en terme de réduction de la mortalité maternelle sont basées sur plusieurs postulats dont l'un est la non-prévisibilité des complications obstétricales. Aucune corrélation n'a été démontrée entre la présence de risques obstétricaux, dont l'identification est un des

283 Conseil assurant le fonctionnement de la collectivité villageoise. Après 1947, ce terme a été donné aux nouveaux conseils élus au suffrage universel. Ce terme est également utilisé pour nommer les instances traditionnelles réglant les affaires du quartier ou d'une caste particulière (Viramma *et al*, 1995 : 555)

objectifs principaux de la consultation prénatale, et la survenue d'une complication obstétricale. Ainsi, une femme identifiée sans risque peut parfaitement avoir une hémorragie du post- partu par exemple. Par ailleurs, une femme identifiée à risque peut accoucher normalement (Carroli et al, 2001; Fiscella, 1995; Maine, 2000)²⁸⁴. Néanmoins, l'étude de Pallikadavath et al (2004) menée en Inde du Nord invite à discuter ce postulat. La faible qualité des consultations prénatales (résultant par exemple de l'absence de mesure de la pression artérielle, de l'absence de test urinaire ou l'absence de supplément en fer et en acide folique) peuvent expliquer en partie la faible prédictibilité des consultations prénatales. De plus, la consultation prénatale est un moyen d'établir un lien entre les femmes et les institutions sanitaires qui peut être déterminant pour l'accès à des soins ultérieurs, notamment lors de l'accouchement et lors de la période post-natale (Sugathan, Mishra, & Retherford, 2001 in Ibid : 1149). Dans le village de Palavankodie, les moyens mis en œuvre pour assurer des soins de santé maternelle par l'intermédiaire des ANM, augmentent les risques relatifs à l'accouchement pour les femmes les plus pauvres. La présence de l'ANM permet aux femmes d'avoir un meilleur accès à la consultation prénatale et à la vaccination antitétanique (activités effectuées à jour et heures fixes). Cependant, la présence de l'ANM dans le village a un effet contraire aux objectifs de réduction de la mortalité materno-infantile. Elle conduit en effet à éloigner davantage les femmes pauvres de l'hôpital. En raison des facteurs décrits précédemment, les éventuelles complications obstétricales lors d'un accouchement à domicile ne pourront pas être identifiées précocement par la matrone ce qui aura pour effet de retarder la prise en charge à l'hôpital.

Les soins recomposés de la matrone Palavankodie témoignent de la manière dont les interventions de développement en Inde, et dans de nombreux pays du Sud, ont des effets dits « non attendus » parfois désastreux. Ces effets font l'objet de travaux en sciences sociales mais ils sont rarement documentés par les institutions à l'origine des programmes. Ici, les contraintes des ANM qui limitent leur capacité à exercer pleinement leur rôle au niveau villageois, combinées aux interdictions faites aux matrones de s'occuper des accouchements, conduisent à deux phénomènes

284 Pour une information sur les risques se référer à au chapitre Antenatal Care in (WHO, 2003)

contrastés. D'une part, sur le papier, les objectifs des programmes de santé maternelle semblent atteints puisque les nouvelles pratiques mises en place par l'ANM et la matrone conduisent à une augmentation du nombre déclaré de femmes prises en charge par une accoucheuse expérimentée. En réalité, si les pratiques sont transformées pour répondre aux exigences de l'autorité biomédicale, elles n'améliorent pas pour autant les conditions d'accouchement de certaines femmes villageoises. Alors que la fonction de l'ANM devrait avoir pour effet de diminuer la mort des femmes en couches grâce à une gestion plus rapide et effective des risques obstétricaux, les conduites à risques sont multipliées par les patientes et leurs familles. Cette attitude ne résulte pas, pour les familles, d'une ignorance ou d'une incompréhension des moyens mis en place, ni d'une « forte identification culturelle à la matrone »²⁸⁵ mais d'une non-congruence des moyens donnés pour atteindre les objectifs fixés. L'indisponibilité de l'ANM et l'accès difficile aux services hospitaliers sont, en effet, les raisons majeures du recours de dernière minute à la matrone.

Ces conséquences illustrent la façon dont les recommandations internationales de santé publique et les politiques de santé nationales considèrent la question du risque²⁸⁶. Les risques médicaux et liés au corps font l'objet d'une stratégie de soins tandis que les risques sociaux et liés au contexte sont jugés comme secondaires. Le concept de risque dans le contexte de la grossesse et de l'accouchement est pourtant beaucoup plus complexe qu'une seule définition médicale ne permet de le penser. Le risque implique l'interaction de données sociales, géographiques, économiques et politiques. L'absence de prise en compte de cette complexité dans les instances décisionnelles de santé publique conduit à mettre en oeuvre un système qui n'est pas

285 Comme le prétend l'organisation mondiale de la santé (WHO, 1996) (Voir le chapitre consacré à l'accouchement avec le personnel auxiliaire et les accoucheuses traditionnelles qualifiées).

286 Selon Thaddeus et Maine (1994), les causes « indirectes » de la mortalité maternelle sont le manque d'accès aux services de planification des naissances, le manque d'accès à des centres médicaux pratiquant l'avortement, la faible accessibilité des soins, la sous-utilisation des services de santé liée au statut défavorable des femmes dans la société, l'absence de formation des matrones, le manque d'institutions sanitaires, de personnel, de matériel médical et de médicaments. Les causes « directes » sont les hémorragies, les infections, les toxémies/éclampsies, les complications obstétricales, les complications hémorragiques et infectieuses des avortements. 75% des cas de mort maternelle résulteraient des causes « directes ». C'est pourquoi, la majorité des cas pourrait être évitée grâce à une prise en charge immédiate de la complication obstétricale. Celle-ci repose sur la réduction de trois délais : la décision de la référence, le transport de la patiente et sa prise en charge dans une maternité. Le délai de décision pour évacuer la parturiente vers une maternité dépend de la reconnaissance de la complication par la matrone et/ou l'entourage familial et de sa prise en considération. Le délai du transport vers cette maternité est fonction de moyen de locomotion disponible et la distance à parcourir. Le délai de la prise en charge médicale dépend de la disponibilité et de la compétence du personnel, ainsi que de la présence de matériel et de médicaments adéquats.

toujours pertinent pour améliorer la situation sanitaire de certaines personnes. Dans le cas du village de Palavankodie, le système mis en place permet d'apporter une amélioration du suivi des grossesses. En ce qui concerne les accouchements, ce système apparaît limité. Il n'améliore pas l'accès aux soins des femmes déjà défavorisées par leur origine sociale et leurs conditions économiques et il accuse les matrones pour des situations qu'elles ne peuvent maîtriser. Enfin ce système ne permet pas aux ANM surchargées de travail et sous payées de remplir leurs objectifs

Par ailleurs, si l'ANM est présentée dans les propos de Palavankodie comme la personne détenant le pouvoir, il faut replacer cette explication dans le contexte de son énoncé. L'ANM est effectivement d'une classe supérieure à Palavankodie. Néanmoins, elle est aussi une actrice de dernier rang dans le système de santé publique indien. Le jeu de la concurrence et de la complémentarité entre les multiples acteurs du champ médical détermine en effet, dans certains contextes, la mise en oeuvre de stratégies, tant de la part des détenteurs des savoirs traditionnels que du côté des représentants de la médecine moderne, afin de conquérir de nouveaux territoires (Fassin, 1992). Dans le cas présenté, les nouvelles pratiques de soins de la matrone Palavankodie et de l'ANM s'apparentent non pas à la conquête de nouveaux territoires, mais à la défense de celui sur lequel repose leur survie, aussi minime soit-il. Le portrait de Palavankodie permet de montrer, les processus sociaux à l'œuvre dans la perte de légitimité, l'appauvrissement et de la souffrance qui en résultent. Il invite à décrire les difficultés quotidiennes d'une majorité d'individus, dont des praticiens de santé, que « le progrès » semble ignorer.

Les deux histoires de vies professionnelles présentées dans cette partie traitent de la rencontre entre le système biomédical et le système traditionnel. Elles relatent la façon dont deux matrones, confrontées au système biomédical transforment leurs pratiques de soins pour mieux s'adapter aux nouveaux contextes donnés. Nous verrons au cours du dernier chapitre de cette thèse comment les transformations des pratiques de ces matrones ne sont qu'un des effets (parmi d'autres), de la mondialisation sur les pratiques « traditionnelles » de l'accouchement. Auparavant, il est nécessaire d'aborder le sujet des matrones d'un autre point de vue. Le chapitre

suivant propose de décrire les matrones selon une perspective étique et en tant qu'institution sociale.

ENJEUX SANITAIRES, SOCIAUX ET POLITIQUES DE LA FORMATION DES MATRONES EN INDE

Dans les pays du Sud, les matrones sont la cible de programmes de développement variés²⁸⁷ et l'objet de nombreuses études menées par des experts internationaux de santé publique. L'objectif de ces travaux est souvent de mesurer l'impact des activités des matrones sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Costello *et al*, 2004; Imogie *et al*, 2002; Schaider *et al*, 1999; Smith *et al*, 2000; Walraven, Weeks, 1999; Yao, 2002). L'implication des matrones dans la lutte contre le sida en général et la prévention de la transmission du VIH en particulier est une solution proposée par certains représentants des institutions internationales de santé publique pour palier aux carences des services mis en place dans les pays du Sud (par exemple: Balaba *et al*, 2004; Homsy *et al*, 2004; Msaky *et al*, 2004). Les débats des experts opposent grossièrement les « pro-matrones », persuadés de la nécessité de ces praticiennes dans le champ de la santé de la reproduction, et les « anti-matrones » convaincus de la nuisance de leurs pratiques. Les chercheurs en sciences sociales traitent des pratiques « traditionnelles » des matrones dans des contextes géographiques et culturels variés (Chapman, 2003; Laderman, 1987) du rôle des matrones dans la provision des services de soins obstétricaux biomédicaux (Goldman, Gleib, 2003; Jenkins, 2003 ; (Hay, 1999), de la dévaluation du savoir des matrones par les représentants de la biomédecine (Hinojosa, 2004; Pigg, 1997a; 1997b; Stephens, 1992) ou de la transformation contemporaine du statut des matrones (Davis-Floyd *et al*, 2001; Rozario, 1995)²⁸⁸.

L'Inde ne fait pas exception à cette règle comme en témoigne l'abondante littérature scientifique et/ou militante à leur sujet, et dont ce chapitre ne donnera qu'un aperçu²⁸⁹. L'étude des formations des matrones s'inscrit dans le champ historique de l'introduction de la médicalisation de l'accouchement en Inde. En outre, les modalités, la mise en œuvre et les effets des formations des matrones sont

²⁸⁷ Ces programmes sont mentionnés sur les sites des ONG et des organisations internationales de santé publique.

²⁸⁸ La segmentation des sujets est donné à titre indicatif.

²⁸⁹ Rappel: En Inde, deux tiers des accouchements - avec une proportion de 75% en zone rurale et 35% en zone urbaine sont faits à domicile par des matrones.

étroitement liés à des facteurs sanitaires, sociaux et politiques. Orchestrées par les organismes de santé publique internationaux et gouvernementaux, ces formations placent les matrones à l'interface des représentations de la « modernité » et de la « tradition » : les formations des matrones sont, en effet, le véhicule des pratiques et représentations « modernes » du système biomédical. Pourtant, l'appellation « traditionnelle » données aux matrones semble vouloir cantonner ces dernières au domaine du passé.

Ce chapitre propose d'étudier les matrones en tant qu'institution sociale à partir des formations organisées dans des cadres biomédicaux, d'abord à l'époque coloniale puis par les institutions internationales et locales de développement. Nous verrons, dans un premier temps, les contextes historiques et sanitaires ayant favorisé la mise en place des activités destinées aux matrones. Les trois paragraphes suivants seront consacrés respectivement à l'étude des représentations autour des matrones, aux échecs des formations qui leur sont consacrées ainsi qu'aux points de vue divergents à propos de l'utilité de ces formations émises dans le domaine de la santé publique. Le quatrième volet permettra de placer les formations des matrones dans la perspective politique que présente l'étude de la hiérarchie des savoirs. Enfin, le dernier paragraphe s'intéressera à la décision récente des instances internationales de santé publique de ne donner plus aucun rôle aux matrones dans l'objectif de réduction de la mortalité maternelle.

FAITS HISTORIQUES ET JUSTIFICATIONS SANITAIRES

En Inde, les premières actions sanitaires de médicalisation de l'accouchement datent du début du XIX^e siècle. A cette époque, la plupart des accouchements avaient lieu à domicile avec l'aide d'une matrone, d'un membre de la famille ou de l'entourage social. La naissance, est décrite comme un événement très favorable pour la gestante et sa famille, mais aussi comme un acte polluant et impur (Good, 1991; Guha, 1998; Jeffery, Jeffery, 1993). L'accouchement était pratiqué par des femmes de basses castes ou de religion musulmane tenues pour responsables, par les différents protagonistes du système biomédical, des taux élevés de mortalité

maternelle et infantile (Charu, 2001). Les matrones étaient perçues comme malveillantes, sales, ignorantes et difficiles à convertir à l'usage des bonnes pratiques prescrites par leurs formateurs²⁹⁰. Le lancement des programmes de formation des matrones est l'une des activités ayant accompagné les prémices de la biomédicalisation de l'accouchement en Inde²⁹¹.

Deux programmes majeurs ont été mis en place pour apporter des soins biomédicaux aux femmes indiennes lors de l'accouchement. Le premier fut lancé dans toute l'Inde grâce aux fonds alloués par Lady Curzon, la comtesse du Dufferin en 1885²⁹². Il avait pour objectif de recruter des médecins, infirmières, sages-femmes expatriées formés à la médecine occidentale. L'autre commença en 1903 avec la création de la première formation de matrones grâce au Victoria Memorial Scholarship Fund. Ce programme dénonçait les mauvaises pratiques des matrones tenues pour responsables des taux de mortalité maternelle et infantile élevés. Il avait pour objectif de remplacer les traitements fournis par des matrones jugées néfastes au profit de l'apprentissage des bonnes pratiques. Ce programme ne recevra pas le succès attendu et justifiera son échec²⁹³ par l'argument de la résistance active des matrones au changement. En résumé, selon certains auteurs (Charu, 2001; Guha, 1998; van Hollen, 2003c) les problèmes de santé des femmes et des enfants auraient servi de base à la construction d'un discours sur l'accouchement dans l'Inde coloniale. Ces auteurs décrivent les formations des matrones comme un prétexte pour les administrateurs coloniaux à pénétrer dans la vie intime des foyers²⁹⁴. Selon eux, le discours concernant la nécessité de médicaliser l'accouchement avait surtout pour fondement la nécessaire légitimation du rôle civilisateur des Britanniques. Il faut cependant modérer ces positions, parfois extrêmes, propres aux études post-coloniales. Nous retiendrons que les objectifs spécifiques atteints grâce aux actions

²⁹⁰ « Hindu enlightened middle-class reformers tried to show up the dai [matrone] an evil and dangerous witch within an otherwise progressive India » (Charu 2001 :181).

²⁹¹ Je traite cette question dans la partie III.

²⁹² Les deux programmes ont été encouragés par la reine Victoria. Le premier est connu également sous l'appellation National Association for Supplying Female Medical Aid to the Women of India (Van Hollen, 2003: 42).

²⁹³ On peut supposer que d'autres facteurs comme l'utilisation de modes pédagogiques inappropriés sont aussi responsables de cet échec.

²⁹⁴ Plus précisément, selon Van Hollen, les formations des matrones ont servi à l'objectif suivant: "(...) by penetrating this space and bringing to it knowledge of Western medicine and sanitation, not only the private space but the entire nation could become enlightened." (Ibid : 49).

menées dans ce cadre étaient multiples: les prémisses à l'instauration de l'organisation d'un département gouvernemental de santé materno-infantile, l'établissement d'un réseau d'institutions biomédicales pour la santé des femmes et des enfants et l'emploi pour des femmes européennes et anglo-indiennes dans ces secteurs.

Ainsi, les activités de soins de santé de la mère et de l'enfant²⁹⁵ débutèrent de manière informelle au début du XXe siècle, avec les formations de sages femmes et d'agents de santé des femmes²⁹⁶. La transition vers un contrôle officiel des activités de MCH par le gouvernement indien se fait en 1938 avec la mise en place d'activités de formation et de développement d'institutions de santé durant les premiers et second « Five Years Plans » (1951-1956 et 1956-1961), et d'organisations successives d'activités durant les « Five Years Plan » suivants. En 1953, des formations d'Auxiliaires Infirmières Sages-femmes (ANM) et d'infirmières sont mises en place²⁹⁷. (Gupte, 1998). Le programme national de formation des matrones, « Dai Training scheme » lancé durant le sixième Five Years Plan (1980-85) avait pour objectif de moderniser les soins traditionnels prodigués par les matrones durant la grossesse et l'accouchement, et de former une matrone dans chaque village. Fin 1985, 500 000 matrones furent formées. Cependant, le rapport de 1994 établi par le gouvernement²⁹⁸ rapporte les nombreux dysfonctionnements du programme (Lingam, 1998b). En effet, les objectifs fixés par les programmes sanitaires divers n'ont généralement pas été atteints.

Malgré la mise en place d'infrastructures obstétricales, les indices de santé maternelle restent très préoccupants. Selon l'étude nationale de la santé familiale (National Family Health Survey) réalisé en 1993, le taux de mortalité maternelle en Inde était estimé de 420 à 500 pour 100.000 naissances vivantes (Pachauri, 1998). En 1992, le gouvernement indien a lancé le programme « Survie des enfants » (Child Survival) et

²⁹⁵ Mother and Child Health (MCH).

²⁹⁶ Lady Health Visitors (LHV).

²⁹⁷ A cette époque, les activités officielles de santé de la mère et de l'enfant comprennent les soins pré et post nataux, le « Integrated Child Development Services Scheme » (ICDS), le « National Programme for Control of Blindness », ainsi que les programmes pour le contrôle des maladies diarrhéiques et le Planning Familial. (Gupte 1998 : 137).

²⁹⁸ Gouvernement of india, 1994. Action Plan for Revamping the Family Welfare Programme In India. New Delhi. Ministry of Health and Welfare.

« Maternité sans risques » (Safe Motherhood) afin de réduire ce taux à 200 pour l'année 2000 (Rao et al, 2001). Cependant, selon les estimations de l'an 2000, 540 femmes - pour 100.000 naissances vivantes - continuent de mourir durant la période de la grossesse ou des 42 jours suivants l'accouchement²⁹⁹. Comme dans de nombreux pays du Sud, les formations de matrones organisées depuis plus de vingt ans par les institutions internationales et les organisations locales ont été principalement centrées sur la promotion de pratiques dites sans risques (lavage des mains, section du cordon avec une lame de rasoir stérile) et l'abandon de pratiques jugées néfastes (le toucher vaginal répété, les massages utérins pendant le travail). Non liées à une mise en place effective d'un système de référence des cas d'accouchements difficiles vers un centre de soins, elles se sont avérées inefficaces pour réduire la mortalité maternelle (Mamdani, 2002). Les réformes en matière de santé maternelle lancées par le gouvernement central indien prônent désormais la mise en place de nouveaux programmes de formation de matrones uniquement dans le cadre d'institutions gouvernementales (PROD)³⁰⁰. Ces formations ont pour objectifs principaux d'augmenter le nombre d'accouchements sans risques grâce à la mise en oeuvre d'un système de référence entre les matrones et les centres obstétricaux et grâce à l'implication de la communauté dans le choix des matrones à former³⁰¹.

Le « choix de la communauté »³⁰² intervient désormais dans les objectifs préalables des formations de matrones initiés par les autorités sanitaires indiennes. Cette

²⁹⁹ Le taux de mortalité maternelle, qui mesure le nombre de décès dus à des complications liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes, s'élevait dans le monde entier à 400 pour 100 000 naissances vivantes. Au plan régional, c'est en Afrique qu'il est le plus élevé (830), puis vient l'Asie (330), à l'exception du Japon, l'Océanie (240), à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, l'Amérique latine et les Caraïbes (190) et les pays industrialisés (20). Au plan mondial, 13 pays en développement comptent pour 70 % de tous les décès maternels. C'est l'Inde qui vient en tête, avec en valeur absolue 136 000 décès, puis le Nigeria où l'on compte 37 000 décès. (WHO, 2004c). Ces chiffres sont à discuter puisque dans de nombreux pays du Sud, il n'existe pas de système de recensement des morts maternelles et qu'elles sont probablement sous estimées.

³⁰⁰ Policy Reform Options Database (PROD) est une banque de donnée pour les réformes du secteur de la santé. Cet outil a été développé pour les programmes du ministère de la santé et du bien être de la famille avec l'aide de la commission européenne. www.prod-india.com/info.htm

³⁰¹ La cible première est la région du Karnataka désignée comme la plus favorable en raison d'une moyenne de 50% des accouchements « institutionnels » et d'une soi-disant préférence de la communauté à accoucher avec un personnel qualifié. . www.prod-india.com/info.htm.

³⁰² Cet argument nécessiterait aussi un développement sur les critères de « choix de la communauté », qui implique de définir les constructions du « choix », et la définition de la « communauté ». Je ne développerai pas ce sujet afin de ne pas m'éloigner de mon propos. Olivier de Sardan (1995) a montré comment certains acteurs sont désignés par les agents de développement comme les représentants de la communauté et tenus pour responsables de la désignation du « choix » ou de « l'implication » communautaire.

décision relève de la prise en compte d'un élément souvent ignoré par les formateurs. Les matrones, comme les individus en général, se distinguent chacune par des critères liés à leur histoire personnelle, leur statut, etc. qui sont, entre autres, des éléments déterminants de leurs pratiques de soins. Pourtant, comme je vais l'examiner dans la section suivante, les matrones sont souvent perçues comme constituant un groupe homogène de praticiennes « traditionnelles ». Les discours scientifiques, « développementalistes »³⁰³ ou idéologiques à leur sujet se sont construits, et s'élaborent toujours à partir de ce présupposé.

« TBA » OU LES FACETTES D'UN CONCEPT

Les termes d'une appellation

Au XIX^e siècle, les administrateurs coloniaux, les missionnaires et les professionnels médicaux avaient déjà regroupé toutes les matrones indiennes sous l'appellation *dai* (van Hollen 2003). Puis dans les années soixante dix, en réaction aux programmes de développement et suite aux travaux de nombreux anthropologues mettant en avant le fait que les « populations cibles » avaient aussi les moyens de préserver leur santé, de nouveaux acteurs sont pris en considération par les institutions internationales de santé publique : les praticiens de médecine traditionnelle (Traditional Medical Practitioners, TMP) et les accoucheuses traditionnelles (Traditional Birth Attendants TBA). Malgré la variété de personnes et de pratiques les désignant, les TMP et TBA représentent une catégorie créée par le développement. En effet, elle regroupe sous une même appellation des femmes dont l'activité de « matrone » est très différente : Celles qui ont une pratique régulière, épisodique, voire exceptionnelle des accouchements, celles qui ne font que les accouchements et d'autres qui sont chargées de la réalisation de nombreux rites et/ou des soins généraux du corps. Ces appellations ont pour fonction de répondre à un besoin de généralisation, nécessaire pour transcrire les objectifs des organisations internationales dans un langage d'expertise transnationale (Pigg,

³⁰³ C'est à dire le discours des experts des actions de développement.

1997b). Au Tamil Nadu, par exemple, le terme *maruttuvacci*, féminin de *maruttuvar*, le médecin désignant les matrones hindoues de cette région aurait reçu une connotation négative auprès des matrones après la mise en oeuvre des programmes gouvernementaux de formation. Les matrones « formées » préféraient le terme de *dai* à celui de *maruttuvacci*. Selon elles, l'appellation *dai* était perçue de manière plus valorisante et semblait augmenter leur légitimité auprès de leur communauté. (Van Hollen, Ibid :41)³⁰⁴. Ces formations opéraient une distinction entre les *dai* « formées » dans le cadre biomédical et les *maruttuvacci* « non formées » (van Hollen 2003).

Un conflit de représentations

Voyons maintenant le processus simplificateur à l'œuvre dans les instances internationales dont la fonction d'expertise transnationale en fait, par essence, des instances non sensibles aux distinctions locales fines. Mes expériences antérieures dans la coordination de programmes de santé maternelle et dans la mise en œuvre de formations de matrones³⁰⁵ me conduisent à l'analyse suivante. Le besoin institutionnel de trouver des femmes à former en tant que « TBAs », conduit à regrouper sous un même terme générique des femmes dont la fonction est tout à fait différente. Ceci conduit à présenter comme similaires trois catégories de praticiennes. La première regroupe des femmes dont le rôle social communautaire consiste à la pratique régulière des accouchements à domicile, mais aussi la délivrance de traitements pour des maux divers du corps ainsi que la pratique de rites marquant les différentes étapes de la vie. La deuxième catégorie est représentée par des femmes qui effectuent de manière épisodique des accouchements de membres de leur famille ou de leur réseau social. Le dernier groupe est celui des femmes qui ne pratiquent jamais d'accouchement mais qui ont été recrutées dans le cadre de la formation selon des critères autres que celui-ci (l'âge et le niveau d'éducation). A la fin de la formation, ces personnes sont censées faire des accouchements. Au total, toutes ces femmes ne se reconnaissent pas forcément

³⁰⁴ Dans cette région, la matrone musulmane est désignée par le terme *nācuvar* ou *ampaddacci*. Dans les deux cas, ces matrones sont issues de la caste des barbiers, une basse caste, dont la fonction serait d'enlever les pollutions.

³⁰⁵ Au Pakistan et en Afghanistan.

comme « TBAs ». Elles attendent de la formation aussi bien un apprentissage de nouvelles pratiques, qu'une reconnaissance sociale ou financière souvent à l'origine de leur participation à la formation. Ces formations regroupent souvent des femmes dont les critères d'admission ne sont pas forcément relatifs à une activité de matrone bien établie mais sont liés à leur âge, leur statut familial ou leur niveau d'éducation. Des critères similaires de recrutement ont été utilisés au Tamil Nadu. Dans un village des environs de Pondichéry, une infirmière chargée du recrutement des matrones pour les formations m'avait expliqué :

« On donne des stages aux filles qui en ont envie. C'est ainsi que les accoucheuses sans expérience font ce stage. Après le stage, on les nomme accoucheuses traditionnelles. »

Les critères de recrutement des matrones ne sont pas identiques dans tous les districts. A Namakkal, l'infirmière responsable d'un centre de santé m'avait dit :

« On donne des stages aux accoucheuses du village en prenant compte de leur expérience. Il faut avoir travaillé au moins cinq ans en tant qu'accoucheuse pour faire ce stage. »

Plusieurs matrones rencontrées au Tamil Nadu m'ont expliqué que malgré leur désir de participer aux formations, elles en avaient été exclues. Les raisons invoquées concernaient, en dehors des contraintes familiales, un refus des formateurs de les impliquer dans le programme sous prétexte d'un âge trop avancé. Enfin, un autre critère de sélection invoqué par l'infirmière était le suivant :

« Si la mère ou l'enfant sont morts pendant l'accouchement, alors on ne prend pas ces accoucheuses qui sont les causes de ces morts. »

Les dires de cette infirmière seraient bien sûre à vérifier. Néanmoins, ce propos me semble très intéressant pour illustrer un certain point de vue des représentants du système biomédical sur les pratiques des matrones qui a été documenté par ailleurs. Parfois, ces pratiques sont perçues de manière décontextualisée des réalités sanitaires, sociales et économiques qui les déterminent. C'est avec cet oubli constant de la prise en compte des problèmes d'infrastructures comme l'absence ou le mauvais état des voies carrossables, le manque de transport et/ou de ressources, ou les mauvaises expériences précédentes des femmes à l'hôpital, que les matrones sont jugées comme directement responsables des taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans leur village (Davis-Floyd, 2003). Dans cette logique, la formation ne

permet pas un réajustement de l'enseignement face aux difficultés rencontrées par les praticiennes et l'expérience se présente comme un handicap.

La représentation que se construisent elles-mêmes les matrones de leur rôle et leurs activités est aussi modelée par l'importance et le rôle social que leur communauté respective leur attribue. Par exemple, Samuel et Rozario (2002) distinguent les représentations « traditionnelle » et « moderne » des matrones et explorent les variations de ces représentations dans un contexte de mise en place de formations des matrones. Dans certaines régions du Nord de l'Inde³⁰⁶, les matrones sont qualifiées d'êtres inférieurs puisque leur rôle est perçu comme limité à la manipulation des produits de déjection de l'accouchement - sang, cordon, placenta - jugés impurs (Jeffery, Jeffery, 1993). Selon Samuel et Rozario (2002) et Chawla (1994), la consignation des matrones au rôle de « dépollution » résulterait d'un processus de marginalisation de ces femmes par les praticiens masculins de médecine traditionnelle de leurs villages³⁰⁷. Enfin, selon Van Hollen (2003), la diffamation historique des matrones en Europe et aux Etats Unis³⁰⁸ aurait eu un impact majeur sur la construction des représentations négatives des matrones indiennes durant la colonisation. Pour ma part, je ne souscris pas à cette idée de généralisation de la dévaluation du statut social des matrones en Inde du Sud. Selon les femmes paysannes que j'ai rencontrées, la « dépollution » n'est jamais présentée comme l'acte essentiel de l'accouchement. Elle n'est pas non plus envisagée comme la fonction majeure des matrones³⁰⁹. Une pluralité des modes de reconnaissance sociale distingue certaines praticiennes (qui sans être reléguées totalement au monde de l'impur en raison de la gestion des produits impurs de l'accouchement) ont un statut social médiocre dans leur village, et d'autres qui bénéficient d'une reconnaissance sociale, voire d'une certaine admiration par d'autres femmes. Par exemple, une femme de Karik qualifiait de « déesse », Angelai, la matrone la plus réputée de son village, parce que:

³⁰⁶ Mais pas au Ladakh où la fonction de matrone traditionnelle n'existe pas. Voir à ce sujet (Hancart Petitet, 2005)

³⁰⁷ Voir aussi Chawla (1994).

³⁰⁸ En Europe, les matrones ont été accusées de sorcellerie, en particulier par les médecins. (van Hollen, Op Cit : 40)

³⁰⁹ Ceci a également été décrit par Ram (1994) et van Hollen (2003) qui ont tous les deux travaillé auprès de communauté de pêcheurs respectivement dans les environs de Madras et dans le district côtier de Kanya-Kumari.

« Contrairement au docteur à l'hôpital qui utilise des gants, elle est brave, et c'est à mains nues qu'elle fait l'accouchement. Si elle doit aller chercher le placenta, elle n'utilise pas de machine à aspirer, et met sa main directement à l'intérieur. » (Soubatra) ³¹⁰

Néanmoins, cette emphase est à mesurer. Voici ce qu'en dit la matrone Angelai.

« Oui, ils me vénèrent comme une déesse pendant l'accouchement. Ils me disent que je leur ai donné la vie et que si je n'étais pas venue à temps le bébé et la mère n'auraient pas survécu. Après ils ne me donnent pas le même respect. Ils ne me donnent pas mon salaire tout de suite. Certains ne me le donnent pas le même jour, certains me disent de venir plus tard. D'autres me grondent quand je vais le demander.»

Enfin, Samuel et Rozario (2002) affirment que la modernité permettrait une renégociation de la relation « soignant-soigné » puisque la matrone bénéficierait, par le biais des formations, de l'accès aux techniques biomédicales et d'un statut similaire à celui de la sage-femme occidentale en tant que professionnelle expérimentée. Cette affirmation est à pondérer. La formation dans le système biomédical n'est qu'un des divers critères qui déterminent le statut social des matrones et le choix de leurs pratiques de soins³¹¹.

LES MATRONES ET LA SANTE PUBLIQUE

Dans le domaine de la santé publique, deux raisons majeures ont été évoquées pour expliquer l'échec de la formation des matrones. Premièrement, les matrones n'ont pas les capacités d'appliquer les mesures requises pour la prise en charge d'une complication obstétricale. Deuxièmement, les formations doivent impérativement s'appuyer sur la mise en place d'un système de référence entre « la communauté » et les institutions de soins biomédicaux (Maine, 2000). Certains auteurs (Berer, 1999; Jordan, 1993) ont documenté les erreurs souvent commises lors des formations des matrones. Il s'agit de l'ignorance du contexte social et culturel de la naissance; de l'utilisation de pratiques pédagogiques inappropriées et basées principalement sur des modes d'enseignement uniquement didactiques. Les

³¹⁰ Ceci nous invite à réfléchir aussi sur la mise en pratique de certaines règles, comme le port de gant, prônées par les formations. Je reviendrai sur ce sujet.

³¹¹ Voir le chapitre précédent à ce sujet.

autres carences mentionnées sont le manque de pouvoir social de la matrone (quand, par exemple, elle est supposée prendre la décision d'envoyer une femme qui accouche à l'hôpital) et la limitation économique de la décision de référence (paiement du transport et des médicaments). Troisièmement, les limitations des services biomédicaux sont eux-mêmes en cause dans l'échec des formations des matrones en raison du manque de personnel, d'équipement, d'organisation et de médicaments³¹².

En Inde, les études conduites par Mandani (2002), Pendse (1999) et Pachauri (1998) font des constats similaires à ceux décrits par les experts des organisations internationales de santé publique. Les autres travaux conduits au sujet des matrones en Inde n'ont pas documenté cette question du point de vue des matrones. Au Tamil Nadu, de nombreuses matrones ont bénéficié des formations organisées par le gouvernement. Le recueil des discours des matrones à ce sujet va me permettre d'explorer d'autres raisons pour lesquelles ces formations n'ont pas eu répondu aux attentes des experts de santé publique.

L'un des temps forts de la formation rapporté par les matrones (et présent durant celles auxquelles j'ai pu assister) est la remise d'une petite mallette en acier aux diplômées. Cette mallette contient des matériaux et consommables divers supposés aptes à asseoir le nouveau statut des « formées » et à rendre possible la mise en oeuvre des pratiques apprises. Pourtant, peu de ces programmes prévoient la mise en place d'activités de suivi et le renouvellement du matériel distribué. Voyons ce que nous dit à ce propos Deepanchanjale, une matrone rencontrée à Outchimedu un village de Karik.

« Je suis allée trois fois pour la formation de la matrone. On nous a donné des primes et des cadeaux pour assister la formation. Quand je suis allée pour la première fois, on m'a donné un équipement médical : des ciseaux, des médicaments, du coton, un drap en caoutchouc et des médicaments pour appliquer après la césure de cordon. La deuxième fois et troisième fois, on ne m'a donné que la formation. J'ai demandé un autre kit et j'attends de le recevoir. »

De plus, une vieille matrone d'un village des environs de Pondichéry m'a confié :

³¹² En ce qui concerne l'Inde, voir par exemple Mandani (2002) ; Pachauri (1998) et Pendse (1999).

« Oui depuis la formation, j'utilise toujours des gants pour faire un accouchement. Mais maintenant il ne m'en reste plus qu'un, l'autre a été mangé par un corbeau. »

L'absence de renouvellement du matériel distribué est un facteur évident des carences des formations. La matrone Deepanchanjale qui n'a plus de kit d'accouchement disponible à domicile me décrit néanmoins ses pratiques d'hygiène lors des accouchements.

« Depuis la formation, chaque fois que j'assiste un accouchement, je lave bien mes mains avec du savon et je mets des gants. Je mets les équipements dans l'eau chaude avant les utiliser. Pour le pansement du cordon, j'utilise du coton, mais pas de tissu vieil ou d'autre tissu. Je jette les gants utilisés à la poubelle. »

Lors de ses travaux menés au Népal, Pigg (1997b) a mis en évidence comment les formations consistent principalement pour les matrones en l'apprentissage d'un langage, celui des formateurs. Selon Pigg, la pédagogie utilisée lors des formations où les matrones ne sont pas conviées à s'exprimer au sujet de leurs pratiques, les conduit à s'approprier un nouveau langage. Ce langage leur permet de parler de ce qu'elles sont supposées faire sans pour autant le mettre en pratique. Ainsi, dans le contexte de leur énoncé, il n'est pas exclu que les précautions d'hygiène décrites par la matrone Balarathman soit un témoignage d'une utilisation maîtrisée du langage des formateurs.

Les raisons pour lesquelles les pratiques apprises ne sont pas mises en œuvre s'avèrent parfois autres que celles énoncées précédemment. Une pratique apprise n'est pas appliquée par une matrone lorsque les patientes la refusent, où lorsque cette matrone juge que cette pratique ne lui apporte aucun bénéfice. Ainsi une matrone "formée" exerçant dans la ville de Pondichéry m'affirmait:

« Si je fais comme ils font à l'hôpital, pourquoi les femmes préféreraient-elles accoucher avec moi ? »³¹³

Enfin, la formation apparaît pour certaines matrones l'occasion d'apprendre de nouvelles pratiques qui ne sont pas forcément incluses dans les formations. L'une nous dit :

« Depuis la formation, je sais donner l'enema avant le commencement de l'accouchement. Je sais aussi donner la piqure pour oublier la douleur de l'accouchement. Mais je ne sais

³¹³ Voir le portrait de cette matrone dans le chapitre suivant.

pas le nom de cette piqûre. Quand j'en ai besoin, je vais à la pharmacie et je demande la piqûre qui fait oublier la douleur de l'accouchement. »

Certaines matrones ont reçu, par exemple, des formations dont l'objectif était de les amener à accompagner les femmes à l'hôpital lors de l'apparition d'une complication obstétricale. Ces complications sont facilement identifiables (saignements pendant la grossesse, saignements importants à l'accouchement ou après l'accouchement, convulsions, fièvre, écoulements vaginaux, maux de tête, œdèmes des membres et de la face, travail excédant une durée de douze heures). Cependant, des facteurs divers font qu'il est parfois difficile pour les matrones de mettre en pratique les recommandations apprises. Par exemple, en zone rurale en Inde du Nord, Jeffery & Jeffery (1993) et Jeffery et al. (1989) ont mis en évidence les raisons pour lesquelles le pouvoir social des matrones est limité. Dans ces villages, ni les femmes ni les matrones ne choisissaient le lieu de l'accouchement. Les femmes hindoues et musulmanes, riches ou pauvres, accouchaient là où elles vivaient, et là où l'enfant était supposé avoir été conçu, c'est-à-dire dans la maison des parents de leur mari (Jeffery et al 1989). Accoucher dans un lieu autre était considéré comme particulièrement choquant³¹⁴. Au Tamil Nadu, Ram (1994) et Van Hollen (2003) ont documenté d'autres raisons pour lesquelles les femmes qui ont des accouchements difficiles ne sont pas conduites à l'hôpital, même si les matrones le recommandent. En effet, les personnes préfèrent ne pas se rendre à l'hôpital en raison de mauvaises expériences antérieures (délais trop importants ou des absences de prise en charge, insultes et des mauvais traitement du personnel hospitalier). Pour ma part, j'ai pu constater que la majorité des femmes du village d'étude, proche de la maternité du centre de soins de santé primaire, s'y rendaient pour accoucher. La matrone continuait d'assister à domicile les accouchements trop avancés où les femmes n'avaient plus le temps d'être conduite à la maternité. Dans un village reculé, l'argument avancé par les personnes à propos des réticences à conduire les femmes à l'hôpital était principalement d'ordre économique³¹⁵.

³¹⁴ Aucun détail n'est donné à propos des motifs de cette prescription concernant le lieu de l'accouchement.

³¹⁵ Je reviendrai sur cette question dans la partie III.

En Inde, depuis les années 1960, des « Auxiliary Nurses Midwives » (auxiliaires infirmières sages-femmes) sont formées dans le cadre de programmes nationaux d'études paramédicales. Ces « ANMs » sont chargées d'établir des liens de référence entre les praticiens traditionnels, dont les matrones, et les centres de soins de santé primaire. Elles sont parfois intégrées au sein de maternités gouvernementales et font les accouchements sous la responsabilité des médecins. Aujourd'hui un nouveau courant tend à vouloir peu à peu remplacer les matrones par des ANMs. Cette option repose sur le constat d'échec des formations de matrones réalisées ces vingt dernières années. Elle ne remet pas en cause la pertinence de ces formations et la pédagogie utilisée mais la capacité des matrones à être des actrices utiles dans la réduction de la mortalité maternelle. Cependant, la mise en œuvre de cette nouvelle politique se heurte aujourd'hui à de nombreuses difficultés. Par exemple, le constat de la nécessité de former des femmes originaires de la communauté concernée se heurte en zone rurale à la difficulté de recrutement des candidates³¹⁶. En effet, les programmes de formation nationale des Auxiliary Nurses Midwife prévoient un niveau d'étude élémentaire à partir duquel la formation peut débiter. Or, en zone rurale, les candidates n'ont pas forcément le niveau d'étude requis pour pouvoir intégrer les formations (Pallikadavath et al, 2004). En dehors des critères établis par les programmes de santé publique, les défauts de recrutement des « ANMs », ou des matrones à former, s'expliquent aussi par le manque d'intérêt de jeunes femmes à exercer ces professions. Par exemple, la fille d'une matrone nous confiait :

« Je ne veux pas apprendre le métier de ma mère. C'est très fatigant, et il n'y a pas de jour ou d'heure, il faut tout le temps être prêt pour aller travailler. Elle rate plein de cérémonies à cause de ce travail.»

Les arguments avancés par la jeune fille ne concernent ni le manque de reconnaissance sociale et financière, ni la dépréciation du statut que confèrerait le métier de matrone. Ces facteurs ont été souvent décrits par certains auteurs³¹⁷ et il n'est pas exclu que la fille de la matrone les prenne en considération. Néanmoins, la raison énoncée est une revendication personnelle à une vie meilleure.

³¹⁶ En Afghanistan en 2001, UNICEF lançait un programme similaire et se retrouvait face au même problème de recrutement des candidates. Notes personnelles.

³¹⁷ Il s'agit par exemple de Chawla (1994 ; 2006) ; Rozario et Samuel et Jeffery *et al* (1989).

LE ROLE DES MATRONES : DES OPINIONS CONTRASTEES

Le contenu des textes produits en Inde au sujet du rôle à donner aux matrones dans la mise en place des activités de santé publique est contrasté. Les discours permettent de distinguer deux opinions majeures. Certains arguments tendent à montrer les bénéfices de l'implication des matrones sur la mise en œuvre de programmes sanitaires. D'autres prises de position se font en faveur de la disparition des pratiques de ces dernières³¹⁸. Sur le terrain, les politiques mises en œuvre à ce propos varient selon les Etats. Le rapport du Ministère Fédéral de la Santé et des Affaires Familiales mentionne que la stratégie de formations des matrones lancée en 2001-2002 est mise en œuvre dans les 156 districts et les 18 Etats et Territoires de l'Union où le nombre de « safe delivery » est inférieur à 30% (GOI, 2005). L'objectif est de former une *dai* pour chaque village afin que les femmes « accouchent sans risque » (*Ibid* : 160). Dans les autres Etats, la stratégie diffère. Par exemple, au Karnataka, 50% des femmes accouchent dans des maternités. Le gouvernement prévoit la mise en œuvre de formation de matrones dans le but d'augmenter la référence des femmes à l'hôpital (PROD, 2002). Au Tamil Nadu, les autorités sanitaires lancent des campagnes d'éducation dont l'objectif est d'encourager les familles à se rendre à l'hôpital pour les soins de l'accouchement. A la maternité de l'hôpital de Namakkal, devant l'entrée de la salle d'accouchement, une affiche de l'OMS (dont la conception graphique semblait avoir été inspirée par les panneaux de signalisation routière), représentait le dessin barré en rouge d'une femme enceinte face à une matrone. Une infirmière à qui j'avais demandé de me traduire le slogan écrit en tamoul m'avait dit :

« That's mean, no delivery with TBA³¹⁹ ! »

Ammulu, une auxiliaire infirmière sage-femme qui travaillait dans un centre de santé d'un village des environs de Namakkal s'exprimait ainsi à ce sujet :

³¹⁸ Je traiterai en détails cette question dans la section suivante.

³¹⁹ Traditional Birth Attendant

« Le gouvernement fait des annonces à la radio et demande aux gens de ne pas accoucher avec les *dais*. Ils doivent aller dans les hôpitaux publics. Le gouvernement dit que pour le bien-être des mères et des enfants, il a construit des centres [PHC] et des postes [subcenter] de santé. Maintenant la majorité des personnes vont dans les hôpitaux de l'Etat pour les accouchements. »

Les matrones que j'ai rencontrées au Tamil Nadu étaient au courant de ces mesures restrictives à l'égard de leurs pratiques et ces interdictions avaient un impact direct sur leurs pratiques de soin. Voici ce que nous dit la matrone Angelai (du village de Karik) à ce sujet:

« Quand les gens m'appellent pour un accouchement, j'enlève le sari de la femme enceinte et je regarde l'abdomen. Alors, je vais décider: Si la femme enceinte a des douleurs de l'accouchement, je vais lui donner le *kacayam* (mélange de plantes médicinales). Si les douleurs augmentent avec ça, alors il s'agit des vrais douleurs de l'accouchement. Dans ce cas, je vais faire un massage avec de l'huile de sésame. Je ne fais pas de massage avant parce que s'il y a un problème et que la femme doit être amenée à l'hôpital le docteur va disputer la femme lorsqu'il verra l'huile sur son ventre. »

Aujourd'hui la question de former ou non les matrones est un des grands débats qui animent l'initiative « Maternité sans risque ». S'il semble communément admis que les formations des matrones sont un échec, les matrones effectuent toujours une large proportion des accouchements. Voyons maintenant les arguments majeurs sur lesquels se constituent les oppositions idéologiques à l'égard des formations des matrones.

Le besoin de « surcapacitation » des matrones

Des études conduites en Inde ont montré que la formation des matrones aux pratiques de réanimation néonatale avait des effets positifs sur la survie des nouveaux-nés (Bang 1994, Kumar 1994, Bang et al.1999). Selon ces auteurs, les matrones apparaissent comme les relais des services sanitaires biomédicaux. Dans le cadre de programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les matrones sont envisagées comme un relais idéal pour la mise en place des antirétroviraux à domicile³²⁰ (Bulterys *et al*, 2002). Ces auteurs proposent de former

³²⁰ Traitement antirétroviral spécifique à la réduction de la transmission verticale du VIH lors de l'accouchement. Le protocole utilisé en schéma court prévoit la prescription d'une dose pour la mère à l'accouchement et d'une dose pour l'enfant dans les 72 heures suivant celui-ci. Voir la partie IV Chapitre 2

les matrones à la pratique du conseil confidentiel et du test de dépistage ainsi qu'à la délivrance d'antirétroviraux à la mère lors de l'accouchement. De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé encourage les gouvernements à utiliser les matrones pour réduire la fréquence des hypothermies néonatales et limiter le nombre de cas d'ophtalmies à chlamydiae (WHO, 1994). En Inde, les matrones sont parfois désignées comme les actrices idéales pour améliorer la perception et l'acceptabilité des moyens de contraception en zone rurale (Singh, Kaur, 1993), ou pour le dépistage des infections pulmonaires et la délivrance à domicile de traitement antituberculeux (Balasubramanian, 1997).

Pour les mêmes raisons évoquées précédemment, le recours aux matrones pour la réalisation de programmes sanitaires a été utilisé dans les camps de réfugiés³²¹. En Inde, par exemple au Tamil Nadu, un programme d'assistance humanitaire destiné à 65.000 réfugiés tamils en provenance du Sri Lanka³²² présente les objectifs suivants :

« The objectives (...) are to empower the refugees to stand on their own feet and sustain themselves while they are in India (...) The objective of this project component is to improve health in target communities, particularly among women and children and the promotion of safe motherhood. (...) The training of Traditional Birth Attendants is the current priority of this project, so that the provision of medical assistance can be sustainable.»³²³

(Extrait du document diffusé par l'Organisation for Eelam Refugees Rehabilitation)

Cet extrait de document est utile pour décrire les attentes formulées autour des formations des matrones. Cette activité est présentée ici comme le moyen de répondre à l'objectif général du programme soit « l'empowerment »³²⁴ des réfugiés ». De plus, selon les auteurs du document cette formation permet d'assurer la pérennité de la délivrance des soins de santé.

³²¹ En particulier au Rwanda, en Birmanie et en Afghanistan. (Notes personnelles)

³²² Ce programme est mené par l'Organisation for Eelam Refugees Rehabilitation (OfERR). Voir le site www.oferr.org www.ncca.org.au/christian_world_service/at_work_with_our_partners/asia/india

³²³ « Les objectifs (...) sont d'accompagner les réfugiés vers l'autonomie durant leur séjour en Inde (...). L'objectif de cette composante du projet est d'améliorer la santé des communautés visées, en particulier celle des femmes et des enfants, et de promouvoir les soins de maternité sans risque (...). La formation des TBAs est la priorité actuelle du projet, ainsi, l'assistance médicale peut être pérenne. » (Traduction).

³²⁴ Terme anglais utilisé dans le langage du développement qui signifie l'action de renforcer ou de donner du pouvoir à quelqu'un en terme d'aide financière par exemple.

La nécessité de supprimer les pratiques des matrones

Les formations des matrones réalisées en Inde d'abord par des initiatives privées dans les années 1885 et 1903, puis lors d'un programme national dans les années 1980, n'ont pas eu les bénéfices attendus (Van Hollen 2003). Le rapport de 1994, « Action Plan for Revamping the Family Welfare Programme in India », établi par le Ministère de la Santé et de la Famille, mentionne les difficultés de mise en œuvre du programme (Lingam, 1998b). Les défauts relevés sont le nombre insuffisant de formateurs et le manque de matériel pédagogique, les cours trop longs et trop techniques et l'absence de prise en compte des savoirs des matrones ainsi que le problème de transport et de distance conduisant des candidates à abandonner la formation. Par ailleurs, les effets de l'absence de formation sur les conduites à tenir en cas de complication obstétricale et la difficulté de mettre en application la recommandation de référence des cas d'accouchements difficiles en l'absence de supports logistique³²⁵ et institutionnel³²⁶ supplémentaires sont aussi des problèmes mentionnés (Ibid : 122)³²⁷.

Les initiatives pour combattre le fléau de la mortalité maternelle ont été nombreuses³²⁸. En 1987, « l'Initiative Maternité Sans Risque »³²⁹ lancée à Nairobi se donnait pour objectif de réduire de moitié le nombre de cas de mort maternelle d'ici 2000. Les chiffres avancés par l'OMS (WHO, 2004f) montrent que cet objectif n'a pas été atteint. En 2000, le cinquième objectif émis lors de la Déclaration du Millénaire³³⁰ était une réduction de 75% des cas entre 1990 et 2015 (WHO, 2004b).

³²⁵ La mise en place d'un système de transport entre le domicile de la patiente et l'hôpital.

³²⁶ L'instauration de liens formels entre les matrones et les personnels des institutions médicales de référence.

³²⁷ La faillite d'actions de développement a été maintes fois relevée (Escobar, 1995; Hours, 1998; Olivier de Sardan, 1995). Ces auteurs ont mis en évidence les dysfonctionnements des programmes dont l'erreur initiale réside principalement dans l'absence de prise en compte, totale ou partielle, des contextes politiques, sociaux et culturels dans lesquels les actions sont débütées puis conduites.

³²⁸ Celle de "Safe Motherhood" au Kenya en 1987, l'International Day of Action for Women's Health le 28 mai 1988, l' "International Conference on Population and Development" (ICPD) au Caire en 1994, la « Technical Consultation on Safe Motherhood à Colombo en 1997, puis le « ICPD+5 review process » à New York en 1999, enfin, la "Fourth World Conference on Women" (FWCW) à Pékin en 2000. Il faut également ajouter la journée mondiale de la santé organisée chaque année par l'OMS. En 1997 elle était consacrée à la "Safe motherhood". En 2005, cette journée est consacrée à la santé materno-infantile et a pour slogan "Make every mother and child count". Voir le site de l'Organisation Mondiale de la santé: www.who.org

³²⁹ "International Safe Motherhood Initiative "

³³⁰ 147 chefs d'Etat et de gouvernement, sur les 189 Etats membres, représentant les pays riches et les pays du sud qui regroupent près de la moitié des 6 milliards de la planète, vivant avec moins de deux dollars par jour,

Avec le présupposé que la biomédecine était capable de prévenir la majorité des morts maternelles, une des trois recommandations formulées par ce programme était de former des matrones quant aux principes de base en obstétrique et sur la reconnaissance des cas à référer.³³¹ Pourtant il s'avérerait aujourd'hui que les formations de matrones, dans l'objectif de réduction de la mortalité maternelle, sont majoritairement un échec (Berer, 2003; Goldman, Gleit, 2003; Jordan, 1989; Ravindran, Berer, 1999; Schaidler et al, 1999; Smith et al, 2000)³³². Lorsque les programmes ont pris en compte les différents éléments que j'ai décrits précédemment (dont le lien avec une maternité de référence), il s'est avéré que la formation des matrones avait un impact sur la réduction de la mortalité maternelle (Ray, Salihu, 2004; Schaidler et al, 1999).

Les échecs en terme de formation des matrones sont nombreux. Ces constats représentent le « fer de lance » des « anti-matrones » pour les raisons que j'ai décrites antérieurement³³³. Plus spécifiquement, en Inde, de nombreux auteurs ont rapporté les pratiques néfastes et dangereuses des matrones particulièrement devant la survenue d'une complication obstétricale. Une étude conduite au Rajasthan rapporte que les matrones sont largement responsables des morts de femmes à l'accouchement (Hitesh, 1996). D'une part, l'absence de reconnaissance d'une complication est fréquemment rapportée : l'abondance de saignements est, par exemple, interprétée non comme un décollement placentaire ou une rupture utérine, mais comme la preuve de l'éjection du sang impur et du bon travail de la nature. Certains cas relatés par Hitesh témoignent du refus de certaines matrones de référer des femmes qui accouchent à l'hôpital. D'autres travaux décrivent les matrones et

ont participé, du 6 au 8 septembre 2000, à New York, au Sommet du Millénaire. La réunion s'est terminée par l'adoption d'une "Déclaration du Millénaire" dans laquelle les dirigeants de la planète ont "décidé" notamment "de réduire de moitié, d'ici à 2015, de la proportion de la population mondiale dont le revenu est inférieur à un dollar par jour, celles des personnes qui souffrent de la faim". Les pays du sud ont appelé les puissances occidentales à annuler en totalité la dette des pays les plus pauvres. <http://www.droitshumains.org/mill>. Au sujet des objectifs sanitaires de développement émis lors de cette déclaration voir <http://www.developmentgoals.org>.

³³¹ Les deux autres recommandations étaient les suivantes : - Informer les femmes enceintes des risques et des possibilités de recours lors d'une complication obstétricale - Mettre en place des institutions médicales pour les urgences obstétricales ainsi qu'un service de prise en charge médicalisée des avortements.

³³² Cette liste d'auteurs n'est pas exhaustive.

³³³ Lorsqu'il n'existe pas de maternité de proximité tenant lieu de centre de référence des accouchements difficiles, les matrones ne sont pas aptes à prendre en charge les complications obstétricales. Pour cette raison, la persistance du recours des matrones pour les accouchements est également à l'origine du maintien des taux élevés de mort maternelle.

les autres praticiens de médecine « traditionnelle », promettant la guérison de toutes les maladies et de l'infertilité, et se présentant comme les pourvoyeurs de traitement pour la conception d'un enfant mâle. Dans ce cas, le recours aux matrones et à ces praticiens est perçu comme l'illustration de la pauvreté et de l'analphabétisme de leurs utilisateurs dont la foi et la crédibilité seraient sans mesure (Chauhan, 2003). Parce que les matrones n'ont ni les moyens, ni les ressources de traiter les complications obstétricales leur formation est considérée désormais comme une perte de temps et d'argent (C. L. Abouzahr, 1998; Mamdani, 2002; Smith et al, 2000).

Selon Berer (2003) , les matrones devraient être « reléguées au ban de l'histoire, à laquelle elles appartiennent de toute façon » quand les ressources humaines d'un niveau de compétences médicales supérieur à celui des matrones sont disponibles»³³⁴. Certains auteurs, dont Berer, avancent aussi qu'investir dans la formation des matrones a pour seul effet de retarder, dans les pays dits « à ressources limitées », la mise en place de services d'urgence obstétricaux adéquats.

Disparition des matrones dans

la lutte contre la mortalité maternelle ?

En Inde et ailleurs, les matrones n'occupent plus la place qui leur était attribuée par les instances internationales de santé publique. La persistance des taux élevés de mortalité maternelle malgré le nombre considérable de formations réalisées durant trois décennies ont conduit les experts de santé publique à revoir leur stratégie (C. Abouzahr, 1998; Campbell, 2000). La mesure de la réduction de la mortalité maternelle s'avère depuis longtemps difficile, hormis dans des contextes où l'enregistrement rigoureux des cas de décès et de leur étiologie est réalisable (Abouzahr, 2000; WHO, 2004b). De nombreux indicateurs de processus ont été mis en place par les organisations internationales de développement afin de visualiser les efforts en ce sens. Ces indicateurs concernaient uniquement la prise en charge

³³⁴ « TBAs have been consigned to history and that is where they belong » (Berer 2003).

biomédicale de la grossesse et de l'accouchement³³⁵. Parmi eux, il apparaît que le seul indicateur valide est celui représentant la proportion des accouchements faits par des « accoucheurs qualifiés »³³⁶. Ce terme réfère à la sage-femme, le médecin ou l'infirmière, qui a bénéficié d'une formation théorique et pratique propre à la gestion des grossesses et des accouchements non compliqués, le suivi du post-partum immédiat, ainsi que l'identification, la prise en charge et la référence des cas compliqués (Abouzahr, Wardlaw, 2001; WHO, 2004b). Auparavant, les indicateurs utilisés étaient difficiles à mesurer en raison de l'insuffisance des données démographiques et sanitaires dans certains contextes géographiques. L'indicateur « proportion des accouchements faits par des accoucheurs qualifiés » est plus facile à quantifier. Il nécessite uniquement la consultation des registres des naissances dans les institutions médicales fréquentées par une population donnée. Suivons notre raisonnement pour comprendre le lien entre ce constat et sa répercussion sur les formations des matrones.

Lors de la session ICPD+5³³⁷ tenue lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1999, il fut décidé que tous les pays devaient poursuivre leurs efforts afin d'atteindre, en terme de santé maternelle, les objectifs suivants. La proportion de l'ensemble des accouchements fait par des « accoucheurs qualifiés » devait atteindre les 80% en 2005, 85% en 2010 et 90% en 2015 (WHO, 2004a; 2004c). Cet indicateur de santé de la reproduction est aussi un indicateur sélectionné par la Déclaration du Millénaire³³⁸ pour mesurer l'amélioration de la santé maternelle. Selon ce schéma, et les rapports de l'OMS que j'ai mentionnés, les matrones, formées ou non dans un cadre biomédical, apparaissent comme définitivement exclues de la catégorie des personnels de santé. Il semble que d'après les conclusions du ICDP +5, les formations des matrones ne fassent plus partie des sous objectifs de la réduction de la mortalité maternelle (WHO, 2004b). En dehors des arguments

³³⁵ Par exemple, la proportion de césarienne, de forceps et d'accouchements normaux ou le nombre des complications obstétricales traitées en milieu biomédical.

³³⁶ Skilled Birth Attendants

³³⁷ La Conférence Internationale sur la Population et le développement (ICDP) tenue au Caire en 1994 sous l'égide des Nations Unies avait formulé parmi différents objectifs de développement, une volonté de réduction de la mortalité maternelle. Celle organisée en 1999, ICDP+5, renouvela ses intentions de travailler en priorité sur les 5 domaines suivants: Education et alphabétisation, Santé de la reproduction et besoin non couvert de contraception, réduction de la mortalité maternelle, HIV/SIDA. Pour plus de détails voir le site: <http://www.unfpa.org/icpd/>

³³⁸ Voir la note antérieure dans ce chapitre.

concernant l'échec de leurs formations, il s'avère qu'aujourd'hui la raison objective à la cessation de ces formations est la non-congruence de celles-ci avec les critères et les cadres de l'évaluation.

Dans le milieu de la santé publique, les matrones sont donc au cœur de débats animés. Ces derniers concernent (au niveau des institutions internationales et des organisations locales) la poursuite ou la cessation des formations de matrones. Ces débats posent ensemble la question de l'efficacité sanitaire des matrones selon des critères d'évaluation propres au système biomédical³³⁹. En dehors de cette sphère circonscrite par la biomédecine, les matrones sont aussi au centre de débats concernant la hiérarchie des systèmes médicaux. Les protagonistes des mouvements « pro matrones » tentent de faire valoir auprès des représentants du système biomédical l'idée selon laquelle les façons de soigner ne dépendent pas seulement de compétences biomédicales, mais relèvent d'autres formes de savoirs au sein desquels les matrones sont jugées habiles et expérimentées.

LA FORMATION DES MATRONES ET LA CONSTRUCTION DU « SAVOIR D'AUTORITE » EN OBSTETRIQUE

Ses recherches à propos des savoirs ethno-obstétricaux ont conduit Jordan (1978) à élaborer le concept d'*Authoritative Knowledge* que je traduis par « savoir d'autorité » en obstétrique³⁴⁰. Ce concept permet d'analyser le processus de légitimation d'une pratique donnée dans un contexte social donné. Selon Jordan (1997 :58) :

³³⁹ Par exemple, comme nous le verrons, l'impact des activités des matrones sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les autres critères, non biomédicaux, pourraient par exemple mesurer, dans le cadre d'un accouchement eutocique, la différence du vécu de l'accouchement entre celui réalisé à domicile en présence d'une matrone, et celui fait à l'hôpital.

³⁴⁰ Je reviendrai plus en détail sur ce concept en conclusion.

« Ce savoir est considéré légitime, conséquent, officiel, indiscutable dans une communauté et approprié pour justifier les actions spécifiques des personnes chargées d'effectuer des tâches courantes. » (Jordan in Davis-Floyd & Sargent, 1997 : 58) ³⁴¹.

Le concept de « savoir d'autorité » ne permet pas de décrire le niveau de connaissance d'une personne d'un certain statut, dans une position de pouvoir et d'autorité. C'est une façon de comprendre comment une pratique particulière et légitimée est reproduite au sein d'une « communauté de pratique », dans une situation sociale particulière comme la naissance. Ce concept permet d'appréhender la cohérence des comportements et des pratiques autour la naissance. Jordan a exploré la façon dont le « savoir d'autorité » se constitue et se manifeste lors d'accouchement dans des systèmes de naissance à bas et niveau d'utilisation de la technologie. Elle a décrit, par exemple, le degré d'autonomie alloué aux patientes dans des systèmes de naissance variés. Elle conclut que dans un système à haute utilisation de la technologie, le pouvoir suit un mode de distribution hiérarchique en fonction du degré de savoir « technologique » des personnes présentes.

Dans sa recherche ethnographique menée dans une perspective interculturelle, Jordan a montré comment l'autorité biomédicale a imposé ses pratiques et ses représentations de l'accouchement. Dans les pays à « ressources limitées », la prise en charge biomédicale est limitée néanmoins en raison du manque d'institutions biomédicales et de leurs carences diverses en matière de fonctionnement. En Inde, des facteurs divers expliquent le manque d'institutions biomédicales, en particulier en zone rurale. D'un autre point de vue, l'accouchement en milieu biomédical est décrit comme une volonté de domination du corps féminin, position défendue par les partisans de l'accouchement « naturel » (Chawla, 1994; 2006; Gulati, 1999; Mira, Bajpai, 1996). Par ailleurs, les représentants en faveur de la préservation de la tradition proposent une alternative à l'insuffisance évidente des soins de santé primaire, dont la prise en charge des grossesses et des accouchements (Hafeel, Suma, 2000; Shankar, 2001). Au sein de ce courant, la propension à la biomédicalisation de la naissance est vue comme une ignorance de la potentialité et de la pertinence d'autres formes de soins: de la prise en charge de l'accouchement en

³⁴¹ "It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, no worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at hand"

particulier et d'autres pratiques thérapeutiques en général. Les matrones sont présentées par ces deux mouvements comme les actrices incontournables de l'accouchement « naturel » et des soins « traditionnels ».

Les matrones et les partisans de l'accouchement naturel

En Inde, les travaux des chercheurs et des activistes visent à présenter, à un public issu des classes moyennes et favorisées, un point de vue différent sur les pratiques d'accouchement. Il s'agit pour eux de présenter cet événement non pas comme une maladie dont le traitement nécessite l'utilisation de techniques médicales, mais comme un fait naturel à l'origine de la vie. Par exemple, Mira et Bajpai (1996) invitent à appréhender l'accouchement comme un événement corporel sans gravité où l'apport de la technologie ne serait pas justifié. Gulati (1999) note, en substance, le processus de l'accouchement est aussi simple que le fait de respirer³⁴². Par ailleurs, Nutan Pandit, qui dirige un centre de naissance à Delhi se présente comme une experte de l'accouchement naturel. Cette femme, qui n'a bénéficié dans son cursus d'aucune formation obstétricale, affirme que si la nature a donné le pouvoir de fertilité aux femmes, elles ont forcément reçu le pouvoir d'accoucher³⁴³. L'organisation MATRIKA (Motherhood and Traditional, Resources, Information, Knowledge and Action) dirigée par Chawla se donne pour objectif de répertorier et de promouvoir les soins traditionnels de l'accouchement en particulier dans les Etats du Rajasthan, du Bihar, du Punjab et à Delhi (Chawla, 2006)³⁴⁴. Enfin les techniques d'accouchement naturel peuvent être légitimées et encouragées dans des institutions biomédicales (Van Hollen 2003). Par exemple, dans la très prestigieuse clinique

³⁴² « Birth is as ancient as life itself and as natural a process as breathing. Then, isn't it time women stopped depending on technology and trusted their bodies more? » (Gulati 1999).

³⁴³ « Surely if nature has gifted fertility to women, it has also gifted the power of birthing. All women should have faith in their body's ability to birth a baby. » Voir le www.ncbchildbirth.com/nutan.htm consacré au "Nutan Pandit Natural Childbirth Center" basé à Delhi. Ces personnes oublient que si l'accouchement n'est pas une maladie, la parturition humaine se distingue de celle de l'animal par le fait qu'elle est plus difficile, plus longue, plus dangereuse que pour la plupart des espèces animales. Ceci est dû aux modifications anatomiques engendrées par la station debout qui a pour conséquences: L'inclinaison du bassin de 40° vers l'avant, la fermeture vers le bas par un plancher musculaire qui compense les effets de la pesanteur. Il en résulte une diminution de l'efficacité des contractions des muscles utérins et de la paroi abdominale. Les deux autres obstacles sont l'augmentation du volume du cerveau et par conséquent de la tête fœtale ainsi que l'insertion du placenta dans la paroi de l'utérus qui rend la délivrance plus délicate et plus hémorragique. (Morel, Rousseau, 2004).

³⁴⁴ Voir à ce sujet les chapitres de Chawla et de Mehrotra dans Chawla (2006).

Apollo implantée à Chennai, les femmes sont encouragées à participer aux cours de préparation à la naissance et à utiliser les techniques de respiration pour maîtriser la douleur (Ibid :123). Néanmoins, les initiatives en faveur de l'accouchement naturel s'adressent à un petit nombre de femmes des milieux sociaux privilégiés en Inde et l'impact de ces mouvements est limité.

Inspiré par les mouvements en faveur de la démedicalisation de l'accouchement en Europe et aux Etats Unis, ce courant oeuvre en faveur de la reconnaissance des savoirs, des pouvoirs et de la qualité des pratiques des matrones. « La » matrone y est décrite comme une soignante attentive et compatissante qui prendra en considération les désirs de la femme pendant le travail d'accouchement. Contrairement aux médecins, aux sages-femmes et aux infirmières qui abusent de l'usage de la technologie - monitoring fœtal, épisiotomie, forceps, césarienne - , qui ne se soucient pas de l'obtention du consentement des patientes pour les décisions, et qui ne leur donnent aucun choix quant aux soins reçus³⁴⁵, « la » matrone aurait la réputation de faciliter l'événement et la libre expression du corps de la femme (Gulati 1999 ; (Chawla, 2006). Selon ces auteurs, il n'est donc nullement question de former les matrones dans un système biomédical. Non pas comme nous l'avons vu précédemment parce qu'elles ne sont pas des actrices utiles à l'accouchement, mais bien au contraire parce que leur savoir-faire « traditionnel » est à même d'offrir une prestation parfaite pour un accouchement « naturel ». En plus de ce mouvement limité à une population principalement minoritaire, citadine et lettrée, voyons maintenant comment le courant de défense des traditions médicales, intéresse certes cette minorité, mais vise à développer des services auprès d'une majorité, rurale ou semi-urbaine, généralement pauvre et illettrée.

Les matrones et les défenseurs de la tradition

L'intérêt de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les médecines traditionnelles commence dans les années 1950. L'OMS et l'Unicef sont alors intervenus en faveur du Département de la Santé des Philippines afin de former les

³⁴⁵ Voir à ce sujet, en Inde Histesh (1996), van Hollen (1998) et Ram (1994).

guérisseurs locaux aux pratiques d'accouchement et de post-partum dans le cadre d'un programme sanitaire national (Pordié, 2005a). C'est en 1975 que des recommandations visant à la formation des guérisseurs et des matrones en soins de santé primaires sont approuvées (*Ibid*: 230). « Les raisons en sont à la fois pragmatiques et idéologiques. Ces résolutions (...) avaient pour ambition d'étendre la couverture sanitaire en termes géographiques et médicaux. Les médecines traditionnelles ont été instrumentalisées, les « tradipraticiens » devant ainsi combler les brèches des programmes nationaux et former des exemples bien vivants d'un développement « intégré » ou « culturel » " (*Ibid*: 232). Par ailleurs, si l'OMS considère *a priori* et de façon générale que les médecines traditionnelles sont plus accessibles et meilleur marché que la biomédecine (*WHO, 2004a*), les études ethnographiques menées, par exemple, par Bourdier (1996) au Tamil Nadu ont montré que ce n'est pas toujours le cas.

Aujourd'hui de nombreuses organisations indiennes mettent en place des programmes dont les objectifs sont de « préserver » et de « revitaliser » les médecines indigènes. Ces défenseurs des savoirs et pratiques « traditionnels » tentent de faire mieux connaître la façon dont ces systèmes médicaux ont été développés et comment ils peuvent être utilisés dans le but affiché de pallier les carences du système biomédical et de fournir des soins accessibles à la « communauté » visée³⁴⁶. Parmi la multitude des organisations qui travaillent autour de ces problématiques je mentionnerai les deux plus grandes : le « Centre for Indian Knowledge Systems » (CIKS), basé à Chennai, se donne pour objectif « d'explorer et de développer la pertinence contemporaine et l'application des systèmes de médecines indiennes traditionnelles » ³⁴⁷. La deuxième organisation dont le siège est à Bangalore est dirigée par Darshan Shankar, et se nomme la « Fondation for Revitalisation of Local Health Traditions » (FRLHT). Son objectif principal est de « revitaliser l'héritage

³⁴⁶ Le but non affiché peut être un désir personnel d'émancipation sociale, politique et/ou économique. Mais ceci n'est pas spécifique à ces organisations. Au sujet des enjeux sociaux et politiques de la "revitalisation" des médecines dites "traditionnelles" voir Pordié (2005).

³⁴⁷ Voir le site <http://www.ciks.org/ocproject.html>. Il est intéressant de noter les informations données sur le site, sur l'origine de la création de CIKS: " The first seeds of what would eventually become CIKS were sown in Balu's mind, ironically, in the United States. As a promising academic, he was pursuing a PhD in molecular biology, when circumstances led him to start thinking about the way India as a nation approached its own knowledge systems. Disappointed with the Indian scientific community's infatuation with the West, and reluctant to follow the mainstream, Balu returned to India with a renewed interest in learning more about ancient Indian wisdom and practices. (...)

medical indien ». Les objectifs présentés en page d'accueil du site électronique de l'organisation sont les suivants :³⁴⁸

« FRLHT believes revitalisation of Indian Medical Heritage holds two promises for India, viz., self-reliance in primary health care for millions of households and original contributions to the world of medicine »

Avant de poursuivre, il me faut préciser ce que désignent les « médecines traditionnelles indiennes ». Celles-ci comportent les traditions médicales, transmises oralement de génération en génération et quatre médecines dites « savantes », dont l'enseignement est consigné dans des livres anciens et se transmet au sein de systèmes institutionnalisés. Il s'agit de l'âyurveda³⁴⁹, du siddha³⁵⁰, ainsi que des médecines unani arabo islamique³⁵¹ et tibétaine³⁵² (Shankar et al, 1999)³⁵³. Si on se limite à l'Inde du Sud, il y aurait cinq catégories de praticiens des médecines traditionnelles: les généralistes (qui traitent les troubles gynécologiques, les maladies pédiatriques ou par exemple comme les *kan vaittiyan*, les maladies des yeux), les rebouteux (traditional bone setter TBS), les vétérinaires (*pasu vaittiyan*), les *visha vaittiyan* qui traitent les morsures empoisonnées, ainsi que les matrones (Hafeel, Suma, 2000).

³⁴⁸ Voir le site: <http://www.frlht-india.org/>

³⁴⁹ Âyurveda, "Savoir (veda) sur la longévité (âyur)" construit à l'origine à partir de notions à propos du rôle cosmique et somatique des eaux, du feu et du vent et qui apparaissent dans la couche la plus ancienne de la littérature védique, celle des Samhitâ ou "collections" d'hymnes, de chants liturgiques et de formules sacrificielles ou magiques, qui constituent le Veda proprement dit (1500-1000 av. J.-C.). Cette médecine s'est constituée progressivement en un système cohérent vers la fin de la période védique (Meulenbeld, 1999-2002; Wujastyk, 2003).

³⁵⁰ Siddha est un terme dérivé de « Siddh » qui signifie accomplissement, réalisation et perfection. C'est le nom que portaient les saints tamouls alors maîtres dans l'art de la discipline du corps et de l'esprit. Aujourd'hui de nombreux praticiens pratiquent cette médecine dans le sud de l'Inde et deux centres d'enseignement ont été mis en place dans l'Etat du Tamil Nadu. (Paul, 2000; Pillai, 1998).

³⁵¹ Le système unani arabo islamique trouve ses origines en Grèce et aurait été introduit en Inde au XVII^e siècle par les perses et les arabes. Voir le site du Département de AYUSH (Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy) du Ministère Indien de la Santé et de la Famille. <http://indianmedicine.nic.in/html/unani/ufmain.htm>

³⁵² La théorie médicale de la médecine tibétaine est consignée dans des écrits fondamentaux tibétains, dont l'ouvrage central est le Rgyud-bzhi, ou Quadruple Traité Médical. Il s'agit d'un système médical syncrétique dont les influences sont composites. Elles proviennent principalement des traditions médicales indiennes et chinoises, ainsi que du bouddhisme. Voir la description du système médical tibétain par Meyer (1981). Il faut préciser que malgré l'existence de centres gouvernementaux de médecine tibétaine en Inde, celle-ci n'est pas légalement reconnue dans ce pays. A propos des aspects contemporains de cette médecine, nommée médecine amchi au Ladakh, voir Pordié (2003).

³⁵³ Les notes précédentes ont une visée informative. Elles ne permettent pas de rendre compte de la pluralité des traditions médicales, de leurs logiques théoriques et de leurs pratiques, de leurs réalités sociales contemporaines et de leur dynamisme. Voir à ce sujet Pordié (2005b).

Devant les carences du système biomédical indien, les organisations citées mettent en avant les bénéfices des médecines traditionnelles, et des matrones, propres à combler les manques endémiques de soins médicaux généralisés. Hafeel et Suma (2000) présentent les formations de matrones mises en place par les organisations internationales de santé publique comme un argument en faveur des activités de revitalisation de la tradition. En tant que stratégie de santé publique, les formations des matrones apparaissent dans certains contextes comme aptes à satisfaire les obligations des institutions internationales de réduire les coûts des actions en faveur de la santé des mères et des enfants³⁵⁴. En tant qu'activités à mettre en place, ces formations intéressent les organisations de défense de la tradition, en demande de reconnaissance et de financement. Egalement proposées dans des régions, comme le Ladakh, en Inde himalayenne, où, « traditionnellement » les matrones n'existent pas³⁵⁵, les formations des matrones semblent représenter la panacée de la santé pour tous en général et de la santé maternelle destinée aux pauvres en particulier³⁵⁶.

L'institution sociale des matrones est soutenue par les institutions internationales et par les organisations locales de défense des traditions lorsqu'elle est réduite à un service complémentaire qui pallie les insuffisances des services biomédicaux. Selon une perspective autre, ce n'est pas toujours le cas.

Les matrones et le conflit des savoirs

Jordan (1993 [1978]) observait que la biomédecine, qu'elle nomme médecine « cosmopolite », s'impose en tant que savoir d'autorité lors des sessions de formations de matrones. Ces formations relèguent les savoirs indigènes au ban de l'illégitimité. Elles n'accordent aucune considération aux modes d'apprentissage « traditionnels ». Dans ce système pédagogique toute pratique traditionnelle est

³⁵⁴ Note personnelle.

³⁵⁵ Aucune personne extérieure au clan ne peut être désignée pour aider les femmes à accoucher. Cette pratique est liée au mode d'organisation sociale en *pha-spin*, clans, qui dépendent d'une même divinité tutélaire. Une femme ne peut s'occuper de l'accouchement d'une femme qu'à l'intérieur de son propre clan (Hancart Petitot, 2005).

³⁵⁶ Les causes et la dimension sociale de la mortalité maternelle et les moyens en faveur de sa réduction sont depuis longtemps connus et on sait que les matrones ne jouent qu'un rôle mineur dans cet objectif. (Ravindran, Berer, 1999) J'ajoute que l'ensemble de ces connaissances ne semble guère être l'objet de partage interdisciplinaire puisque par exemple les écrits et les notions développées par les anthropologues de la santé n'apparaissent que très rarement dans les écrits des institutions internationales de santé publique.

absente ou dévalorisée³⁵⁷. Jordan conclut qu'en faisant fi des savoirs indigènes, l'obstétrique « cosmopolite » devient une obstétrique « cosmopolitique », c'est-à-dire un système qui renforce une distribution particulière du pouvoir entre différentes strates sociales et culturelles (Ibid : 196). Pour ma part, mes expériences avec des formations de matrones en Angola, au Pakistan et en Afghanistan confirment malheureusement ces affirmations. Néanmoins Jordan ne tient pas compte de la spécificité des contextes et des alternatives pédagogiques possibles. Parfois, des formations de matrones sont organisées avec d'autres méthodes et avec succès³⁵⁸. Si Jordan émet une critique « opérationnelle » de la formation des matrones, les propos de Bel et al (2000), en rejettent l'existence même. Selon ces auteurs, ces formations n'ont pas lieu d'être et ne seraient qu'une tentative de validation, au profit de la biomédecine, de la distribution hiérarchique des savoirs :

« La pratique des sages-femmes traditionnelles ne nécessite aucune reconnaissance officielle par des experts étrangers à la culture rurale: ni certificats de scolarité ni examens d'institutions médicales mandatées par des pouvoirs formels qui s'auto instituent comme seuls légitimes par la force de leurs rituels scientifiques. Les bienfaits que des sages-femmes ont apportés aux communautés humaines depuis des siècles l'ont amplement validé dans le monde entier. Ce savoir s'autorise donc par lui-même. »³⁵⁹

Les problématiques sanitaires posées lors des naissances à domicile dans des contextes à ressources limitées obligent à modérer ces propos. En effet, Bel et al. semblent oublier le nombre considérable de femmes qui meurent chaque jour dans le monde dans des endroits où, justement par manque de distribution de services obstétricaux d'urgence, les matrones sont les seuls recours possibles à l'accouchement. Par contre, la légitimité thérapeutique, comme angle choisi par ces auteurs pour aborder la question de la valorisation des pratiques des matrones est intéressante. S'ils jugent que le savoir des matrones « s'autorise par lui-même », il apparaît pourtant que, dans le champ des médecines, seule la biomédecine, sa puissante institution, et la performance de sa technologie, tend à dépasser les autres

³⁵⁷ Ce choix pédagogique est en totale opposition au mode d'apprentissage par imitation, observation et comportements appropriés, observé traditionnellement. Par exemple, chez les Yucatan du Mexique une fille apprend à devenir matrone, en grandissant, auprès de sa mère matrone, comme elle apprend les différents travaux domestiques de la cuisine et de la couture. Ainsi, alors qu'un tel mode d'apprentissage permet d'apprendre comment faire quelque chose, le mode didactique promulguant comme référence les visions de « l'obstétrique cosmopolite » conduit à savoir comment parler de faire quelque chose.

³⁵⁸ J'ai évoqué certaines de ces formations dans les sections précédentes.

³⁵⁹ Source : <http://fraternet.org/naissance//docs/inde/naissance-inde-fr.htm> (page consultée le 20.04.04).

systèmes médicaux et à s'autoriser une domination sans précédent sur les manières de soigner et la façon d'en évaluer l'efficacité (Gaines, Davis-Floyd, 2003). Cependant, cette apparente « hégémonie de panser » est à mesurer, d'une part parce que les services obstétricaux biomédicaux sont loin de couvrir les besoins de l'ensemble de la population indienne, et d'autre part, parce que les enseignements biomédicaux donnés aux matrones sont l'objet d'une ré-interprétation et d'une ré-appropriation propre à chacune d'elles. Contrairement aux présupposés des formateurs biomédicaux selon lesquels seuls les savoirs appris lors des formations sont intégrés et appliqués par les matrones, l'ethnographie des pratiques de ces dernières souligne que ces nouveaux savoirs sont recomposés par les matrones « formées ». Ces savoirs, et les apparents avantages que leur dispensation implique (perdiems, fréquentation de l'hôpital et de ses acteurs) peuvent être parfois à l'origine d'une émancipation familiale, sociale et économique des matrones et sont propices à l'invention de pratiques nouvelles.

* *

*

Les matrones sont envisagées comme des actrices incontournables de toute action en faveur de la santé des mères et des enfants. Selon les points de vues, elles sont perçues soit comme des marâtres dont les pratiques archaïques doivent être contrôlées, soit comme des ressources humaines intéressantes pour les actions de développement, en raison de leur localité³⁶⁰, de leur insertion dans les communautés rurales et de leur faible coût. Les matrones sont aussi les représentantes emblématiques des savoirs traditionnels. Une perspective sur les matrones en tant qu'institution sociale permet de décrire les rapports qui lient les différents mouvements, sociaux, sanitaires et politiques, aux matrones. Cette perspective montre que ces relations sont construites selon les modalités de distribution des pouvoirs, coloniaux, « développementalistes » ou biomédicaux. En Inde, à l'époque coloniale, les réformes et les interventions au nom du modernisme, en opposition avec le « traditionnel », ont permis d'asseoir et de maintenir de nombreuses relations

³⁶⁰ C'est-à-dire à caractère local, rural.

de pouvoir comme celle des administrateurs coloniaux et des missionnaires sur les « natifs ». Plus tard, les actions sanitaires de développement, par le biais des formations des matrones, ont tenté de « moderniser » les pratiques de ces dernières afin de les rendre plus conformes aux normes biomédicales posées en vue de réduire la mortalité maternelle. Par ailleurs, les courants idéologiques en faveur de l'accouchement « naturel » et ceux en faveur des « traditions » prônent la validité des savoirs ancestraux et une redéfinition pertinente de l'usage du « traditionnel » dans le monde « moderne ». Un autre niveau d'analyse permet d'appréhender les matrones non pas comme une institution dont le rôle majeur serait la prise en charge des accouchements en zone rurale, mais comme un groupe hétérogène d'individus aux trajets de vie divers et aux pratiques de soins variés. Ce « regard rapproché » invite à rappeler que certaines de ces praticiennes, ne sont pas uniquement des accoucheuses. Elles s'occupent aussi du traitement de certaines maladies des adultes et des enfants. Enfin, certaines ont un rôle social valorisé et reconnu alors que d'autres sont dépréciées et font rarement des accouchements. Cette approche invite à nuancer les propos extrêmes au sujet des matrones et à modérer aussi bien la vision romantique de l'accouchement traditionnel que les opinions contradictoires formulées dans le milieu de la santé publique internationale. Au total, une attention portée sur les activités des matrones en Inde permet de décrire un des aspects contemporains des systèmes de médecines en Inde. Cette question invite, en effet, à documenter les processus à l'œuvre en terme de standardisation et de légitimation de certaines pratiques et à mesurer certaines implications sociales de l'institutionnalisation des savoirs et des pratiques des matrones dans ce pays.

PARTIE III
NAÎTRE À L'HÔPITAL

Derrière les persiennes de la salle d'accouchement, un soleil de plomb s'abat sur la cour de l'hôpital, désertée à cette heure de la journée. Jhodie, l'auxiliaire infirmière sage-femme, est assise. Sa fonction est immédiatement reconnaissable à son habit, un sari blanc porté sur un corsage de couleur identique. Elle s'affaire à l'interminable tâche de mise à jour des divers registres médicaux du gouvernement³⁶¹, étalés sur l'une des trois tables d'accouchement, faisant office de bureau. Une petite femme, suivie d'une vieille dame au sari défraîchi, entre dans la pièce en se tenant le bas du ventre. Bien qu'une chaise soit disponible, Jhodie ne l'invite pas à asseoir et s'enquiert de ses papiers. Le ton monte immédiatement, la patiente n'a ni son dossier, ni les résultats des tests médicaux effectués durant sa grossesse. La vieille dame, sa belle-mère, est envoyée au bureau des admissions des patients, afin de s'acquitter des diverses formalités nécessaires à l'hospitalisation de la jeune femme. L'homme qui tendait le cou dans l'encadrement de la porte, son mari, est prié instamment d'aller chercher les papiers et les résultats d'examens médicaux faits pendant la grossesse. Jhodie remplit le dossier de la patiente et écrit dans la case réservée à l'histoire obstétricale de celle-ci: G6P2³⁶², 3 SIP³⁶³ soit six grossesses, deux enfants vivants et trois fausses couches. Elle se lève en soufflant et prépare une seringue avec deux ampoules de pentazocine³⁶⁴. Sur son ordre, la patiente lui tend le haut de sa fesse droite, qu'elle dégage de son sari et Jodhie lui administre la préparation en injection intramusculaire.

Une autre patiente entre à son tour. Elle porte des bijoux et une montre, un sari en synthétique et des sandales à talon, signes qui marquent son appartenance sociale à un milieu plus aisé. Elle nous dira plus tard, que c'est parce que son mari vient de faire faillite, qu'il a été décidé par sa belle-famille qu'elle n'accoucherait pas dans une clinique privée. Cette patiente s'assoit en face de Jodhie. Celle-ci, après avoir préparé le matériel nécessaire dans un petit plateau en émail, a repris sa place devant les papiers. Elle lui parle plus doucement, en lui expliquant les raisons de son geste, et

361 Ministry of Health and Family Welfare: Le département ministériel chargé de la santé et des affaires familiales

362 G est l'abréviation du terme anglais gestity, soit gestité en français. P est l'abréviation de parity soit parité

363 Abréviation de Spontaneous Interruption of Pregnancy : Interruption spontanée de grossesse

364 La pentazocine à haute dose est identifiée comme un opiacé par les toxicomanes. Ce produit est utilisé en obstétrique pour « calmer » la patiente, relâcher et dilater le col de l'utérus. En France, cette pratique a été interdite il y a une vingtaine d'années suite à des cas de détresse respiratoire observés chez les nouveau-nés.

lui pose un cathéter en plastique dans l'avant bras. Après avoir reçu une injection de pentazocine en intramusculaire, cette patiente est invitée à aller s'installer dans la pièce voisine réservée aux patientes hospitalisées. La première patiente est toujours debout. Une infirmière entre dans la pièce. Elle porte un tablier blanc sur une jupe, un corsage de couleur identique et une cornette similaire à celle que portent, sur des gravures anciennes, les soignantes des hospices de Beaune. Des collants en synthétique, opaques et blancs, viennent dissimuler ses jambes, que la longueur de la jupe coupée sous les genoux laisse apparaître. L'infirmière prépare du matériel de prélèvement sanguin, ouvre la pochette plastique contenant un test VIH et celle qui protège l'aiguille, fait asseoir la patiente au bord de la table d'accouchement, puis enfle des gants en latex. Lorsqu'elle lui explique la raison de ses gestes, la réalisation d'un test VIH, la patiente affirme qu'elle l'a déjà eu et que son mari vient juste d'apporter le dossier de consultation anténatale. L'infirmière saisit le document et la patiente lui montre l'endroit où il est écrit « VIH= NR » soit « non réactif ». L'infirmière replie son matériel et se retire sans un mot. Peu après, la patiente s'allonge sur une table et le visage tordu régulièrement par la douleur des contractions se met à implorer *ammā, ammā, ammā* ³⁶⁵.

Une troisième patiente est admise. Elle est immédiatement allongée sur la table d'accouchement d'une pièce adjacente qui permet aussi de ranger l'autoclave et d'accéder aux toilettes. La femme qui l'accompagne sort un vieux sari de son cabas et le déchire en plusieurs pans. Elle couvre les hanches de la femme avec le premier carré de tissu et glisse le second sous ses fesses. Le dernier servira pour le bébé. Ici, dans cet hôpital de district, si les médicaments et le matériel médical sont mis à disposition des soignants et donnés gratuitement aux patients, les moyens sont limités. Il n'y a ni matelas, ni draps sur les tables d'accouchement réduites à une plaque de métal, lisse et munie d'un trou utile à l'évacuation des déchets. Suspendus au plafond, les ventilateurs tournent mais ont du mal à rendre supportable la chaleur suffocante qui règne dans la pièce. Ils brassent la poussière, que soulèvent les mouvements répétés d'un balai de paille, tenu par une dame de salle en sari vert,

365 Plainte signifiant la douleur. *ammā* signifie également maman, en tamoul.

l'ayah³⁶⁶. Cette dernière tente de rassembler les papiers, les compresses usagées, les bouchons d'aiguille et les détritrus en tout genre qu'elle finit par saisir à mains nues. La patiente en travail de la pièce annexe à la salle d'accouchement gémit. Je m'approche d'elle en suivant Jhodie. En deux poussées, les cheveux du bébé sont visibles entre les cuisses écartées de la femme allongée. Tandis que la vulve rasée s'ouvre et que le sommet du crâne apparaît, Jhodie retient la tête avec une pression de sa main gauche et protège le périnée avec un morceau de sari que tient sa main droite. Le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton se dégagent tour à tour, puis un jet de liquide amniotique accompagnant l'extraction du corps et des membres vient asperger les avant-bras de l'accoucheuse. L'enfant est dehors. Il se met à crier tandis que la belle-mère s'empresse de constater qu'il s'agit d'une fille. Jhodie noue le cordon ombilical avec un lien rigide à la moitié de la distance qui sépare la mère et le bébé. Elle presse le cordon sur sa longueur en faisant remonter le sang en direction du bébé, puis ajoute un autre clamp à cinq centimètres de l'ombilic. Sur un petit plateau où sont disposés du coton, une pince Kocher, un porte aiguille, un fil chirurgical catgut et une aiguille à suture³⁶⁷, l'ayah saisit un ciseau et le tend à Jhodie qui coupe le cordon ombilical aussitôt. Le nez et la bouche de l'enfant sont désobstrués à l'aide d'une poire en caoutchouc. Puis l'ayah, qui n'a pas pris le temps de se laver les mains depuis son nettoyage de la salle, prend l'enfant dans ses bras, l'enveloppe dans le pan de sari préalablement déchiré et l'emporte dans la pièce principale. L'enfant est pesé, et laissé dans un plateau au-dessus duquel une ampoule électrique, allumée pour l'occasion, parvient tant bien que mal à remplacer la rampe chauffante en panne depuis longtemps. Comme les couveuses abandonnées dans une pièce voisine, elle a été donnée par une œuvre caritative quelques années auparavant. Mais faute de budget de maintenance, les pièces manquantes n'ont jamais été commandées.

Tandis que la mère exprime silencieusement son malheur de n'avoir pu faire un garçon, le père, mécontent de cette nouvelle, est déjà reparti. Les premiers moments de vie de cet enfant seront solitaires, les yeux éblouis par la lumière dite bienfaitrice

366 Fonction occupée par des femmes. Grade le plus bas dans la hiérarchie du personnel des maternités. Les *ayah* ont la tâche de préparer les femmes avant l'accouchement, d'assister les auxiliaires nurses sages-femmes, les infirmières et les médecins durant les accouchements, et de laver les lieux, le matériel et les patients.

367 Ce matériel est prévu pour chaque accouchement et sera utilisé en cas de suture du périnée.

dans ce plateau émaillé dur et froid. Il sera laissé là pendant les deux heures obligatoires de post-partum immédiat où sa mère devra rester sur la table d'accouchement les jambes croisées, afin, selon les dires de Jodhie, de limiter l'abondance des saignements utérins qui suivent l'accouchement. C'est aussi allongée sur cette table que l'accouchée devra décider de son temps d'hospitalisation du post-partum variant de vingt quatre heures à cinq jours en fonction de sa demande ou non d'une ligature tubaire dans les deux jours suivants.

Jodhie note, sur un tableau quadrillé par les heures, la progression du travail d'une autre patiente, « good, good, good », et le bébé né un instant plus tôt, gémit sur le plateau. Il semble ainsi répondre à celle qui, devant l'insupportable douleur, continue en vain d'appeler *ammā, ammā, ammā*³⁶⁸.

* *

*

Aujourd'hui, dans de nombreux Etats indiens, une majorité de femmes continue d'accoucher à la maison³⁶⁹. Au Tamil Nadu, plus de 60% des femmes ont recours aux services biomédicaux, centres de soins de santé primaire, hôpitaux généraux ou cliniques privées³⁷⁰. Les situations d'accouchement en structures biomédicales sont variées et les patientes les vivent plus ou moins bien, selon l'accueil général des maternités et la conduite particulière des personnes qui en sont chargées. Je ne décrirai pas la situation dans les cliniques privées, où je me suis rendue et où j'ai eu l'occasion d'observer des accouchements et de discuter avec des membres du personnel. Dans ces cliniques, un niveau supérieur de moyens matériels et humains se traduit, en général, mais de façon non systématique, par une meilleure qualité des soins. La disponibilité du personnel, la propreté des locaux, et la mise à disposition du matériel justifient amplement ce premier constat. Une observation plus rigoureuse permet de noter néanmoins certaines carences dans la prise en

368 Ces observations ont été réalisées dans la maternité d'un hôpital de district au Tamil Nadu.

369 Trois quarts des femmes accouchent avec l'aide des matrones selon le rapport GoI (2005).

370 Dans cet état, 94,2% bénéficient de soins anténataux biomédicaux, contre 62,3% en moyenne nationale (GOI, 2005).

charge des patientes, comme l'absence de soins spécifiques pour les femmes infectées par le VIH³⁷¹, le recours plus fréquent aux techniques d'extraction (forceps, ventouse) et à la césarienne³⁷². Par ailleurs, ces structures tendent parfois à une médicalisation excessive de la naissance avec la mise en place de protocoles routiniers d'actes médicaux (pose de perfusion d'ocytocine, rupture artificielle des membranes amniotiques, épisiotomie). La structure privée est un choix de recours fréquent pour les personnes qui ont accès aux soins biomédicaux de l'accouchement. Selon les chiffres nationaux, parmi les 26% d'accouchements en milieu biomédical, 11% ont lieu dans une clinique privée (GOI, 2005).

Je me limiterai dans ce chapitre à évoquer la naissance à l'hôpital. Ce lieu d'accouchement est, en effet, celui que connaissent le plus souvent les femmes des milieux populaires, dont celles rencontrées dans le village de Karik. De plus, mon propos concerne, pour l'essentiel, les pratiques de la naissance dans des contextes sociaux défavorisés. L'impact de la biomédicalisation de l'accouchement sur la survie et le devenir des femmes et des enfants à l'accouchement est incontestable³⁷³. En Inde, les programmes sanitaires qui se sont succédés ont permis la création d'institutions obstétricales effectives dans certains Etats. Par exemple, au Tamil Nadu, le réseau actuel de ces centres de soins permet de prendre en charge une majorité des accouchements³⁷⁴. Cependant, dans d'autres régions, de nombreuses femmes continuent d'accoucher à domicile où la survenue de complications obstétricales souvent non traitées est mortelle le plus souvent. L'objectif du propos qui va suivre n'est donc pas de remettre en cause les effets bénéfiques de la biomédicalisation de l'accouchement. Cependant, les représentations et les pratiques sociales propres à ce système médical méritent d'être discutées. Cette partie va présenter trois aspects de la naissance à l'hôpital. Mon premier chapitre « les naissances contrôlées » présente trois aspects du contrôle de la reproduction par l'institution étatique. Le deuxième chapitre sera consacré à la façon dont les pratiques autour de l'accouchement sont ré-ordonnées dans un contexte hospitalier.

371 Cette question sera traitée dans la partie IV.

372 Je reviendrai ultérieurement sur ce point.

373 Voir la section « Les matrones et les partisans de l'accouchement naturel », Chapitre 3 Partie II. pour plus de détails à ce sujet.

374 Je détaillerai cet aspect dans le chapitre 3 de cette partie.

Enfin, le dernier chapitre décrira certains facteurs sous-jacents à l'augmentation du nombre de femmes indiennes accouchées par césarienne.

DES NAISSANCES CONTRÔLÉES

Pour de nombreux anthropologues des pays du Nord (dont Jordan, Cominsky, Davis-Floyd et Kitzinger)³⁷⁵, le processus de médicalisation des événements liés à la reproduction consiste principalement à un contrôle du corps enceint par l'institution. En effet, la perspective féministe de l'anthropologie de la santé s'est donné pour objectif de documenter la domination institutionnelle masculine sur les patientes de sexe féminin dans le domaine de la reproduction (Browner et Sargent dans Saillant, Genest, 2005). Mon travail ethnographique conduit à discuter certaines des hypothèses formulées par ce courant de recherche dans le contexte indien où la distribution et l'organisation des services sanitaires publics diffèrent des milieux d'observation où ces analyses ont été énoncées. Nous traiterons d'abord le processus de biomédicalisation de l'accouchement en Inde. Secondairement nous nous intéresserons à la question des pratiques de ligature tubaire. Au préalable, l'existence de disparités internes à l'Inde nous oblige à poser le contexte de la biomédicalisation de l'accouchement d'abord sur un plan général au niveau fédéral, puis localement, au Tamil Nadu.

CONTEXTE INDIEN DE LA BIOMEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement en milieu biomédical a été introduit en Inde durant la période coloniale. Deux stratégies ont été mises en œuvre pour apporter des soins occidentaux aux femmes indiennes lors de l'accouchement. L'une consistait à mettre en place la formation des matrones³⁷⁶. L'autre stratégie avait deux objectifs principaux. Il s'agissait premièrement de fournir des soins biomédicaux aux femmes. Deuxièmement, il apparaissait nécessaire de former des infirmières, des infirmières sages-femmes et des médecins qui prendraient en charge les mères et les enfants dans des institutions privées et des hôpitaux³⁷⁷. La ville de Chennai, au Tamil Nadu, a joué un rôle important dans la professionnalisation de l'accouchement en Inde et

³⁷⁵ Je vais revenir plus en détail sur ces travaux.

³⁷⁶ Voir le chapitre 1 Partie II.

³⁷⁷ Cette stratégie a été initiée dans toute l'Inde sous les fond du Duffrin en 1885. Voir van Hollen (2003 : 43-47).

dans toute l'Asie. C'est en effet, le lieu où, en 1844, ont été construites la première maternité et la première école d'infirmières sages-femmes. De même, la première université acceptant les femmes en études de médecine ainsi que la gynéco-obstétrique en tant que spécialité médicale ont été créées à Chennai (van Hollen, 2003).

L'option de l'accouchement en milieu biomédical est devenue populaire dans les années 1960 (Donner, 2003). Trois facteurs ont conditionné ce mouvement : les nouvelles orientations des politiques internationales et nationales de la santé, le développement des institutions de soins biomédicaux et l'augmentation des recours aux soins fournis par celles-ci (Jeffery, 1988). A l'époque de ses investigations, Jeffery fait le constat suivant : La mise en place de services de santé n'est pas une question centrale pour les dirigeants. Les oppositions sont plus de l'ordre de la rivalité entre les différents groupes de praticiens que de nature idéologique (Ibid :167). Au niveau institutionnel, les politiques de la santé ont été imperméables aux partis politiques et aux divers groupes de pression (Ibid : 167). Par contre, localement, les partis politiques ont un rôle très important dans l'attribution des fonctions, des structures et des mutations de certains membres du personnel de santé (Ibid :168)³⁷⁸.

Selon de nombreux auteurs (Foo, Koenig, 2000; J. Gupta, 2000; Gupte, 1998; Hollen, 1998; Jeffery, 1988; Karkal, 1996a; 1998b; Vadir, Sandeep, 1995), l'orientation des programmes de santé maternelle en Inde, initialement consacrés au contrôle des naissances, aurait été directement responsable des carences des services de soins en général et de ceux dévolus à la santé des femmes et des enfants en particulier. Les activités du programme « Indian Family Welfare » lancé en 1952 privilégiaient la mise en oeuvre de programme verticaux de planning familial (Murthy, Barua, 1998). En 1971, le « Multi-Purpose Workers Scheme »³⁷⁹ impliquait de plus en plus de personnel dans les activités de planning familial au détriment des

378 Selon certaines personnes travaillant dans des structures sanitaires gouvernementales au Tamil Nadu ceci est toujours le cas aujourd'hui.

379 Le Multipurpose Worker's (MPW) Scheme a été lancé dans l'objectif de générer une plus grande demande de planning familial. Il consiste à la nomination de personnel médical initialement recruté dans le cadre d'un programme vertical pour mettre en oeuvre l'ensemble des programmes sanitaires existants au niveau villageois (Jeffery, 1988 298).

autres secteurs de soins (Jeffery, 1988 298). En 1994, à la suite de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement³⁸⁰ le gouvernement indien aurait réorienté un programme exclusivement consacré aux activités de planning familial vers une prise en charge plus globale des soins de la santé de la reproduction (Foo, Koenig, 2000; van Hollen, 1998). Néanmoins, Qadeer et Visvanathan (2004) constatent que la gestion des problèmes sanitaires en Inde est peu favorable à la mise en œuvre d'une politique de santé satisfaisante. Les budgets alloués au secteur des affaires sociales et de la santé sont diminués alors que, paradoxalement, ceux destinés aux activités de planning familial ont été doublés. Selon ces auteurs, les services de santé infantile et de la reproduction serviraient principalement d'instruments de contrôle de la population (Ibid : 145).

Les soins des nouveaux-nés ont été améliorés ces vingt dernières années à l'échelle nationale. L'inclusion de programmes spécifiques comme le « Essential Newborn Care »³⁸¹ ou le « Integrated Management of Neonatal Childhood Illness Programs »³⁸² dans les activités développées par le « Reproductive and Child Health Program »³⁸³ et les succès de la mise en œuvre de ces programmes en sont un exemple (Bhargava, 2004). La mortalité néonatale a effectivement baissé dans les quatre années qui séparent les deux études nationales NFHS-1 (1988-92) et NFHS-2 (1994-98) dont les taux respectifs sont de 48.6 (décès néonataux pour 1000 enfants nés vivants) à 43.4 (GOI, 2005). En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé estimait que le taux de mortalité maternelle en Inde était de 850 (WHO, 1986)³⁸⁴. Il serait aujourd'hui de 540 (WHO, 2004c). Les données actuelles sont à prendre avec précaution parce

380 Lors de cette conférence tenue au Caire, 179 états ont formulé un Programme d'Action. L'objectif de ce dernier était de répondre aux besoins en matière de santé de la reproduction, et non plus d'atteindre uniquement des objectifs de contrôle démographique (Murthy, Barua, 1998).

381 Ce programme initié par WHO avait pour objectif d'améliorer l'hygiène au moment des accouchements, de contrôler la température des nouveaux nés, de prévenir les conjonctivites, et de favoriser l'allaitement maternel. Il a été inclus dans le programme existant dont les activités majeures concernaient la vaccination, la prévention et le traitement des diarrhées et des pneumonies, et le traitement prophylactique à vitamine A (WHO, 1997).

382 Ce programme initié en 1995 par WHO et UNICEF avait pour objectif d'améliorer la prise en charge des enfants de deux mois à cinq ans dans les structures sanitaires publiques. Les activités étaient les suivantes: former le personnel, mettre en place des services pédiatriques fonctionnels et un approvisionnement régulier en médicaments, informer les personnes sur la prévention et le traitement des maladies courantes (WHO, 1995a) Au sujet d'une évaluation de ce programme en Inde voir Chaudhary *et al* (2005).

383 Ce programme débuté en octobre 1997 inclut les activités antérieurement mises en œuvre par les programmes « National Child Survival » et « Safe Motherhood » (GOI, 2005).

384 Les premières estimations de la mortalité maternelle ont été réalisées dans les pays du Sud à partir de 1980 (Abouzahr, 2000)

qu'elles ne reflètent que partiellement la situation sanitaire des femmes indiennes face à l'accouchement. De nombreuses morts maternelles ne sont pas répertoriées. Par ailleurs, peu d'outils sont disponibles pour mesurer le problème de la morbidité liée à l'accouchement (Fortney et al, 2000; Jejeebhoy, 2000)³⁸⁵. La morbidité et la mortalité maternelle des femmes accouchées à domicile en zone rurale sont plus élevées. Ce sont principalement des femmes pauvres dont l'accès aux soins obstétricaux biomédicaux est réduit. Leur faible statut nutritionnel, leur histoire obstétricale (avec plus de grossesses précoces, entre 15 et 19 ans, et plus de grossesses tardives, après 35 ans), et un espacement court entre les naissances sont les facteurs qui expliquent ce constat (Jejeebhoy, 2000). De plus, la faible qualité des soins reçus dans les maternités serait directement responsable de pathologies diverses du post-partum et parfois de la mort en couches (Pendse, 2000; Ramasubban, Jejeebhoy, 2000). Les facteurs tels que le manque de médicaments essentiels et de personnel formé, l'attitude peu empathique de ce dernier, les déficiences des modes de prise en charge des complications obstétricales et les actions inadéquates du personnel médical sont notés (Ramasubban, Jejeebhoy, 2000).

Selon les rapports du PNUD (UNDP, 2003) et du gouvernement indien (GOI, 2005), l'Etat du Tamil Nadu offre un contexte de la naissance plus favorable. Les revenus par habitant et l'Indice de Développement Humain³⁸⁶ sont plus élevés que la moyenne nationale. Les taux d'alphabétisation de la population en général et celui des femmes en particulier ³⁸⁷ sont supérieurs à la moyenne nationale. Grâce aux politiques de santé successives en faveur du contrôle des naissances, le taux de fertilité a considérablement diminué³⁸⁸. Le taux de mortalité néonatale est inférieur à 35 et le taux de mortalité maternelle est estimé à 150-200 (GOI, 2005). Les taux

385 Il s'agit par exemples des cas d'incontinence urinaire et rectale, de prolapsus génital ou d'hypertension artérielle. Voir à ce sujet l'article de Fortney et Smith (2000)

386 Les indicateurs de développement humain (IDH) sont des indicateurs chiffrés utilisés par le PNUD pour estimer le développement d'un pays. À partir de ces indicateurs, on calcule un indicateur composite, l'indice de développement humain ou IDH (human development index, HDI). Contrairement au revenu par habitant l'IDH prend en compte le caractère multidimensionnel du développement. Il utilise trois éléments (longévité, scolarisation et alphabétisation, niveau de vie) comme mesure indirecte de la qualité de vie. L'IDH a été conçu d'après une idée de l'économiste indien A. Sen. Voir par exemple Sen (2004).

387 Le taux d'alphabétisation chez les femmes (17 ans et plus) est de 64,55 contre 54,28 à l'échelle nationale (GoI 2005)

388 Le taux de fertilité est de 2,19 au Tamil Nadu et de 2,85 à l'échelle nationale (GoI 2005)

d'utilisation des centres de soins de santé primaire sont très élevés. Dans les centres où j'ai pu me rendre, les soins étaient assurés principalement en matinée. Leur qualité était souvent moyenne en raison de la surcharge de travail du personnel, de leur manque de formation et d'encadrement, et des défauts d'approvisionnements en matériel et médicaments. Le rapport de UNDP (2003) note un constat similaire à l'échelle de cet Etat du Tamil Nadu. Il mentionne qu'une grande partie des soins de santé primaire est fournie par les cliniques privées de plus en plus nombreuses. Comme j'ai pu le constater, certaines de ces institutions ont mis en place des systèmes de prise en charge à faible coût pour les personnes nécessiteuses.

La santé des femmes et des enfants est généralement meilleure dans l'Etat du Tamil Nadu en comparaison aux données relevées à l'échelle nationale. Cependant de grandes variations apparaissent entre les zones urbaines et rurales, entre les classes sociales et entre les districts (UNDP, 2003). A ces différences collectives, s'ajoutent de nombreuses disparités individuelles. Les témoignages rapportés par mes interlocutrices du village de Karik sont explicites pour rendre compte de la somme des facteurs en jeu dans l'accès aux soins biomédicaux lors de l'accouchement. Je vais donc aborder cet aspect en analysant la construction sociale du « choix » du lieu de l'accouchement.

ACCOUCHER A LA MAISON OU A L'HOPITAL : UN « CHOIX » ?

De nombreux travaux d'anthropologie de la naissance et d'ethnologie générale ont décrit les lieux d'accouchement des femmes dans des communautés urbaines ou villageoises, dans les pays du Nord ou du Sud. Le « choix » de ce lieu, relève, en effet, de constructions sociales variées et peut renseigner le chercheur sur des aspects divers de l'organisation sociale, des rapports sociaux de classe et de sexe à des niveaux d'analyse locale ou internationale. Pour ma part, ce thème de recherche relève d'une problématique éémique, qui ne m'est pas apparue d'emblée. Ce n'est qu'au moment de l'analyse, que j'ai constaté qu'une grande partie des récits d'accouchements faits par mes interlocutrices commençait par rendre compte des

événements qui les avaient conduites à accoucher à un endroit donné. Avant de présenter ces données ethnographiques, je propose de définir un cadre théorique dans lequel cette question peut être analysée.

L'ampleur des travaux menés dans ce domaine ne me permet pas d'en donner un compte rendu exhaustif. Par ailleurs, il me semble plus intéressant, de rendre compte, à l'aide d'exemples, des modes d'approches divers opérés pour l'étude de cet objet. Des travaux ont documenté comment l'étude du lieu de l'accouchement peut présenter une lecture des représentations sociales du corps féminin dans une société. Par exemple, chez les Diolas de Casamance, l'accouchement est jugé trop polluant pour être effectué dans une maison du village. Il a lieu à l'extérieur, à l'endroit où les femmes sont tenues en réclusion pendant leurs règles (Guidetti *et al*, 1997). Dans certaines communautés indiennes (Chawla, 1994), au Japon et en Extrême-Orient (Barbaut, 1990), la représentation de la matrice de la femme qui accouche en tant que « ventre four » conduit à choisir la pièce de la maison dans laquelle il sera aisé de produire une chaleur excessive nécessaire à la « cuisson de la femme ». Un autre niveau d'analyse invite à documenter les effets de la biomédicalisation de la naissance sur le « choix » du lieu de l'accouchement. Par exemple, lors de recherches conduites en Thaïlande, Whittaker (1999) a observé que, malgré l'absence de soutien psychologique ou physique (donné à la maison par la matrone), les femmes préféraient accoucher à l'hôpital. La présence de la technologie leur apportait, en effet, un sentiment de sécurité. Le pouvoir symbolique de la technologie est aussi le sujet d'étude de Sargent et Bascope (1996). Leur travail ethnographique, conduit dans une maternité à la Jamaïque, montre que la biomédecine demeure le savoir qui fait autorité dans la maternité même en l'absence de médecins, de sages-femmes, d'infirmières et de technologie au moment de l'accouchement. Enfin, l'expérience d'un accouchement dans un lieu donné peut s'avérer très différente d'une personne à une autre. En dehors des variations propres à l'individu, les catégorisations sociales opérées par les soignants peuvent avoir pour effet de produire des modes de prises en charge divers. Ainsi, Martin (1987) a décrit, dans une maternité américaine, la différence de prise en charge entre les femmes noires issues des milieux pauvres et les femmes blanches issues de la classe

moyenne. Une perspective supplémentaire s'intéresse au « choix » du lieu de l'accouchement en tant que signifiant des modalités de rencontre des acteurs du système « populaire » et biomédical. Lors de travaux conduits aux Etats- Unis, Davis-Floyd (2003) montre comment le retard d'évacuation des urgences obstétricales du domicile vers l'hôpital est lié aux problèmes d'incompréhension entre les acteurs de deux systèmes médicaux. Dans ce cas d'étude, les matrones traditionnelles mexicaines (qui exercent à domicile dans leur communauté) et les sages-femmes hospitalières américaines évoluent, en effet, dans des réalités sociales qui ne se côtoient pas.

Lors de travaux menés en zone rurale dans le Nord de l'Inde, Jeffery et al (1989) notaient que le choix du lieu de l'accouchement ne résultait ni d'une discussion intrafamiliale, ni d'une pression quelconque faite par un représentant du milieu biomédical. A la question de savoir où les femmes hindous et musulmanes, riche ou pauvre, accouchaient, les réponses des femmes, jeunes ou plus âgées, des matrones et des hommes étaient unanimes. Une femme doit accoucher dans la maison de son époux, là où l'enfant a été conçu (Ibid : 98). Aujourd'hui en Inde, les lieux de l'accouchement des femmes sont variés. Ils se déclinent selon une échelle d'utilisation croissante de la technologie, ainsi que selon l'appartenance sociale des femmes. Le lieu de l'accouchement peut être la maison maternelle ou conjugale (avec l'aide d'une matrone, formée ou non dans un système biomédical, l'aide d'une infirmière ou d'un médecin ou plus rarement avec le soutien d'une accoucheuse « naturelle »³⁸⁹). D'autres femmes accouchent dans des centres de soins de santé primaire, dans des maternités hospitalières de district ou du niveau tertiaire, dans les « nursing home » ou petites cliniques privées et dans les grandes institutions. Par exemple, la clinique Apollo à Chennai est désignée comme celle de référence dans l'Etat du Tamil Nadu. Dans cet Etat, une majorité de femmes accouchent désormais à l'hôpital. Lorsque j'évoquais ce sujet avec les femmes de Karik, il m'est apparu que la préférence du lieu de l'accouchement variait le plus souvent en fonction de l'âge de mes interlocutrices. Celles qui avaient accouché à la maison, et dont les filles étaient en âge d'être mères, étaient souvent unanimes pour dire que l'accouchement

³⁸⁹ Voir le chapitre 3 Partie II à ce sujet.

avec les matrones était la solution la plus appropriée. Les plus jeunes avaient accouché soit à la maternité du centre de soins de santé primaire, soit à l'hôpital général de Pondichéry. Les familles utilisent de moins en moins le service des matrones et ce depuis une période estimée de moins de dix ans, qui correspond à la mise en service du centre de soins de santé primaire des environs. En amont de l'ethnographie des pratiques observées dans la maternité hospitalière, il me semble intéressant de rapporter certains modes de construction du « choix » du lieu de l'accouchement pour ces villageoises.

Un « choix » économique

Jusqu'à une période récente, les femmes de Karik accouchaient à domicile. Selon elles, ce « choix » résultait principalement des prix modérés des services des matrones, jugés très inférieurs à ceux pratiqués en milieu biomédical. La matrone Angelai nous dit à ce sujet :

« On me donne 10 roupies, 20, 30 ou 50 roupies, la même chose pour une fille ou un garçon. Mais à l'hôpital, il faut donner 500 roupies pour le garçon et 300 roupies pour la fille ! »

Selon la matrone Palavankodie :

« Pour un seul accouchement dans une clinique privée ils vont payer 15000 roupies. A la maison personne n'est d'accord pour me payer. Il me donne 25 ou 50 roupies et c'est pareil pour les deux sexes ! ».

Si dans certaines situations, le sexe du nouveau-né peut être un critère qui modifie le tarif des accouchements, toutes ces femmes s'accordent sur le fait que le prix de revient d'un accouchement à l'hôpital est supérieur à celui fait à la maison. Aux dépenses d'ordre médical (paiement des soignants et des médicaments), viennent s'ajouter de nombreuses dépenses supplémentaires (transport, nourriture, médicament, etc.). Par exemple, Adhilakshmi nous dit :

« Accoucher à la maison c'est mieux qu'à l'hôpital. C'est moins cher. Si l'accouchement a lieu à l'hôpital les dépenses sont plus importantes. Il faut aller à l'hôpital et en revenir, il faut acheter de la nourriture à l'extérieur. A l'hôpital, ils donnent de la nourriture pour les femmes accouchées, mais parfois elle ne l'aiment pas. Il faut aussi acheter de la nourriture pour les personnes qui vont rester avec elle. »

Lors de travaux menés en zones rurales indiennes, au sujet des modalités de recours aux soins lors de l'accouchement, Saha & Ravindran (2002) concluaient que le « choix » du recours aux matrones s'expliquait en raison de l'impossibilité pour les familles de dépenser plus. Selon ces auteurs, l'autre motif de ce choix était lié à la réticence des familles à investir plus d'argent au moment de l'accouchement, hypothèse qui me semble intéressante à discuter.

Un choix d'ordre symbolique ?

Selon les analyses proposées par Saha et Ravindran, le refus de la dépense lors de l'accouchement serait révélateur de la faible valeur donnée à la vie ou la mort d'une femme, par son entourage familial en particulier, et par la société en général³⁹⁰. Le montant des dépenses liées l'accouchement est, en effet, un facteur à l'origine du choix du recours à la matrone ou à un service obstétrical de faible coût. Néanmoins, ce choix n'est pas corrélé à la question du statut de la femme enceinte dans la communauté. Au Tamil Nadu, les dépenses autour de l'événement de la maternité sont nombreuses. Par exemple, le rite de puberté, le *mañsaḷnīr*, déterminant pour la fécondité future des jeunes filles et la cérémonie du *vaḷaikāppu*, effectué lors du septième mois de la grossesse sont des occasions de grandes dépenses pour les familles. J'ai demandé à mes informatrices la raison pour laquelle les familles avaient tendance à dépenser une grande somme d'argent avant et pendant la grossesse et le minimum au moment de l'accouchement. Il m'est apparu que cette décision était plutôt liée à un défaut d'évaluation des risques médicaux encourus pendant l'accouchement et donc du peu de raisons objectives de justifier une dépense de services sanitaires de qualité et des frais associés. Néanmoins, un autre changement semble avoir opéré puisque les jeunes femmes accouchent à l'hôpital. Avant de considérer cet aspect dans le chapitre suivant, il me faut décrire d'autres arguments avancés par les femmes qui justifient leur préférence pour un accouchement à domicile.

³⁹⁰ Cette l'hypothèse est proposée par Saha et Ravindran (2002) devant les données rapportées par Sahachowdhury 1998 selon lesquelles en zones rurales du Tamil Nadu les foyers dépensaient 25 roupies pour un accouchement avec la dai. Sahachowdhury, S. (1998). Assessment of cost and quality of intranatal care provided by trained traditional birth attendants in the homes. *Indian Journal of Nursing & Midwifery*, 1(3), 41-47.

Un « choix » pratique

Contrairement à l'accouchement à l'hôpital, l'accouchement à domicile ne requiert aucune organisation spécifique. Le recours à la matrone est donc une solution pratique. Comme le rapportent les femmes, cette solution permet de ne pas avoir à solliciter l'aide des hommes, en particulier quand les femmes accouchent la nuit, à une heure où il est impossible d'aller en ville puisque plus aucun bus ne circule. Plusieurs matrones villageoises (dont l'activité d'accouchement a sérieusement diminué en raison du plus grand nombre de femmes qui accouchent à l'hôpital) m'ont d'ailleurs expliqué qu'elles assistaient principalement à des accouchements durant la nuit. Au total, comme le relève l'étude menée à Delhi par Sharma, Bali, and Bhargava (1990) le choix du recours aux matrones lors de l'accouchement s'impose premièrement parce qu'elles sont proches et tout le temps disponibles, deuxièmement à cause de la reconnaissance et de la considération dont elles bénéficient dans leurs villages, et troisièmement en raison des prix modérés de leurs services. Dans les zones où des maternités ont une accessibilité géographique et financière jugée correcte, et où elles fournissent des soins de qualité, le recours sanitaire se fait au profit de l'utilisation des services obstétricaux biomédicaux³⁹¹. Si, selon certaines femmes de Karik, la naissance à domicile a de nombreux avantages, d'autres mentionnaient l'un des bénéfices de l'accouchement à l'hôpital. En effet, ce lieu d'accouchement permet d'obtenir d'emblée « le » certificat de naissance, alors que ce n'est le cas ni à domicile, ni en clinique privée. A l'hôpital, ce document est établi en salle d'accouchement, par l'infirmière de garde. Il est ensuite directement transmis à la municipalité. Cette procédure administrative permet l'accès à des aides alimentaires et le paiement des frais de scolarité des enfants jusqu'au niveau primaire.

Du contexte institutionnel du « choix »

A Karik, de nombreuses femmes m'avaient dit préférer accoucher dans la maternité du centre de soins de santé primaire des environs. Elles connaissaient les soignants

³⁹¹ J'ai pu constater lors d'expériences professionnelles antérieures au Pakistan et en Afghanistan que la mise à disposition d'un service obstétrical de qualité, gratuit et accessible suscite son utilisation. L'argument culturel pour justifier l'utilisation ou non d'un service semble secondaire.

pour avoir eu à faire à leurs services lors des consultations prénatales ou pédiatriques. De plus, elles savaient que le personnel de la salle d'accouchement autoriserait la présence d'une ou de deux personnes de leur entourage auprès d'elle, au moment de l'accouchement. Néanmoins, cette maternité ne prenait pas en charge les accouchements des primipares et des « grandes multipares »³⁹². Pallanie m'expliquait :

« En général, pour la première grossesse, les gens y vont pour le « check up » mais pas pour l'accouchement. On leur donnera une lettre de recommandation pour la maternité de l'hôpital et ils devront aller là-bas. Ils disent qu'ils n'ont pas les équipements nécessaires. S'il y a une complication, ils auront des problèmes. Donc c'est seulement pour le deuxième et pour le troisième accouchements que les femmes iront au PHC pour accoucher. Pour les suivants, elles doivent aller à l'hôpital »

Ajoutés à ces considérations, d'autres facteurs peuvent déterminer le lieu de l'accouchement. L'un des effets du processus de biomédicalisation de la naissance en Inde rurale conduit à la mise en place d'Auxiliaires Nurse Midwife dans certains villages. Ces femmes sont censées remplacer les matrones et faire les accouchements soit à domicile, soit dans des centres de soins de santé primaire. Nous avons vu antérieurement³⁹³ certaines des contraintes qui limitent la mise en œuvre de cette stratégie. D'autres facteurs peuvent être à l'origine de ce dysfonctionnement. Voici ce que nous dit la coordinatrice des services de soins dans une maternité de district.

« Une majorité des subcenters ne fonctionnent pas correctement. La plupart du temps, il n'y a pas de médecin, pas de d'infirmière et pas d'auxilaire infirmière sage-femme (ANM) dans ces structures. Quand ils savent que des « VIP » et des gens des comités d'évaluation viennent, ils sont présents. Ces ANM ont des cartes de consultations prénatales et des registres mais ne font pas d'accouchements là-bas. Les femmes seront envoyées dans des maternités privées par les ANM. Elles reçoivent des primes de ces cliniques pour chaque femmes envoyée donc elles leur disent qu'elles n'ont pas les équipements suffisants pour faire les accouchements. »

Des contraintes d'ordre de fonctionnement institutionnel peuvent déterminer le choix du lieu de l'accouchement. Dans cet exemple, la part du choix donné aux familles est minime. Elle est orientée par une première contrainte qui conduit les femmes à ne plus pouvoir recourir aux matrones pour leurs accouchements. En second lieu, ces femmes ne peuvent pas non plus accoucher dans un lieu proche de

³⁹² Ce terme désigne les femmes dont le nombre de grossesse mené à terme est supérieur à 3.

³⁹³ Je traite cet aspect dans le chapitre 2. Partie II consacré aux pratiques de la matrone Palavankodie.

leur domicile, en raison du système de fonctionnement de référence des patientes mis en place par les soignants.

Un « choix » contextuel

Tout choix, dont celui du lieu d'accouchement, relève d'une combinaison de paramètres variés. A Karik, les femmes ne décident pas du lieu de leur accouchement. Ce « choix » est fait soit par leur mère, lorsqu'elles sont de retour au domicile parental pour le premier accouchement, soit par leur belle-mère ou leur mari, lors des accouchements suivants. Pour certaines femmes, cette absence de pouvoir peut conduire à de grandes frustrations, quand par exemple elles auraient préféré recevoir les soins de telle matrone, où se rendre dans tel hôpital. Nilambale, la mère de Papathie, l'une de mes informatrices principales, avait gardé une rancœur contre sa belle-mère à ce propos. Elle nous dit :

« Pendant mon dernier accouchement, ma belle-mère m'a posé des problèmes. Elle ne m'a pas autorisée à me rendre à l'hôpital. Ce jour là, elle a appelé une matrone de notre village pour assister cet accouchement. Je pense que cette matrone n'est pas assez d'expérience. C'était un accouchement naturel, mais le bébé ne sortait pas facilement. Cette matrone a utilisé un rasoir pour faire une coupure [du périnée] elle a fait sortir le bébé. J'ai 70 ans maintenant et cette partie ne s'est pas encore recollée ! »

De plus, le besoin de modifier le lieu d'accouchement, lors de la survenue d'une complication obstétricale par exemple, peut donner lieu à des affrontements entre les personnes chargées de cette décision. La matrone Palavankodie rapporte les faits suivants :

« Quand la situation est critique, je décide seule d'emmener la femme à l'hôpital. Si la belle-mère est présente, elle va décider, ou son mari va décider, parfois les deux prennent la décision. Si je vois que c'est trop long, je vais insister et je vais leur dire que la situation est très critique et qu'ils doivent prendre une décision rapidement. »

Enfin, d'autres événements peuvent conduire les familles à modifier le lieu de l'accouchement prévu initialement . Voici les faits rapportés par Souda.

« Mon premier garçon est né à la maternité de l'hôpital Pondichéry. Ma deuxième fille est née au PHC (centre de santé primaire). Quand mon troisième garçon allait naître, je suis restée toute une journée à la maison avec les douleurs de l'accouchement. Je suis seulement allée le lendemain au PHC de Karik, à 11heures. A ce moment, il n'y avait pas

d'électricité, il n'y avait plus d'eau et ils n'ont rien préparé pour l'accouchement. Ils ont attendu jusqu'à 3 heures de l'après-midi mais il n'y avait toujours pas d'électricité. Après ça, ils m'ont dit d'aller au GH (Hôpital public de Pondichéry). »

L'étude des modalités pratiques, économiques, symboliques, institutionnelles et contextuelles du choix du lieu de l'accouchement présente donc une porte d'entrée à l'analyse d'aspects variés d'une société. Dans les cas présentés, il s'agit des questions propres à la construction du savoir d'autorité au moment de l'accouchement (qui décide, comment, et pourquoi)³⁹⁴, du pouvoir socio-économique en tant que déterminant de l'accès aux soins, de la construction des rapports sociaux de sexe et de génération et du mode de fonctionnement des institutions sanitaires. La question du risque social du « choix » présente une dimension supplémentaire à considérer. Je l'aborderai dans la partie consacrée à l'accouchement dans le contexte du sida. Nous verrons en effet comment le suivi de protocoles médicaux, qui prescrit la prise en charge de l'accouchement à l'hôpital, peut être perçu par les femmes infectées par le VIH et leur famille comme un risque social supérieur au risque biologique encouru.

Au processus de biomédicalisation des naissances s'ajoute la mise en œuvre du programme de planning familial et de ses nombreuses activités. L'une d'elle consiste à la pratique de la ligature tubaire, dont l'organisation institutionnelle conduit à l'effet suivant. Pour de nombreuses femmes indiennes, l'expérience de l'accouchement à l'hôpital est marqué par deux événements, la venue au monde de leur enfant et la fin de leur pouvoir de procréation. En effet, en Inde, l'une des stratégies menées dans le domaine de la santé de la reproduction consiste à proposer une ligature des trompes en post-partum immédiat. Selon une perspective anthropologique, cette pratique peut se lire, comme une illustration de la hiérarchie des rapports sociaux de sexe établie en Inde dans le cadre de la procréation (Karkal, 1998a). Nous verrons que d'autres cadres d'analyse peuvent se révéler pertinents.

³⁹⁴ Je reviendrai sur cet aspect dans la partie Perspective et conclusion.

UN CONTROLE DES NAISSANCES « PERMANENT » : LA LIGATURE TUBAIRE

La pratique de la ligature tubaire est actuellement le mode de contraception le plus répandu dans le monde. Entre libre contrôle de sa fécondité par l'individu et négation de ce dernier au nom du bien commun, son histoire est ambiguë (Ricard, 2004). En Inde, les années 1981-1991 ont été marquées par une popularité croissante de la stérilisation féminine³⁹⁵ au dépend de la stérilisation masculine³⁹⁶. Ce contrôle des naissances, par l'institution, a fait l'objet de travaux divers dont l'objectif a été de dénoncer les abus faits en domaine. Nous nous intéresserons, ici, aux effets de ces politiques de la naissance sur les individus soignants et patients. Mon investigation des représentations et des pratiques sociales autour de la ligature tubaire va documenter, dans un premier temps, certaines expériences professionnelles des soignants, chargés d'appliquer les directives émises par leur hiérarchie. Ensuite, nous aborderons le point de vue des patientes sur cette pratique.

Du contrôle des soignants

L'un des succès des programmes de planning familial a été attribué au contrôle de l'institution exercé sur les soignants. Par exemple, Jeffery (1988) a décrit les trois stratégies mises en œuvre pour cet objectif, soit la mobilisation de travailleurs communautaires dans chaque village, la définition d'objectifs quantitatifs précis décidant de l'attribution de promotion ou de punition pour ces derniers ainsi que le paiement de primes pour les femmes ligaturées. Vingt ans plus tard, le contrôle exercé par l'institution pour parvenir à remplir les objectifs fixés est toujours présent. Par exemple, Raji, une auxiliaire infirmière sage-femme (ANM) qui travaillait dans un poste de santé dans les environs de Chidambaram nous rendait compte des modalités du contrôle exercé sur les soignants et nous expliquait les règles suivantes :

³⁹⁵ Pratique qui consiste à la ligature des trompes de Fallope

³⁹⁶ Pratique qui consiste à la ligature des canaux déférents. Ce programme de « tubectomy » avait été mis en place par le gouvernement de Indira Ghandi. Voir Partie I chapitre 1. Section : Les moyens de ne pas concevoir.

« Chaque ANM doit emmener 5 ou 10 personnes pour leur faire cette opération. C'est un travail très important pour les ANM. Si elles ne font pas ce travail ou ne font pas de grands efforts, elles doivent s'attendre à beaucoup de problèmes c'est-à-dire pas de promotion, des avertissements et des mutations dans d'autres villes. »

Varadamale, une matrone des environs de Namakkal, me racontait qu'elle était elle aussi mise à contribution pour cette activité. Elle dit :

« J'emmène les femmes de mon village à l'hôpital pour le planning familial (la ligature tubaire). Pour cela, on me paye 1000 roupies par mois. »

Les résultats du personnel chargé des activités du planning familial, dans les centres de soins de santé primaire et dans les maternités publiques, sont très sévèrement contrôlés³⁹⁷. Une matinée, alors que j'étais présente en salle d'accouchement, l'équipe de garde reçut la visite d'une personne cadre de la santé, chargée de recueillir les statistiques hospitalières concernant le contrôle des naissances. L'infirmière et l'auxiliaire infirmière sage-femme s'empressèrent de lui montrer les registres où ces informations étaient consignées. La visiteuse fit plusieurs réprimandes aux deux femmes puis se retira. Sur ma demande, l'infirmière expliqua :

« On note sur ce cahier toutes les femmes qui ont eu une ligature tubaire après l'accouchement. On note aussi toutes celles qui ont refusé cette intervention. On doit bien préciser la raison de leur refus (le poids de l'enfant, l'anémie maternelle, un problème de disponibilité, deux enfants de même sexe). Elle [la cadre de santé] a trouvé que les raisons des refus n'étaient pas suffisamment justifiées. »

Ainsi, dans les institutions hospitalières dans lesquelles je me suis rendue, l'activité de ligature tubaire fait toujours l'objet d'un contrôle sévère des soignants. Ce constat n'est pas isolé. Les pratiques massives de ligature tubaire ont donné lieu, en effet, à des travaux divers à propos de certaines pratiques abusives des soignants et des dysfonctionnements des programmes à un niveau local (Foo, Koenig, 2000). Plus récemment, Qadeer et Visvanathan (in Arucho Castro, Merrill Singer, 2004) ont élaboré une critique des actions de santé de la reproduction menées par le gouvernement indien. Ils ont montré comment les activités de soins de santé maternelles et infantiles sont délaissées au profit de celles destinées à réduire le

³⁹⁷ Van Hollen (2003) a traité cette question au Tamil Nadu. Elle a également documenté des pratiques d'insertion systématique de stérilet salle d'accouchement.

nombre des naissances et dont la ligature tubaire fait partie. Additionnée à cette perspective, voyons quels sont les effets de ces politiques sur les patientes.

Du contrôle des patientes

A Karik, la ligature tubaire ou *kutai kunumbakattuppatuttu*³⁹⁸ (littéralement, le contrôle des enfants de la famille) est le mode principal de contraception connu par les femmes. Comme l'ont constaté Foo et Koenig dans d'autres régions indiennes (2000), l'ensemble des autres pratiques contraceptives est généralement passé sous silence³⁹⁹. Un nombre important de femmes subissent cette intervention soit dans des camps organisés à certaines dates, soit à l'hôpital, dans les jours suivant leur accouchement. Ce n'est pas un cas particulier et de nombreuses études constatent, en effet, que cette méthode est majoritairement proposée aux femmes lors des visites conduites par les « travailleuses communautaires »⁴⁰⁰. Malgré les incitations fréquentes à la ligature tubaire formulées par les travailleuses communautaires à l'intention des villageoises, nombreuses sont celles qui ne souhaitent pas cette opération. A Karik, Nagammal nous avait dit :

« En général, les villageoises n'aiment pas faire cette opération. On reçoit la grâce de Dieu pour donner la vie à des enfants. Pourquoi doit-on gêner cela avec ces opérations ? Si nous avons peu d'enfants, qui s'occupera de nous lors de notre vieillesse ? »

En Inde, à l'exception des fonctionnaires, une majorité de familles ne bénéficie pas de régime de sécurité sociale. L'argument du devenir à l'âge de la retraite est effectivement un facteur majeur décidant du nombre d'enfants désirés par les familles (Shah, 1998). Cependant, les « travailleuses communautaires »⁴⁰¹ du village de Karik ont convaincu certaines femmes de recourir à cette opération. Elles ont vanté les bénéfices de la ligature tubaire, soit l'assurance d'un corps et d'une santé

398 Terme composé de *kutai* : enfant, *kunumpam* : famille et *katuppatuttu* : contrôler

399 Ce chapitre propose une synthèse bibliographique des travaux de recherches conduits en Inde à ce sujet. Les défauts d'accès et d'accessibilité des services de planning familial, les carences d'information donnée aux patients, les problèmes de relation entre personnel soignant et soigné, et les enjeux concernant la qualité technique des soins sont abordés.

400 La section « Method choice » dans Foo et Koenig (2000:388) rapportent des études diverses conduites à ce sujet dont celles de Kan et al. (1994) Khan, Gupta et Patel (1999a) et Roy et Verma (1999).

401 J'emploie ce terme pour désigner les femmes « Community Health Workers » et « Health Auxiliaries » deux catégories de travailleurs de soins communautaires du système de santé indien. Voir à ce sujet (GOI, 2005).

ainsi préservés et les avantages de la famille réduite. En Inde, 30% des couples auraient opté pour ce mode de contraception (Gupta et al, 1996)⁴⁰².

Dans certains Etats comme le Tamil Nadu, le programme de contrôle des naissances est mené avec succès (GOI, 2005). A Karik, les femmes connaissent parfaitement les règles d'utilisation de ce service. Par exemple, Sara la belle fille de Nagavallie nous dit :

« Dans cet hôpital, on fait le « family planning » le jeudi de chaque semaine. On fait l'examen médical du bébé né et s'il est en bonne santé, on fera le « family planning » pour la mère. Si ce n'est pas le cas, on dira à la maman qu'elle peut le faire pour le prochain bébé. »

Cette restriction m'a été confirmée par une infirmière à l'hôpital de Namakkal : toute naissance d'un enfant dont la santé peut être mise en péril annule la procédure de stérilisation. Selvie, la femme du Ex MLA⁴⁰³ local, en avait fait l'expérience :

« J'ai accouché mon deuxième bébé au PHC de Karik. Tout de suite après l'accouchement, les infirmières du PHC m'ont envoyé à la maternité de Pondichéry parce qu'il y avait un problème avec l'épaule de mon bébé. Ils ont tout de suite fait des radios pour le bébé et ont commencé les traitements. Ca s'est vite guéri. Maintenant, elle va bien. C'est pour ça que je n'ai pas fait de planning familial.

La généralisation de la pratique de ligature tubaire par laparoscopie⁴⁰⁴ (venant remplacer la laparotomie⁴⁰⁵) et la création de « camps opératoires » dans le cadre du « All India Post Partum Programme »⁴⁰⁶ ont permis de recruter les personnes qui avaient refusé l'opération proposée dans le post-partum immédiat⁴⁰⁷. Contrairement à l'hôpital où le procédé est plus long, l'intervention réalisée dans le cadre de

402 Certaines familles demandent une reperméabilisation tubaire. Cette intervention permet théoriquement la survenue d'une nouvelle grossesse. L'incompréhension du caractère à priori irréversible de l'opération ou la survenue d'un événement familial (perte d'un enfant, divorce ou veuvage suivi d'un remariage) seraient les circonstances de cette demande (Puri, Jain, 2001).

403 MLA est l'acronyme de Member of Legislative Assembly. Le membre de l'Assemblée Législative est un élu politique au niveau local.

404 La laparoscopie consiste à visualiser l'intérieur de l'abdomen, les ovaires, les trompes et l'utérus en utilisant un laparoscope, sorte de mini-télescope avec un système de fibres optiques qui amène la lumière d'une source lumineuse vers l'intérieur de l'abdomen.

405 La laparotomie est une incision chirurgicale pratiquée sur la ligne médiane de l'abdomen, permettant l'accès à la majeure partie des organes abdominaux.

406 Ce programme a été lancé par le « Seventh Five-Year Plan (1985-89) » et continue d'être mis en œuvre dans les maternités de districts et sub-districts. Il consiste à la mise en place ponctuelle de services de stérilisation tubaire ne nécessitant pas d'hospitalisation. Cette activité est désignée par l'appellation « camps opératoires ».

407 Foo et Koenig (2000 : 396) ont documenté les dysfonctionnements de ces camps liés principalement aux manques de moyens logistiques.

« camps » dure moins de dix minutes et ne nécessite pas d'hospitalisation (Gupta et al, 1996). Voici ce que me dit Rajie, la fille de Nagavale, l'une de mes interlocutrices principales à Karik.

« Pour les stérilisations permanentes, ils demandent de faire une laparoscopie ou une tubectomie. Ils préfèrent utiliser la laparoscopie parce que cette opération se fait en un jour. Ils nous renvoient à domicile un jour après l'opération. On peut aller au travail le 7^{ème} jour après l'opération. Alors que pour les autres opérations de stérilisations permanentes, on doit rester de 8 à 15 jours dans l'hôpital. On doit rester en repos au moins 3 mois au minimum. »

Du point de vue des femmes de Karik, la ligature rapide dans les camps implique malgré sa rapidité, de se libérer d'une journée de labeur. La ligature tubaire à l'hôpital a l'avantage de permettre aux familles d'utiliser au mieux ce temps où la jeune mère ne pourra être utile à la production d'un travail salarié. Pour les femmes pauvres, la ligature tubaire réalisée en post-partum immédiat à l'hôpital est une façon de réduire l'interminable liste des tracasseries du quotidien. Elles éviteront ainsi les éventuelles négociations familiales supplémentaires à cette prise de décision, de même que les dépenses d'argent et d'énergie occasionnées par une ligature ultérieure. De plus, la ligature tubaire dans le post-partum immédiat a d'autres avantages. Elle peut se traduire par l'attribution de compensations financières dans certaines conditions. A l'hôpital de Namakkal, plusieurs personnes, infirmières et membres de la famille des patientes m'ont expliqué cette procédure. La somme versée est d'autant plus importante si par cette intervention les couples renoncent non seulement à leur désir d'avoir plusieurs enfants, mais surtout à la procréation éventuelle d'un enfant mâle. La pratique de la ligature tubaire, après la naissance d'une fille unique est suivie par le versement d'une somme de 3000 roupies (soit 60 euros environ) sur un compte bancaire. Théoriquement, les familles peuvent retirer cet argent au moment du mariage de leur enfant. Il est prévu que si l'intervention est décidée après la naissance de deux filles, la somme versée est divisée par deux, permettant ainsi à chacune des filles de bénéficier de 1500 roupies lors de ses noces⁴⁰⁸. En dehors de ces deux cas précis, le gouvernement prévoit de verser la

408 Ce système de compensation financière a été instauré en 1956 par le gouvernement de Madras (aujourd'hui Etat du Tamil Nadu) sous l'appellation « Large-scale Family Planning Incentive Scheme ». Aujourd'hui le système mis en œuvre s'intitule « Incentives and Disincentives to Promote the Small Family Norm ». Le montant des primes varie selon les états. Les sommes que je mentionne sont celles qui m'ont été

somme, réestimée en 2004, à 300 roupies (soit 6 euros) pour chaque patiente acceptant la ligature tubaire dans un milieu intra ou extra hospitalier à un autre moment que celui de l'accouchement (GOI, 2005).

La suite de cette partie va présenter d'autres pratiques autour de la naissance propres au milieu biomédical. A l'hôpital, les pratiques médicales et sociales autour de l'accouchement sont modifiées par rapport à celles effectuées à domicile. Si certaines sont redoutées par des femmes, d'autres sont réinterprétées et permettent de donner du sens à l'événement de la naissance ainsi ré-ordonné.

rapportées et qui sont appliquées pour l'Etat du Tamil Nadu. Source : Rapport diffusé sur le site <http://populationcommission.nic.in/incentive.htm> (National Commission on Population).

De nombreuses études ont été conduites, au Nord et au Sud, au sujet de l'accouchement en milieu hospitalier. Certains travaux, principalement menés dans les pays du Nord ont décrit les modalités, la répercussion sociale, le sens politique et la signification symbolique du recours croissant à la technologie pour la prise en charge des accouchements (Davis-Floyd, Sargent, 1997; Martin, 1987)⁴⁰⁹. D'autres travaux ont mis en évidence les problèmes d'accès des femmes des classes défavorisées aux soins biomédicaux de santé maternelle. Ces études ont été conduites dans les pays du Sud principalement (Allen, 2002; Chapman, 2003; Maine, 2000). D'autres travaux ont documenté des problèmes similaires dans les pays du Nord (Davis-Floyd, 2003; Martin, 1987). Des recherches menées dans des institutions hospitalières africaines ont mis au jour les facteurs sociaux et structurels expliquant les défauts de fonctionnement des services de soins (Jaffré, Sardan, 2003; Jewkes *et al*, 1998; Olivier de Sardan, 2001). En Inde, des études ont décrit les modalités de la prise en charge biomédicale de la naissance. Elles documentent la présence insuffisante des soins obstétricaux d'urgence dans certaines régions (Biswas *et al*, 2005; Pachauri, 1998), les défauts de prise en charge des patientes dans certaines maternités (Murthy, Barua, 1998; Pendse, 1999; Ram, 1994) et les carences des politiques sanitaires (Ramasubban, Jejeebhoy, 2000).

Dans le domaine de l'anthropologie de la reproduction, deux concepts majeurs ont été développés pour décrire le traitement du corps par l'institution biomédicale. Il s'agit des concepts de « séparation du corps et de l'identité sociale » et de « corps machine à accoucher ». Ces concepts ont été validés au Nord, dans des contextes où les soins biomédicaux de l'accouchement ont souvent atteint un haut degré de technicité. Dans le cadre de mon étude, le niveau de recours à la technologie est faible lors de l'accouchement. Néanmoins, l'utilisation de ces cadres conceptuels vont nous permettre de décrire deux aspects du traitement social de l'accouchement à l'hôpital en montrant, d'un point de vue émique, en quoi les pratiques hospitalières

409 Ces travaux sont cités à titre d'exemple. Je reviendrai sur cette question dans le paragraphe suivant.

différent de celles du domicile, pendant le travail de l'accouchement, au moment de la naissance de l'enfant et lors du post-partum.

LE CORPS SEPARÉ DE SON IDENTITÉ SOCIALE

Dans les travaux d'anthropologues menés en ce domaine (Davis-Floyd, 1994a; Kitzinger, 1997; Martin, 1987), la notion de séparation « corps-identité » est présentée comme une conséquence de l'utilisation de la technologie et comme une manifestation des rapports de pouvoir des soignants sur les patients. Nous allons voir que, d'un point de vue émique, cette notion s'inscrit dans un système de sens différent.

Une identité sociale constamment rappelée

L'un des événements marquant de l'accouchement à l'hôpital est l'expérience de la solitude et de l'isolement. Elle est souvent nouvelle pour les villageoises de Karik et certaines citadines avec lesquelles j'ai eu l'occasion de m'entretenir à ce sujet. Cette solitude est d'autant plus grande qu'elle est accompagnée de paroles des soignants marquant une expression constante de la distance sociale qui les sépare des patientes.

Voilà ce que nous dit Soubatra:

« En général, les docteurs et les infirmières n'ont pas une bonne idée de nous. Ils nous parlent dans une mauvaise langue⁴¹⁰. »

Dans les petites et moyennes maternités, les femmes en travail peuvent être accompagnées d'une personne de leur choix. Dans les maternités des hôpitaux généraux, cette mesure est rarement possible. L'activité des salles d'accouchements est intense, en raison du grand nombre de naissances quotidiennes, et le manque d'espace disponible est évident. Tamarine, une jeune femme qui a grandi à Karik et qui réside depuis son mariage dans un village voisin, nous fait part de son

410 L'expression « mauvaise langue » utilisée par Soubatra signifie le mépris et la grossièreté du personnel hospitalier à l'égard des personnes de son rang.

expérience alors que nous lui rendons visite, le lendemain de son accouchement, à la maternité de l'hôpital général de Pondichéry.

« Dans cette salle, j'ai marché en rond et j'ai roulé de droite à gauche allongée sur le dos pour soulager la douleur. Il y avait huit femmes dans la salle d'accouchement, et toutes souffraient comme moi. Mon mari et ma mère attendaient dans la rue devant l'hôpital. Personne n'était autorisé à rester avec les femmes enceintes. On avait toutes mal mais aucun membre du personnel de l'hôpital n'était avec nous. Si on sentait que le bébé était près à arriver, il fallait crier fort pour appeler les infirmières. Mais on ne devait pas appeler avant.»

Les femmes de Karik décrivent la solitude à l'hôpital comme un facteur de stress. Elles redoutent d'avoir à subir l'ensemble des pratiques hospitalières autour de la naissance différentes de celles appliquées à domicile. A domicile, la femme qui accouche est entourée par plusieurs femmes. Les plaintes qu'elle exprime sont parfois le jeu de plaisanteries⁴¹¹. A l'hôpital, le personnel est peu disponible et les gémissements des femmes sont souvent réprimés. Il est probable que l'encombrement des salles d'accouchements combiné à la nécessité et/ou le besoin du « maintien de l'ordre » par le personnel médical expliquent que les cris de douleurs des femmes seront moins bien tolérés à l'hôpital qu'à la maison. Dans ses études menées auprès de femmes ayant accouché dans des maternités surpeuplées de Chennai, van Hollen (2003) note aussi la récurrence de grossièretés à l'encontre des femmes qui manifestaient trop bruyamment la douleur de l'accouchement. De première intention, l'auteur conclut que ces commentaires servent à créer une distance sociale entre le personnel médical et les patientes. Van Hollen ajoute, comme l'ont constaté d'autres auteurs (Gupte, 1998; Ram, 1994), que la décision de nombreuses femmes de ne pas accoucher à l'hôpital repose, en partie, sur la peur d'être maltraitées si elles expriment leurs douleurs. Enfin, selon van Hollen, les femmes font une claire distinction entre les remontrances des ayah, les femmes de salle, perçues comme agressives et violentes, et celles des médecins, interprétées comme une forme d'autorité parentale légitime et finalement appréciée. Selon cette auteur, en exprimant cette dichotomie, les femmes légitiment l'organisation de la hiérarchie au sein de l'institution médicale. Pour ma part, je n'ai pas pu vérifier cette hypothèse, en raison de la présence limitée des médecins en salle d'accouchement,

⁴¹¹ Voir la partie I. Chapitre 3 à ce sujet.

dans l'institution où j'ai conduit la majeure partie de ce travail. Néanmoins, la conclusion de van Hollen me semble trop générale et faire l'objet d'une surinterprétation. Les comportements des soignants face aux patientes sont variés. Je n'ai pas observé de violences physiques, telles qu'elles ont été rapportées par les auteurs mentionnés (ce qui peut être une déformation liée à ma présence en salle d'accouchement). Les femmes étaient peu souvent réprimandées. Par contre, elles étaient vivement encouragées à suivre les instructions de la soignante au moment de l'accouchement. Ses instructions concernent, en particulier, la pratique de l'apnée pendant la poussée de l'enfant. Elles étaient systématiques lors des accouchements auxquels j'ai assisté. Par exemple, Tamarine (qui a accouché à l'hôpital) rapporte les faits suivants.

« Le dimanche matin, j'ai commencé à avoir les fortes douleurs de l'accouchement. A ce moment-là, l'infirmière m'a dit de contrôler ma respiration et de pousser le bébé dehors, comme pour aller aux toilettes. Elle m'a dit de continuer de faire ça jusqu'à ce que l'enfant vienne dehors, sans relâcher ma respiration. J'ai fait ce qu'elle m'a dit, pendant une demi-heure, après le bébé est venue dehors. »

Du point de vue des soignants, l'accompagnement des femmes lors de leur accouchement n'est pas toujours aisé. Par exemple, à la maternité de l'hôpital de Namakkal, où un membre de la famille est autorisé à rester dans le couloir jouxtant la salle d'accouchement, une infirmière de la maternité (que j'avais vue être souvent attentionnée avec les patientes) me rapportait à ce sujet :

« Si la femme enceinte ne peut pas supporter la douleur et crie, même si on lui donne notre attention, les membres de la famille ne sont pas contents. Comme ils restent en dehors, ils ont une mauvaise interprétation de ce que nous faisons. Parfois, pour éviter ça, on demande à un membre de la famille de rester à côté de la femme en travail. »

Néanmoins, en dehors de quelques exceptions, l'accueil des soignants à l'égard des femmes des basses castes est souvent peu engageant et parfois méprisant. Cette attitude est parfois interprétée par certaines femmes comme étant une contradiction. En effet, selon les villageoises de Karik, les « travailleuses communautaires » répètent régulièrement aux femmes la nécessité d'abandonner le recours aux pratiques des matrones, décrites comme archaïques, au profit des visites anténatales et des accouchements à l'hôpital. Si les femmes des basses castes viennent accoucher

à l'hôpital afin d'être « modernes », elles sont pourtant considérées par le personnel hospitalier comme des personnes arriérées. Par exemple, Jodhi, l'infirmière sage-femme de garde en salle d'accouchement à l'hôpital de Namakkal évoquait ainsi les croyances populaires liées à l'accouchement :

« J'autorise toujours une personne qui accompagne la patiente à rester avec moi lors de l'accouchement. Dans ce cas, elle peut directement observer comment l'enfant est né. Sinon elle va me poser plein de questions ! Elle va vouloir savoir si le bébé est né avec le cordon autour du cou, de la poitrine ou du poignet⁴¹². S'il est né en regardant en haut, ou en bas. Ils disent que si le bébé né avec une première jambe dehors, il pourra traiter les maladies des jambes ! S'il regarde en haut, il n'aura pas un futur heureux ! » (Rires)

Ainsi, le corps à n'est pas forcément séparé de son identité sociale à l'hôpital. L'attitude des soignants à l'égard des patients se construit en effet en fonction de leur identité déclinée ici en tant que patient, par opposition à la catégorie des soignants, et en tant qu'individu appartenant à un groupe social et familial donné. Voyons maintenant dans quelle mesure une séparation du corps et de l'identité est parfois mise en œuvre et comment elle est vécue par les patientes.

Un point de vue émique des rites d'intégration

À l'hôpital, le corps est soumis à des gestes qui marquent symboliquement la séparation de la personne avec son environnement social, un état intermédiaire de marge puis son intégration dans l'institution. Dans les structures à haute utilisation de technologie, les pratiques obstétricales de routine seraient symboliquement significatives de ce processus. Par exemple, selon Davis Floyd (1994c), la perfusion intraveineuse posée systématiquement à une femme en travail s'apparenterait à un cordon ombilical reliant celle-ci à l'hôpital et marquerait symboliquement sa dépendance à l'institution⁴¹³. À Karik, la pose de la perfusion n'est pas forcément perçue comme telle par les patientes⁴¹⁴. Certaines femmes interprètent la pose de la

412 J'ai traité ces aspects dans la partie I chapitre II. Section : Variations autour du cordon.

413 Cette pratique est parfois, mais pas toujours, justifiée d'un point de vue médical. Dans les maternités françaises, cette pratique est en effet systématique dans le cas d'accouchement sous anesthésie péridurale où un apport préliminaire de soluté cristalloïde isotonique (Ringer Lactate) permet de limiter les effets d'hypotension secondaires induits par l'anesthésie. En dehors de ce cas, elle est envisagée comme une pratique préventive permettant d'agir rapidement dans le cas d'une complication hémorragique par exemple.

414 Par exemple, en France, certaines femmes se sentent rassurées par la pose de cette perfusion. Généralement laissées à jeun pendant toute la durée du travail, elles redoutent les effets de l'hypoglycémie. (Notes personnelles).

perfusion comme une prise en considération de la patiente par le soignant, ce qui n'est pas toujours le cas, et l'assurance d'avoir l'énergie requise pour supporter les contractions. Cette représentation diffère de celle que défendent Davis Floyd et de nombreux auteurs dénonçant, parfois à juste titre dans leurs contextes, la mainmise sur le corps de la femme enceinte par la technologie. En effet, dans les systèmes de naissances décrits par ces auteurs, l'utilisation de la technologie pour les accouchements est systématique et elle n'est pas toujours justifiée. Les protocoles de standardisation des soins mis en place font, le plus souvent, peu de cas des demandes singulières des patientes. Les propos des femmes de Karik s'insèrent dans l'ensemble de leurs représentations du système biomédical, où les moyens thérapeutiques généralement jugés efficaces ne sont pas toujours accessibles, et où la perfusion, après l'injection intraveineuse, est un traitement souvent espéré⁴¹⁵. Si la pose de la perfusion n'est un objet ni d'inquiétude, ni de frustration pour ces femmes, d'autres pratiques sont redoutées. Soubatra, décrit son admission en salle d'accouchement:

« A l'hôpital, on doit retirer tous nos bijoux, même notre *tāli*. A la place ils nous donnent une corde jaune. Ils nous conseillent de prendre tous les biens qui restent avec nous sinon quelqu'un pourrait nous les voler. Puis les infirmières nous lavent de la hanche jusqu'aux pieds. Pour tout cela, il faut leur donner de l'argent. Après elles nous font déshabiller entièrement et elles nous donnent les vêtements de l'hôpital. Elles nous font allonger sur la table d'accouchement puis s'en vont. »

Les femmes de Karik ne voient pas forcément comme une contrainte la séparation du corps et de l'identité sociale observée en milieu hospitalier. Les actes de débordement verbal ou physique d'une patiente en salle d'accouchement sont parfois réprimandés par le personnel hospitalier⁴¹⁶. Cependant, à la différence de l'accouchement à domicile, à l'hôpital, le manque passager de retenue des femmes en couches n'aura aucune conséquence à long terme pour ces dernières. A domicile, Pallanie, Venilla et Seli Amma s'accordent à dire que :

415 La question des représentations des traitements biomédicaux en milieu populaire a fait l'objet de nombreux travaux (Benoist, 1996; Jaffré, Sardan, 2003; van der Geest, Whyte, 2003).

416 J'ai également constaté que dans ce contexte la réprimande est parfois sollicitée par un membre de la famille.

« Au moment de l'accouchement on ne crie jamais fort. Si on le fait, les voisins vont se moquer de nous. Ils vont nous imiter et se mettre à répéter " Swami Swami Swami"⁴¹⁷!", "Murugan ,Murugan, Murugan"⁴¹⁸! " Quand ils seront en groupe, ils se raconteront cet événement. A l'hôpital personne ne va se moquer de nous, parce que là-bas tout le monde est en train de crier. »

Selon ces femmes, l'anonymat produit par la défection de leur statut et de leurs caractéristiques sociales propres aux pratiques hospitalières semble propice au maintien d'une certaine forme d'intimité. Plusieurs femmes, souvent les plus jeunes, ont d'ailleurs mentionné cette spécificité de l'accouchement à l'hôpital comme un avantage par rapport au domicile.

Des rapports sociaux de sexe transformés

En dehors de celles que je viens de décrire, d'autres pratiques hospitalières font de l'accouchement en milieu institutionnel l'expérience d'un monde où des règles inconnues des femmes de Karik sont appliquées. Ainsi, à domicile, l'accouchement se déroule en présence de plusieurs femmes, avec un bannissement de la présence des hommes. Cette règle s'insère dans le corpus des normes relationnelles entre les sexes. Dans le village de Karik, hormis certaines occasions festives comme les « liquor party »⁴¹⁹, où hommes et femmes de plusieurs familles vont se rassembler sous le signe de l'alcool, l'organisation des rapports de sexe est stricte. Une femme ne doit pas adresser la parole à son beau-père sans y avoir été invitée. Elle n'est pas non plus censée discuter avec les frères aînés de son époux⁴²⁰. Venilla, une jeune femme de Karik, explique, à ce sujet, un des faits marquants de son troisième accouchement.

« Quand l'accouchement est arrivé, j'avais de fortes douleurs d'accouchement. Je ne l'ai dit à personne. J'ai fait tout le travail de la maison puis j'ai préparé les affaires nécessaires pour l'accouchement. Ensuite j'ai appelé le plus jeune frère de mon mari. Il m'a emmenée à la maternité sur son vélo. Je me sentais très timide et gênée de voyager avec lui. »

417 Swami : terme d'adresse aux religieux ou à un dieu.

418 Murugan: Frère cadet de Ganesh et second fils de Siva est une figure extrêmement populaire en pays tamoul.

419 Selon les propos de mes informatrices regrettant mon absence pour cette festivité, les « liquor parties » seraient la seule occasion où, dans une certaine mesure, les hommes et les femmes peuvent communiquer plus librement. Devant les dégâts occasionnés en Inde à cause de l'alcool dans certaines familles, des mouvements en faveur de la prohibition de l'alcool se sont constitués. Voir par exemple à ce sujet les travaux de Pande (2000).

420 Les relations de parenté en milieu rurale tamoul ont été étudiées par Bêteille (1996) ; Deliége(1997) et Thompson (1985).

A l'hôpital, les codes sociaux régissant les relations soignant/soigné bouleversent ces rapports de sexe. Dans les services de gynécologie et obstétrique, l'examen clinique nécessite des contacts intimes entre les mains du praticien et les régions sensibles du corps de la patiente (seins, parties génitales). Avant d'examiner ce changement tel qu'il est vécu par les femmes de Karik, il me semble nécessaire de traiter cette question à un niveau plus général. En effet, dans le système biomédical, la pose d'un diagnostic est élaborée selon trois sources d'information, l'« interrogatoire », l'« examen clinique », et les « examens complémentaires »⁴²¹ (sanguins, radiographique etc.). Dans ce cadre, un des aspect de la relation soignant-soigné est l'examen médical qui nécessite parfois des contacts physiques intimes entre le patient et le praticien. Le médecin doit savoir maintenir la « bonne distance » de cette relation en appliquant deux valeurs qui lui sont enseignées. Premièrement, un des objectifs du long et difficile processus de l'apprentissage de la biomédecine consiste, pour les étudiants, à intégrer « un savoir- être » construit sur la distanciation avec la personne malade. Le travail intensif de mémorisation des théories biomédicales (anatomie, physiologie, pathologie, biophysique, etc.), la pratique initiale de la dissection des cadavres, l'intégration mentale de conduites médicales à suivre et la mise en exergue du savoir technologique permettent une stricte séparation entre le corps malade et l'individu patient⁴²². Par ailleurs, la confrontation régulière des médecins à la souffrance et à la mort de leurs patients impose d'emblée une distance « de protection ». Deuxièmement, cette distance est régie par les règles de la déontologie médicale. En Inde, comme en France, le droit particulier donné au médecin pour lui permettre de remplir sa mission de soins a pour contrepartie l'interdiction d'en abuser, pour protéger les intérêts du patient⁴²³. Dans le code français, il n'existe pas de clause spécifique au sujet des « tentations » auxquelles s'expose le médecin. La section 7.4 du code de l'éthique médicale indien concernant l'adultère et les conduites inappropriées est, par contre, très claire à ce

⁴²¹ Termes empruntés au langage biomédical.

⁴²² Dans le domaine de l'obstétrique aux Etats-Unis, ces questions ont été traitées par Martin (1997) et Floyd (1987).

⁴²³ En France, ceci a été formulé dès le Serment d'Hippocrate qui a introduit le médecin au domicile et auprès de la personne malade pour pouvoir l'examiner directement : « Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves ». (Hoerni, 2000).

sujet⁴²⁴. Il est peu probable que les femmes de Karik connaissent les règles de déontologie des médecins. Elles ont appris, par expérience, la spécificité de la relation soignant-soigné. A l'intérieur de l'hôpital, la relation intime (que pourrait signifier le toucher vaginal dans un autre contexte) mais distancée (par la réglementation de la relation soignant/soigné) est perçue différemment. Par exemple, la présence d'un homme accoucheur n'est pas forcément perçue comme intolérable mais relève de la normalité. Selon Radjalatchoumie :

« Quand j'ai vu que le médecin de garde était un homme, je me suis sentie mal à l'aise. Mais quand j'ai vu qu'il examinait toutes les femmes je me suis dit qu'il n'y aurait pas de problème. »

La normalité s'appuie d'une part sur la conformité que procure ici l'expérience partagée. Il n'est pas non plus exclu que cette pratique est d'autant mieux acceptée par ces femmes qu'aucun membre de leur cercle familial n'est présent pour l'observer.

Le traitement du placenta

Selon le point de vue biomédical, le placenta, de manière similaire au cordon, est un organe fœtal dont la fonction est de protéger, de nourrir et d'oxygéner l'embryon puis le fœtus, durant le temps de la vie intra-utérine (Merger, 1985). Selon les recommandations de l'OMS, en milieu hospitalier, le placenta doit faire l'objet d'un examen rigoureux. Son objectif est d'identifier des facteurs prédictifs de pathologies maternelle ou infantile. Les pratiques sont orientées vers l'assurance de l'intégrité du placenta (la rétention de débris placentaire peut être la cause d'hémorragie du post-partum et d'infection) et vers la vérification de l'absence de malformations fœtales signalées par la présence d'un hématome placentaire ou d'une insertion du cordon décentrée (WHO, 1997). Selon mes observations, le placenta ne fait l'objet d'aucun examen particulier. Des soignantes m'ont raconté qu'à une certaine période, dans de nombreux hôpitaux, chaque placenta était recueilli dans un sac en plastique et mis

424 7.4 Adultery or Improper Conduct: Abuse of professional position by committing adultery or improper conduct with a patient or by maintaining an improper association with a patient will render a Physician liable for disciplinary action as provided under the Indian Medical Council Act, 1956 or the concerned State Medical Council Act. (MCI, 2002).

au congélateur en attente de la visite du représentant de laboratoire chargé de le collecter. Par exemple, une infirmière de la maternité de l'hôpital de Namakkal m'avait dit à ce sujet :

« Avant, les placentas étaient mis dans des boîtes de congélation et des fonctionnaires venaient les chercher. Maintenant ce programme n'existe plus. »

Il est probable que le programme auquel cette infirmière fait référence est celui mené à partir de février 1995 par la société MOSCOT Exims of India, présente à Chennai qui avait installé des chambres froides dans tous les hôpitaux publics, afin de collecter les placentas. Tous les mois, les placentas étaient exportés en France pour le compte de l'institut Pasteur Merieux (Anonyme, 1998). Le placenta était, en effet, considéré, par des laboratoires pharmaceutiques, comme un produit dont la composition cellulaire s'avérait être intéressante pour la fabrication de produits de soins, de gélules et de crèmes à base de placenta⁴²⁵. Depuis l'épidémie de VIH, et avec la diffusion de l'information concernant les risques de contamination qui entourent la manipulation du placenta, ce dernier ne fait plus recette. Abandonné par la science, dénué de son pouvoir symbolique à l'hôpital, le placenta est traité comme un des produits de déjection de l'accouchement, au même titre que le liquide amniotique, le sang et les selles.

A domicile, la section du cordon se fait après l'expulsion du placenta⁴²⁶. A l'hôpital, la coupure du cordon suit la sortie de l'enfant. Après son expulsion, le placenta est jeté dans un seau hygiénique disposé sous la table d'accouchement. A domicile, le placenta est perçu comme une partie intégrante du nouveau-né. Il est l'objet de précautions qui visent à assurer son avenir et sa santé. A l'hôpital, le placenta ne fait l'objet d'aucun soin particulier. Au moment du nettoyage de la salle, il est soit enterré, soit jeté dans une grande poubelle à ciel ouvert derrière l'hôpital. Dans certaines institutions, le placenta est brûlé dans un incinérateur à déchets. Dans une maternité publique, une infirmière m'avait expliqué que pendant de nombreuses années, les placentas et les déchets étaient brûlés dans une grand poubelle derrière

⁴²⁵ Les laboratoires à l'origine de ces concoctions vantaient les mérites du placenta aux actions bienfaitrices pour la peau et les cheveux (Tillard, 2004).

⁴²⁶ Voir le chapitre 3 Partie I à ce sujet.

l'hôpital, mais que cette pratique a été interdite en raison du contrôle de la pollution aérienne. En réponse à ma question, au personnel d'une clinique privée en zone urbaine, à propos du devenir du placenta après l'accouchement, j'avais noté les remarques suivantes : le gynécologue n'en n'avait aucune idée. L'infirmière savait qu'il était mis dans un sac en plastique, mais ne savait pas ce qu'il en advenait ensuite. Selon l'ayah, le sac contenant le placenta était jeté dans la rue et normalement ramassé par les éboueurs. A l'hôpital de Namakkal⁴²⁷, j'ai constaté qu'une fois par jour, l'ayah se rendait dans la cour et enterrait les placentas dans un endroit clos où tous les déchets étaient jetés.

L'exemple du traitement du placenta à l'hôpital illustre la notion de séparation du corps et de l'identité sociale. A domicile, le placenta est traité comme une partie intégrante du nouveau-né. Il est l'objet de soin particulier dont l'objectif est de protéger l'enfant. A l'hôpital, le placenta est considéré comme un déchet. Selon mes relevés, ce moment de l'accouchement est le seul où la séparation « corps-identité sociale » est évidente. Certes, à l'hôpital, la femme qui accouche est anonyme. Elle est vue et touchée par des personnes étrangères. Elle n'est souvent soumise ni aux regards, ni aux jugements des proches. Par ailleurs, si la grossesse n'est pas une maladie, le corps enceint y est traité comme malade. L'ensemble des gestes médicaux entourant sa prise en charge (standardisation des pratiques d'accouchement et utilisation de thérapeutiques médicamenteuses et de la technologie) ont pour fonction, dans un temps le plus restreint possible, de permettre à ce corps de produire un enfant en bonne santé et d'assurer à sa mère un rétablissement favorable. Néanmoins, contrairement aux conclusions faites à ce sujet par Davis-Floyd (2000 ; 2001) et Martin (1987) dans d'autres contextes, une étude des expériences des femmes à l'hôpital lors de leur admission à l'hôpital, lors du travail et lors de l'accouchement montre que la notion de séparation du corps et de l'identité sociale ne se vérifie pas toujours et qu'elle n'est pas non plus vécue de manière négative par les patientes.

⁴²⁷ Je donnerai des précisions sur ce lieu dans la partie IV. Chapitre 2.

En obstétrique, le modèle du « technobirth » développé en Occident guide la mise en place des pratiques et des conduites dans les maternités hospitalières indiennes. Dans les pays du Nord ce modèle est largement critiqué par les défenseurs de l'accouchement naturel et/ou certains chercheurs (Davis-Floyd, 1994a; 1994b; 1994c; 2001; Floyd, Sargent, 1997; Ginsburg, Rapp, 1995; Goer, 1995; Jordan, 1978; Kitzinger, 1997; Martin, 1987). Ces auteurs dénoncent comme abusifs et intrusifs certaines pratiques de soins biomédicaux tels que les usages de la technologie (monitoring de l'activité utérine et de l'activité cardiaque fœtale), des produits pharmaceutiques (ocytociques spasmodiques, analgésiques) et des manœuvres d'extraction (forceps, ventouse, césarienne). L'ensemble des restrictions imposées aux patientes (interdiction de boire et de manger, absence de mobilité, obligation de la position en décubitus dorsale) sont vues aussi par ces auteurs comme des illustrations de l'assujettissement du corps féminin par l'institution biomédicale. Ceci, ajouté à la faible ou absente participation des patientes au processus décisionnel concernant les modalités de leur accouchement, est vu comme la manifestation des rapports de domination (du corps de la femme) par le pouvoir médical (souvent représenté par les obstétriciens hommes). Selon ces auteurs, l'accouchement en milieu biomédical s'apparente à un processus de réduction du corps enceint à « une machine à accoucher »⁴²⁸. Le contexte de mon étude est différent. Néanmoins, je propose d'utiliser la notion de « corps machine à accoucher » en tant que cadre conceptuel afin d'analyser le traitement social du corps enceint à l'hôpital.

LE CORPS ENCEINT, « UNE MACHINE A ACCOUCHER » ?

Admission à l'hôpital

⁴²⁸ En tant que sage-femme ayant travaillé en France en milieu hospitalier et dans des cliniques privées je suis globalement d'accord avec cette analyse dans le contexte où elle a été posée. Par ailleurs, les témoignages rapportés par mes amies et anciennes collègues sages-femmes confirment la pertinence de ce constat.

En Inde du Sud, j'ai constaté⁴²⁹ que les femmes villageoises étaient plus souvent concernées par les questions de classe et de caste qui limitent leur accès aux soins que par les questions relatives à une éventuelle expérience de domination masculine dans les hôpitaux lors de l'accouchement. De plus, l'expérience de l'accouchement en milieu hospitalier en Inde est parfois le lieu de nombreuses pratiques de discrimination, d'abus de pouvoir, de clientélisme et de corruption. Une pancarte écrite en anglais et en tamoul à l'entrée de la maternité de l'Hôpital général de Pondichéry informe les utilisateurs que toute demande de « pourboires » et toute inconduite par le personnel sont punissables et doivent être signalées à la direction de l'établissement. Les femmes de Karik, qui fréquentent régulièrement cette maternité, n'ont jamais entendu parler de cette mesure. Selon elles, il apparaît que seules les personnes ayant les capacités sociales de suivre la procédure de plainte, et pour cette raison peu sujettes à de tels actes, seraient en mesure de se défendre face aux écarts de conduite du personnel hospitalier.

L'accès à l'hôpital apparaît comme une préoccupation majeure des familles au moment de l'accouchement. La référence à l'hôpital, à cet instant critique, est déterminée par les critères que j'ai explorés au cours des chapitres précédents, consacrés aux matrones. A l'arrivée dans le service hospitalier, la présence d'une personne médiatrice avec l'équipe de garde en salle d'accouchement, ou l'avantage d'avoir dans son réseau social une personne y travaillant, va permettre de faciliter l'admission de la patiente. Ce rôle est parfois joué par une matrone accompagnant la famille, si elle a eu des contacts antérieurs avec des membres du personnel suite à une formation dans un cadre biomédical. Par exemple, Varaddammal, une matrone exerçant dans un village dans les environs de Nammakal venue à l'hôpital pour accompagner une patiente en travail, m'avait dit :

« Lors de son deuxième accouchement elle [sa patiente] a eu des jumeaux pour lesquels elle a eu une opération dans une clinique privée. Ils [la famille de cette patiente] ont dépensé 15.000 roupies. Ils ne sont pas riches et ils s'inquiétaient de savoir si cet accouchement nécessiterait une deuxième opération. Alors je leur ai dit, pourquoi dépenser autant dans une clinique privée, allons à l'hôpital. Je l'ai accompagnée parce que je connais très bien une infirmière. C'est comme cela que j'ai pu l'admettre facilement à l'hôpital. Je l'ai amenée le vendredi et elle a été opérée le lendemain. »

429 Ce constat a également été fait par Ram (1994) et Hollen (2003).

L'autre solution, souvent rapportée par les femmes de Karik, est de suivre les conseils donnés par l'équipe du centre de soins de santé primaire (PHC) ayant coutume de référer les primipares à la maternité de l'hôpital général (GH). Kurushide, une jeune femme qui travaille en tant que ayah dans le PHC de Karik, m'expliquait:

« Si tu vas au GH au moment de l'accouchement ce ne sera pas possible pour toi d'avoir un lit. Comme ils l'ont dit [au PHC], je suis allée au GH trois fois avant mon accouchement. »

L'accès à l'hôpital pour l'accouchement est donc déterminé par certaines règles de conduite que les utilisateurs ne peuvent contourner sous peine de se voir refuser les soins demandés. Par contre, l'admission acquise signe une intégration immédiate dans l'institution hospitalière et implique, de fait, l'acceptation et le suivi du processus de tri des patientes. Je vais examiner trois aspects du tri des patientes à l'hôpital qui se fait selon des critères d'ordre économique et biomédicaux. Un autre mode de catégorisation, que je nomme « temporel », résulte de l'organisation des activités de soins. Cette organisation conduit, en effet, à une segmentation du corps enceint lors des différents temps de la naissance.

Classement et catégorisation

L'hôpital est un lieu où les individus sont répertoriés et classés. Dans les maternités indiennes surchargées, par exemple celle de Pondichéry, les pratiques de tri des patientes se font dès leur admission à la maternité. Lors d'une visite dans ce service, la surveillante m'expliqua les aspects divers de son organisation. Deux entrées distinctes permettaient de faire un premier tri entre les patientes bénéficiant de soins gratuits, et celles appartenant à des classes sociales plus aisées, qui payaient pour bénéficier d'une prise en charge de qualité supérieure. Trois types de services étaient organisés en fonction des ressources des familles. Une pièce d'une trentaine de lits accueillait les femmes en pré-travail de la première catégorie (gratuite). Au moment proche de l'accouchement, elles étaient emmenées dans le bloc obstétrical qui pouvait accueillir, dans une même pièce, huit femmes en cours d'expulsion. Après l'accouchement, ces femmes étaient installées dans une autre pièce d'une trentaine

de patientes où, par manque de place, une proportion de un tiers pouvait bénéficier d'un lit. Les autres femmes étaient allongées sur des nattes, à même le sol. Dans le service de catégorie moyenne à prix modérés, les salles d'hospitalisation et d'accouchement étaient plus petites et accueillait six à huit personnes. Les femmes des catégories sociales supérieures bénéficiaient de chambres individuelles ou à double lits. Dans la salle de naissance de ce secteur, les deux tables d'accouchement étaient séparées par un rideau.

En dehors des critères sociaux à l'origine de la catégorisation des patientes que je viens de décrire, ces dernières sont triées selon des critères biomédicaux. Alors que je poursuivais la visite de la maternité aux côtés de la surveillante du service, elle me fit entrer dans une pièce surpeuplée où se faisait le tri des patientes hospitalisées. Installés derrière une petite table, un médecin et une infirmière étaient entourés par un nombre considérable de femmes enceintes assises en tailleur sur le sol. La surveillante m'expliqua :

« Les primipares et celles qui ont eu une césarienne sont rangées à droite pour que leur travail soit surveillé. Quelqu'un viendra régulièrement les appeler pour les examiner. Les autres, à gauche, attendent juste qu'un lit se libère soit en hospitalisation, soit dans la salle d'accouchement si elles sont prêtes à expulser. »

A l'hôpital, un autre classement permet d'opérer une division « temporelle » du travail des praticiens destinée à la prise en charge des corps enceints. Des services distincts fonctionnent avec des personnels soignants spécifiques pour la prise en charge fractionnée du travail d'accouchement, de la naissance et du post-partum. Dans chacun de ces services, les objectifs de surveillance et de prise en charge des corps enceints sont ciblés et distincts: le pré-partum sera particulièrement focalisé sur les signes indiquant la progression du travail: les contractions utérines, la dilatation cervicale et l'absence de souffrance fœtale. L'entrée en salle d'accouchement signifie, pour les femmes hospitalisées, le signe d'un travail abouti et d'un corps prêt à accoucher. A ce stade, les modalités d'expulsion de l'enfant et du placenta ainsi que la vitalité du nouveau-né seront les principaux éléments surveillés. Le temps du post-partum, généralement plus long, va de pair avec une prise en charge qui consiste principalement à surveiller l'absence de pathologie de la

mère et de l'enfant. Cette organisation n'est pas spécifique à ce terrain d'observation. Néanmoins, des catégories intermédiaires de traitement des personnes ont été mises en place dans cette maternité. Tamarine, qui avait accouché un dimanche matin raconte à ce sujet :

« L'après-midi, j'ai été emmenée pour le *taiyal*⁴³⁰. Il y avait beaucoup de femmes accouchées parce que toutes les femmes de toutes les sections étaient là. Ensuite quand ce fut fait les *ayab* nous ont emmenées dans une autre chambre. »

Ce témoignage rend compte d'une prise en charge de la naissance « taylorisée »⁴³¹, c'est-à-dire où les étapes de soins autour de la naissance sont segmentées et réparties entre des catégories de lieux et de personnes variées. Dans cette maternité, l'épisiotomie était en effet pratiquée par un médecin en salle d'accouchement, puis réparé, ultérieurement dans un autre service et par une personne différente. Du point de vue de l'organisation des services, il est probable que ce fonctionnement ait été instauré en raison de l'augmentation considérable de l'activité de cette maternité ces dernières années. En effet, selon la surveillante de la maternité, cette surcharge de travail n'avait pas été compensée par la mise en place de personnel et de moyen logistiques supplémentaires. Dans ce contexte, il est possible que ce choix d'une prise en charge des patientes ait été fait afin d'assurer une occupation des salles d'accouchement, sur un temps le plus court possible. Ainsi, le traitement du corps enceint n'est pas seulement conduit selon une division des tâches temporelles autour de la naissance (pré-partum, accouchement, post-partum). Une segmentation supplémentaire des soins conduit à diviser la pratique de l'épisiotomie en deux activités séparées en des temps et en des lieux différents : celle opérée pour la section du périnée et celle nécessaire à sa réparation.

Les notions de corps séparé de l'identité sociale et de corps machine sont deux aspects de l'accouchement à l'hôpital que des chercheurs et/ou militants, en faveur de la démedicalisation de l'accouchement, ont dénoncé dans les pays du Nord. Si certains constats, décrits au Nord, sont transposables dans les maternités indiennes,

430 La couture soit la suture du périnée. Voir au sujet de l'épisiotomie le chapitre 2 Partie II.

431 En référence à Frederick Winslow Taylor (1856-1915) ingénieur américain et inventeur de l'organisation scientifique du travail base de la révolution industrielle du XXème siècle. L'un des principes de cette organisation est la décomposition du mode de production en un ensemble de tâches élémentaires identifiables et dissociables. (Le Petit Robert des noms propres ; 2000 : 2022).

d'autres ne se révèlent pas toujours pertinents dans le contexte étudié. Cependant, les concepts qu'utilise ce courant de l'anthropologie de la reproduction se sont révélés utiles pour décrire certaines modalités du traitement social de l'accouchement dans un contexte hospitalier indien. Avant de mettre ces données en perspective et de discuter certaines propositions théoriques faites au sujet de la gestion des corps par l'institution biomédicale, je vais examiner un troisième volet de la prise en charge de l'accouchement à l'hôpital. Le cas de l'accouchement par césarienne fera l'objet du dernier chapitre de cette partie.

DES NAISSANCES « TECHNO-LOGIQUES » :

LE CAS DES CÉSARIENNES

Séparées pour un temps du reste de la société et des préoccupations quotidiennes matérielles et sociales, il n'est pas rare que certaines femmes en travail à l'hôpital s'abandonnent à l'écoute de leur corps, alors que dans le contexte indien, cette attitude est fortement réprimée⁴³². Épuisées par le rythme des contractions utérines devenant de plus en plus insupportables, ces femmes imaginent la césarienne comme la solution immédiate de leur libération⁴³³. Tamarine raconte :

« J'étais effrayée. Quand j'allais aux toilettes je regardais les femmes enceintes qui avaient beaucoup de douleurs et quand je les entendais appeler "*ammā, appan*"⁴³⁴, *yoo*"⁴³⁵ j'avais peur. Comme moi, les autres femmes enceintes se sentaient malheureuses de rester à l'hôpital, on parlait de ça entre-nous : pourquoi on est là, est-ce pour voir et entendre ces femmes crier ? Comme c'est difficile d'accoucher ! Au lieu de souffrir comme ça on pourrait avoir une *periya operation*"⁴³⁶. C'est un procédé simple, ils donnent une *mayakkam uci*"⁴³⁷, ensuite ils peuvent ouvrir et enlever l'enfant, c'est tout. »

Si la césarienne est jugée à l'acmé de la douleur comme une option libératrice pour ces femmes, cette voie opératoire est une solution le plus souvent redoutée par celles issues des milieux pauvres⁴³⁸. Pourtant, en Inde, comme ailleurs, une nette augmentation du nombre d'accouchements faits par césarienne est observée dans certains contextes. Avant de décrire la généralisation de ce phénomène, nous avons besoin de préciser certaines notions concernant les origines de cette pratique chirurgicale.

432 De nombreuses études ont montré que par souci de se conformer au rôle social qui leur est attribué, les femmes indiennes avaient tendance à négliger leur santé et à ne pas recourir aux soins. Voir par exemple Manocha et Dharam (1992), Ramasubban et Jejeebhoy (2000) et Saha et Ravindran (2002).

433 Ce qui n'est pas spécifique à ce contexte.

434 Terme de parenté : papa.

435 Interjection qui, dans ce contexte, marque une verbalisation de la douleur, et que l'on peut traduire par « aïe ». Dans un autre contexte, *yoo* peut aussi signifier la surprise ou l'admiration.

436 Littéralement la grande opération : la césarienne.

437 Littéralement: *mayakkam* : somnolence , *uci* : contraction du terme *utpāyccukai* : injection : L'anesthésie générale.

438 J'en décrirai les raisons ultérieurement.

PETITE HISTOIRE DE LA CÉSARIENNE

Contrairement au récit de Pline l'Ancien (1848-1850), Jules César n'est pas né par césarienne. Aurélia, sa mère, survécut de nombreuses années après son accouchement, ce qui, à cette époque, était impossible après une telle intervention (Kuhn, 2004). L'origine de la naissance par ouverture de l'abdomen est décrite dans les légendes et la mythologie. Ainsi, contrairement aux naissances des êtres communs qui se font par l'orifice génital, le Bouddha Sakyamuni serait venu au monde en sortant du flan droit de sa mère. Par ailleurs, la légende veut qu'Asclépios, dieu grec de la médecine, fils d'Apollon et de Coronis soit né par césarienne⁴³⁹.

Si elle est aujourd'hui réservée au système biomédical, la césarienne est une pratique très ancienne. Par exemple, elle est mentionnée dans le *Susruta Samhita*⁴⁴⁰, l'un des quatre grands traités fondamentaux de la tradition âyurvédique. De l'antiquité au moyen âge, la césarienne était réalisée en post-mortem uniquement. A partir du XVI^e siècle, elle est faite sur des femmes vivantes. Nombreuses sont celles qui ne survivent pas aux complications infectieuses et hémorragiques de cette intervention. C'est au XIX^e siècle, avec l'avènement de l'asepsie chirurgicale, que le risque de mortalité post-opératoire fut fortement diminué (Pundel, 1969). Avec les progrès de l'antibiothérapie dans les années 1950, puis de l'anesthésie, de la réanimation et de la transfusion à la fin du XX^e siècle, la césarienne est considérée comme une intervention simple, mais non sans danger, lorsqu'elle est réalisée dans des conditions sanitaires satisfaisantes. La mortalité maternelle suite à un « accouchement par voie haute »⁴⁴¹ est supérieure, en effet, à celle observée lors d'un accouchement par voie vaginale. La morbidité maternelle l'est également. Ses causes majeures sont les complications anesthésiques et chirurgicales, les infections puerpérales, les intolérances aux antibiotiques, les durées augmentées d'hospitalisation post-opératoires et de convalescence ainsi que les troubles

439 Pour une étude érudite de l'histoire de la césarienne voir Pundel (1969)

440 Chapitre: Nidanasthana, Section 8, Verset 14 dans Meulenbeld (1999-2002)

441 C'est l'appellation donnée à la césarienne en milieu biomédical.

psychologiques secondaires⁴⁴². Théoriquement, la césarienne permet d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'apparition d'une complication obstétricale. Elle est justifiée dans des circonstances très précises: devant l'apparition de dystocie mécanique (disproportion cephalo-pelvienne, ou bassin osseux rétréci, présentation dystocique), devant l'apparition de dystocie dynamique (insuffisance des contractions, absence de dilatation du col utérin), en cas d'hémorragie, de toxémie, d'éclampsie, de détresse fœtale, de prolapsus du cordon, et de pathologies générales maternelles⁴⁴³. Pourtant en Inde, comme dans de nombreux pays, la césarienne est souvent réalisée sans aucune indication médicale.

L' « EPIDEMIE » INDIENNE DE CÉSARIENNE

Avant d'étudier le cas spécifique de l'Inde, j'introduirai cette section par la description de pratiques entourant le recours à la césarienne dans d'autres pays. Le taux de césarienne de 5-15% est un des indicateurs de processus mesurant la disponibilité du minimum des services de soins obstétricaux requis pour réduire la mortalité materno-infantile (UNICEF, 1997)⁴⁴⁴. Cependant, depuis les années 1970, au Nord comme au Sud, le taux de césarienne n'a cessé d'augmenter et est parfois démesuré⁴⁴⁵. Les raisons sont variées et concernent principalement le développement des structures sanitaires et l'attrait du gain de praticiens peu scrupuleux. Par exemple, Murray (2000) a observé qu'au Chili, les règles administratives des compagnies d'assurances médicales pouvaient influencer le mode de prise en charge de l'accouchement. Dans des maternités privées, les taux de césariennes dépassaient les 60% et concernaient principalement des femmes bénéficiant de couverture sociale satisfaisante. En dehors du bénéfice lucratif de ces interventions, elles sont aussi justifiées par les obstétriciens en raison du nombre croissant des procès intentés par les parents jugeant le déficit mental ou physique de

442 Des résultats de recherches scientifiques produites à ce sujet sont mentionnées dans le rapport (NICE, 2004)

443 Pour une liste exhaustive de ces complications voir le guide Nice 2004.

444 "Caesarean section as percentage of all Caesarean sections account for not less than 5%, births in the population nor more than 15% of all births/deliveries" Process indicators and minimum acceptable level of Emergency Obstetric Care. (Nice, 2004.)

445 Dans certains pays d'Amérique Latine les taux sont de 59 à 100% (Belizán *et al*, 1999).

leur enfant comme une conséquence directe d'une souffrance à l'accouchement⁴⁴⁶. Des demandes fréquentes de césarienne itérative⁴⁴⁷ pour convenance personnelle sont aussi formulées par des patientes et des familles. Par exemple, au Brésil⁴⁴⁸, ces demandes peuvent être motivées par la peur de la douleur engendrée par les contractions utérines, l'angoisse des délabrements périnéaux conséquents à l'accouchement et la crainte du gâchis de la vie sexuelle (Souza, 1994).

En Inde, dans les structures sanitaires prestigieuses, comme, par exemple, le Pondicherry Institute of Medical Sciences (PIMS), l'hôpital privé que j'ai visité, la panoplie du technobirth, - la naissance à haute utilisation de la technologie médicale - est au complet. Le monitoring de l'activité utérine et fœtale, l'anesthésie péridurale, et les procédures d'extraction par voie basse sont largement utilisés⁴⁴⁹. Le recours à la césarienne est aussi largement répandu. Les données consignées dans les registres des naissances disponibles en salle d'accouchement m'ont permis de calculer les taux de césariennes mensuelles dans la maternité de district où j'ai conduit mes recherches. La moyenne de césariennes sur la totalité des accouchements effectués est de 30 à 40%. Ce constat n'est pas isolé⁴⁵⁰. Dans les cliniques privées des grandes villes indiennes, le taux de césarienne est en constante augmentation. Par exemple à Jaipur, ce taux était de 5% en 1972, 10% avant les années 1980, et de 19,5% entre 1980 et 1985 (Pai et al, 1999). Cette tendance est inégalement répartie selon les Etats, les zones urbaines et rurales, et les institutions publiques ou privées. Les états de Goa et du Kerala, où le développement des institutions sanitaires est le plus important, affichaient les taux les plus élevés de césarienne (respectivement 54,55% et 58,52%) (IPPS, 1995). La proportion des accouchements par césarienne suite à des complications obstétricales varie aussi selon les Etats. Elle est plus élevée, en zone urbaine, en Andhra Pradesh, à Assam, à Delhi, au Gujarat au Karnataka et au

446 Le site Union Professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens www.upigo.org donne une idée de l'étendue du problème. Un regard éloigné de ce problème conduit à considérer ce phénomène comme une logique où la technocratie domine les pratiques de l'accouchement. Je reviendrai sur cette question en fin de chapitre.

447 Programmée et réalisée avant le début du travail d'accouchement.

448 Mais pas seulement. J'ai pu observer des demandes similaires dans ma pratique de sage-femme en France.

449 Par contre, dans les maternités gouvernementales où j'ai pu me rendre, ces moyens ne sont pas, ou rarement, déployés par manque de budget.

450 On peut aussi supposer que le plus grand nombre de grossesses à risques et de complications obstétricales prises en charge à l'hôpital est responsable du taux élevé de césarienne. Mais ce n'est pas toujours le cas. Voir à ce sujet les travaux de Mishra U et Ramanathan M (2002).

Rajasthan (Mishra, Ramanathan, 2002). Pourtant, l'«épidémie de césarienne»⁴⁵¹ n'est pas forcément corrélée à une amélioration des conditions maternelles et périnatales de l'accouchement (Mehta et al, 2001). Selon un journaliste du Chandigarh Tribune (Sethi, 2002), cette situation dans les classes moyennes et aisées se résumerait par une double accusation. Celle des obstétriciens, accusant la faiblesse des femmes à supporter la douleur de l'accouchement et les implorant de pratiquer une césarienne. Celle des femmes, dénonçant l'abus de pouvoir des médecins pratiquant des accouchements par voie opératoire sans leur consentement.

L'ensemble de ces constats soulève de nombreux débats dans la communauté scientifique (Mishra, 2004; Padmadas et al, 2000; Pai et al, 1999; Savage, 1999; Sreevidya, Sathiyasekaran, 2003). Pour ma part, j'ai pu observer que les déterminants de ce changement des pratiques obstétricales en faveur de la césarienne relèvent de plusieurs logiques : Les logiques de l'argent, et la logique « technocratique⁴⁵² » des pratiques de soins peuvent orienter les pratiques des obstétriciens en faveur de la césarienne. Par ailleurs, les patientes et leurs familles sont parfois à l'origine de la demande d'un accouchement par césarienne. Premièrement, celle-ci peut être motivée par la peur de la douleur et des conséquences traumatiques de l'accouchement, processus que je regrouperai sous l'appellation de « logique du corps ». De plus, le suivi des recommandations faites par un astrologue à propos du moment propice de la venue au monde de l'enfant attendu peut représenter un autre motif de cette demande. Je nommerai cette dernière la « logique des astres ».

LOGIQUES A L'OEUVRE

Une intervention par césarienne nécessite un plateau technique (personnel, procédures médicales, matériel) supérieur à celui requis pour un accouchement normal. En Inde, la césarienne requiert un temps d'hospitalisation plus long (de 9 à 12 jours) qu'un *post-partum* « non opératoire » (de quelques heures à 3 jours). Par

⁴⁵¹ Expression empruntée à Porreco et Thorp (1996).

⁴⁵² C'est à dire la logique selon laquelle l'ensemble des processus de décision est orienté par la technique.

conséquent, le bénéfice que peut retirer une institution sanitaire à but lucratif de la généralisation de cette pratique aux dépens des accouchements normaux est évident. C'est dans ce contexte que s'inscrit « la logique de l'argent », c'est-à-dire le processus par lequel une pratique de soins n'est pas forcément choisie en fonction d'une nécessité d'ordre biomédicale mais par rapport aux bénéfices d'ordre financier que les médecins peuvent en retirer. En effet, en Inde, dans les Etats de l'Andhra Pradesh, du Bihar, du Gujerat, du Karnataka, du Punjab et de l'Uttar Pradesh, la probabilité pour une femme d'accoucher par césarienne est quatre fois plus élevée dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics (Mishra, Ramanathan, 2002). Dans d'autres Etats, où les soins obstétricaux sont très insuffisants, il n'excède pas les 4% (Biswas *et al*, 2005)⁴⁵³.

Le Dr Ashaya, une gynécologue proche de la retraite qui exerçait dans une clinique privée de Pondichéry m'avait dit à ce sujet :

« Dans les cliniques privées, ils font beaucoup de césariennes, leurs taux sont supérieurs à 50% »

Les enquêtes confirment les propos de ce médecin. Selon l'étude nationale conduite au Tamil Nadu en 1992-1993 (IPPS, 1995), 39,64% des femmes accouchaient par césarienne. Aujourd'hui, ce taux s'élève à 50% dans des cliniques privées de Chennai (Sreevidya, Sathiyasekaran, 2003). Une patiente avec laquelle j'avais discuté, rapportait les faits suivants, alors qu'elle attendait son tour pour une consultation prénatale, à l'hôpital de Namakkal.

« Quand j'étais enceinte, j'étais à Coimbatore avec mon mari. J'avais des consultations régulières dans un « nursing home ». Après le *valaikāppu*⁴⁵⁴, je suis venu ici chez mes parents et je n'avais plus de consultations. Une semaine avant l'accouchement, je suis allée dans une clinique privée. La médecin m'a examinée et m'a dit que je devais avoir une césarienne. Elle m'a dit : “ Si vous allez à l'hôpital, je ne vous aiderais pas. Si quelque chose ne va pas avec vous ou avec votre enfant je n'en serais pas responsable. Si vous êtes admis dans ma clinique, je serais avec vous au moment de l'accouchement ensuite je prendrez soin de vous et de l'enfant.” Comme le docteur me l'avait dit j'ai eu une césarienne et j'ai dépensé 16. 000 roupies »

453 Exactement 0,82% au Gujrat, 2% au Maharastra et 4% au Bengale (Biswas *et al*, 2005)

454 Le rite de la grossesse au Tamil Nadu. Voir le chapitre 2 Partie I.

En dehors de cette logique, la logique « technocratique » semble être aussi à l'origine de l'« épidémie » indienne de césarienne. Cette logique est intimement liée à l'impact de la « technologie médicale » sur la naissance, c'est-à-dire selon Pickstone (2000) de l'ensemble des pratiques du corps, des techniques, des représentations symboliques et des logiques sociales en œuvre dans un système médical orienté par le recours aux techniques modernes. Dans les maternités indiennes gouvernementales où je me suis rendue, l'utilisation de la technique était limitée. Cependant, certaines pratiques du corps entourant l'accouchement sont similaires à celles observées dans les systèmes à haut niveau de recours à la technologie. Par exemple, le temps alloué au travail d'accouchement excède rarement les 12-15 heures. Il est aussi variable en fonction de la disponibilité des chirurgiens de garde chargés d'intervenir dans le cas d'une césarienne⁴⁵⁵. Au-delà de ce nombre d'heures, les femmes sont césarisées. Selon les travaux conduits par Martin (1987) aux Etats-Unis, depuis les années 1940, le temps alloué au travail d'accouchement (selon les mesures de l'obstétrique) n'aurait cessé de diminuer avec les années. Le temps maximum alloué au travail d'accouchement a été réduit de 36 heures dans les années 1950, à 24 heures dans les années 1960. Il a été fixé à 12 heures dans les années 1970, au moment où la prise en charge dirigée du travail est apparue. Au-delà de ce temps alloué, et quand l'éventualité d'une dystocie mécanique a été écartée, la femme en travail est jugée porteuse d'une déficience du muscle utérin et considérée comme incapable de mettre au monde son enfant sans l'aide opératoire des médecins (Wagner, 1994). Malheureusement, je n'ai jamais pu discuter de ces aspects avec les médecins que j'ai rencontrés en Inde. Les entrevues étaient souvent très rapides et se faisaient soit entre deux consultations, soit dans les couloirs des services d'hospitalisation. La visite des médecins en salle d'accouchement était toujours très brève. Après quelques mots échangés avec le personnel de garde, ils/elles procédaient généralement au toucher vaginal des patientes en travail⁴⁵⁶ puis s'en allaient. Ils/elles revenaient dans les heures qui précèdent la fin de leur période de garde et prenaient la décision éventuelle de césarienne des patientes dont la progression de l'accouchement n'était pas jugée satisfaisante. A trois reprises, il m'a semblé que des

455 Ceci n'est pas non plus spécifique à ce contexte

456 Cette examen permet de mesurer la dilatation du col utérin et la progression de la présentation fœtale dans la filière pelvienne.

césariennes étaient réalisées alors qu'elles semblaient non justifiées sur le plan médical. Ceci me conduit à penser que l'augmentation du nombre de césariennes dans ce contexte suit également la logique « technocratique » décrite par Martin (1987). De plus, certaines femmes villageoises que j'ai rencontrées et qui avaient accouché par césarienne m'ont rapporté qu'elles n'avaient pas toujours compris les raisons de cette décision⁴⁵⁷. A ce que j'ai pu observer à l'hôpital, les femmes admises en salle d'accouchement dans la matinée devaient avoir accouché avant le changement du médecin de garde en début de soirée. Si ce n'était pas le cas, le médecin de la journée avait pour obligation de les Césariser avant son départ. Dans ce cas, la logique technocratique est orientée non pas par un diagnostic posé par la technologie (par exemple le cardio-tocographe) mais par des règles de fonctionnement institutionnel.

Avant de terminer cette section, consacrée à la logique technocratique, il me semble intéressant de mentionner les éléments suivants. Dans des institutions où le recours à la technologie est élevé, la logique technocratique peut prendre place lorsque l'utilisation de ces moyens techniques oriente des décisions conduisant à un recours toujours supérieur à l'usage de ceux-ci. Ainsi, l'utilisation abusive de la technique est parfois responsable de diagnostic erroné de certaines pathologies, conduisant à une décision de césarienne injustifiée (Davis-Floyd, 1994a; 1994b; Goer, 2002; Kornelsen, 2005; Wagner, 1994). Mon terrain ethnographique fait dans une maternité à haute utilisation de technologie n'a pas été assez long pour mener une analyse à ce sujet. Néanmoins, mon expérience professionnelle en tant que sage-femme me conduit à confirmer cette hypothèse. En effet, dans un tel système de naissance, un point de vue biomédical conduit à voir le corps enceint comme incapable d'enfanter dans les délais et conditions posés par les règles de l'obstétrique moderne. La naissance apparaît comme un événement potentiellement dangereux pour la femme et pour l'enfant. L'objectif des professionnels de santé serait alors non plus orienté vers la réduction des risques du travail d'accouchement et des traumatismes de la naissance par voie vaginale mais vers la suppression totale de ces derniers (Davis-Floyd, 1994a). Ce raisonnement conduisant à la promotion des

⁴⁵⁷ Je vais traiter cette question ultérieurement.

avantages de la césarienne est, certes, défendu par certains représentants biomédicaux (Paterson-Brown, 1998; Roberts, 2000). Mais il fait aussi l'objet de controverses. Byrd, Hobbiss et al. (2005) ont montré, par exemple, que la prévention des délabrements périnéaux lors de l'accouchement était liée à certaines pratiques des obstétriciens et ne justifiait en aucun cas le recours à la césarienne. En Inde, l'« épidémie » de césarienne est, à ce jour, principalement documentée par des études quantitatives. A ma connaissance, les pratiques de naissances dans les contextes à haute utilisation de la technologie médicale n'ont pas fait l'objet d'étude spécifique. Aussi, ce champ d'investigation par les chercheurs en sciences sociales reste entier.

En Inde, l'augmentation du nombre des césariennes est aussi expliquée par une demande accrue des patientes et des familles de pouvoir bénéficier de cette intervention. En effet, le suivi des recommandations faites par un astrologue peut représenter un motif de la demande de césariennes, raisonnement que je nommerai la « logique des astres ». La césarienne, contrairement à l'accouchement normal, permet de programmer une naissance à une date et une heure précises. Cet avantage apparaît pertinent pour des familles souhaitant assurer à l'enfant attendu, et à sa famille, une naissance sous un ciel astral jugé de bon augure. En milieu tamoul, les dates des événements importants de l'existence sont, en effet, choisies par l'astrologue, et souvent en fonction du thème astral des individus. J'ai pu observer, à Karik, que ces prescriptions guident le choix des dates de célébration des rites de puberté, du mariage, de la grossesse et des inaugurations des maisons⁴⁵⁸. En raison de contraintes économiques, les familles de Karik ne peuvent avoir recours à la césarienne afin de suivre les prescriptions de l'astrologue⁴⁵⁹. Dans l'éventualité d'une situation financière plus favorable, il est fort possible qu'une demande de césarienne serait formulée. Ainsi, un jour, alors que je me rendais en visite chez Papathie, l'une de mes informatrices principales, nous n'eûmes guère le temps de discuter. Son beau-frère, qui était présent ce jour-là, fit un malaise et nous l'accompagnâmes à l'hôpital. Quand tout fut rentré dans l'ordre, la mère de Papathie fit remarquer à

458 Sur ces questions voir par exemple les travaux de Kapadia (1995)

459 Dans une clinique privée le prix d'une césarienne varie de 4000 à 10000 roupies soit environ 80 à 200 Euros. Nous verrons dans le chapitre suivant que ces tarifs sont souvent différents dans le contexte du VIH.

tous que le fils du beau-frère, né quelques jours plus tôt, n'était pas venu au monde au moment souhaité. Le décalage entre le date et l'heure de naissance du bébé, et celle prescrite par le calendrier astrologique, était selon cette dame, responsable de la maladie de son père. A Pondichéry, le Dr. Ashaya m'avait confirmé que de nombreuses familles avaient recours au service de l'astrologue pour déterminer une date favorable à la réalisation d'une césarienne prophylactique c'est-à-dire (prescrite avant le début du travail d'accouchement, sur une indication donnée). Enfin, la demande des patients ne se limite pas à la pratique de la césarienne. Elle peut concerner d'autres opérations chirurgicales. Dr Ashaya m'avait dit à ce sujet :

« Si un médecin accepte de faire une intervention chirurgicale à trois heures du matin pour des raisons astrologiques, il va gagner une bonne réputation⁴⁶⁰. »

Les travaux de Kabra et al. (1994) ont permis de documenter la « logique des astres » orientant la demande de césarienne par les patientes. La prévision de la naissance, à une date choisie, est donnée par ces auteurs comme le facteur expliquant le recours, de plus en plus fréquent, à la pratique de la césarienne. Ces derniers ne font pas mention de la pratique du déclenchement artificiel de l'accouchement⁴⁶¹ qui est également un moyen similaire d'accoucher à une date prédéterminée. Contrairement à la césarienne qui permet une naissance à une heure précise, il est certain que l'heure de la naissance suite à un déclenchement du travail d'accouchement est plus aléatoire. Il est possible que la pratique du déclenchement ne soit pas mentionnée pour cette raison. On peut aussi supposer que l'équipe médicale ne propose jamais cette alternative face à cette demande spécifique des patientes et de leurs familles. Le déclenchement nécessite, en effet, une plus grande disponibilité des soignants et ce pour une rétribution inférieure à la pratique de la césarienne.

Une autre logique peut être à l'origine de la demande de césarienne par les patientes. La « logique du corps » désigne, en effet, un choix de la césarienne formulé par les patientes refusant de soumettre leur corps à la douleur de l'enfantement et aux conséquences parfois traumatiques de l'accouchement par voie vaginale. En Inde du

460 J'ai évoqué cette question dans la partie II Chapitre 2.

461 Grâce à la maturation du col utérin par des prostaglandines suivi d'activation des contractions utérines par l'injection de produits ocytociques.

Sud et au Kerala en particulier, la demande de « *painless labour* » est récurrente parmi les femmes des classes favorisées (S. George, 2002). Mon travail ne porte pas sur cette classe de la population et je n'ai pas retrouvé de pratiques similaires. Cependant, cette « *logique du corps* » me semble intéressante à mentionner parce qu'elle invite à explorer les pratiques de la naissance dans le cadre d'une anthropologie de la consommation des soins de santé.

La pratique de la césarienne est donc en nette augmentation au Tamil Nadu, en particulier dans les cliniques privées. Néanmoins, dans certaines circonstances, cette pratique est refusée. Ce refus peut venir soit des médecins, soit des patientes qui la jugent difficilement acceptable. Voyons maintenant quelles sont les circonstances, les raisons et la marche de manoeuvre possible autour de ce refus.

LE REFUS DE LA CESARIENNE

Du point de vue des patientes

A Karik, les certaines femmes ayant eu des césariennes m'ont expliqué qu'elles ne souhaitent pas cette intervention initialement. Kambale, la cinquantaine, se souvient avoir été dans cette situation lors de l'accouchement de son premier et unique enfant.

« Quand j'ai eu la douleur de l'accouchement, j'ai senti que mon bébé tournait à toute vitesse dans mon ventre. Je suis allée voir un médecin immédiatement. Ils m'ont dit que le sac d'eau [la membrane amniotique] était ouvert et que mon bébé avait un problème pour respirer. Ils voulaient me faire une césarienne immédiatement. Je ne voulais pas. Je pensais qui va faire le ménage, la cuisine et le blanchissage. Si c'est un accouchement normal, on n'aura pas besoin de l'aide de quelqu'un d'autre. Mais le médecin m'a dit que si je refusais, je n'aurais pas le bébé et que j'aurais des problèmes toute ma vie. Donc j'ai fini par accepter. »

La peur des conséquences sociales de la césarienne liées à l'impossibilité d'effectuer les tâches domestiques quotidiennes était en effet le motif récurrent du refus de cette intervention évoqué par les femmes du village de Karik. Nagavilla, trente ans, deux enfants, nous dit :

« Je ne voulais pas de césarienne, ma sœur et ma mère ont eu une césarienne et elles ont beaucoup souffert après cette opération. »

La souffrance s'entend ici à deux niveaux. Elle signifie effectivement les douleurs liées à l'opération. En dehors de la souffrance physique, les femmes témoignent de la souffrance psychique qu'elles ont ressentie après l'opération. Comme le rapportent par exemple Jordan (1978) et Martin (1987), cette souffrance peut traduire le sentiment d'échec face à l'épreuve de l'accouchement, ou le regret de n'avoir pas vécu « pleinement » l'expérience charnelle de l'événement de la mise au monde⁴⁶². Bien qu'elles ne l'aient pas mentionné, il n'est pas exclu que les femmes de Karik aient eu une expérience similaire. Cependant, les conséquences économiques directes de cette intervention pour les ressources familiales sont la raison majeure rapportée par ces femmes au sujet de leur refus ou de leur expérience négative de la césarienne. Même réalisée à l'hôpital, la césarienne a un coût supérieur à l'accouchement normal. En dehors des demandes de « pourboires » du personnel lors de l'hospitalisation prolongée, les familles des patientes seront sollicitées pour venir assurer les soins non médicaux journaliers, la fourniture de leur repas et parfois certains médicaments et matériaux. De retour à domicile, les femmes césarisées seront encore, pendant un certain temps, incapables d'assurer leurs rôles quotidiens. Contrairement à un accouchement normal où elles peuvent rapidement effectuer les tâches domestiques de la maison et retourner travailler dans les champs, une césarienne nécessitera un repos obligatoire et mal vécu.

Face à ces logiques à l'origine de l'augmentation du nombre des césariennes, des travaux menés aux Etats Unis par Martin (1987) décrivent comment certaines femmes, confrontées à la technologie médicale et à ses abus, recomposent en leur faveur les produits et protocoles développée par celle-ci. Cette recomposition peut prendre la forme d'actes de résistances face aux modèles biomédicaux. Cette

462 Dans des institutions à haute utilisation de la technologie médicale (comme il en existe en Inde dans certaines cliniques privées urbaines), l'avènement technologique de l'accouchement est parfois décrit comme une cause d'expériences négatives de la naissance (Kornelsen, 2005; Martin, 1987; Wagner, 1994)

résistance peut être institutionnalisée⁴⁶³ ou individuelle et isolée⁴⁶⁴. Il n'est pas exclu que les femmes indiennes des classes favorisées revendiquant le droit à l'accouchement « naturel » aient des pratiques similaires. Toutefois, en Inde, comme dans les pays du Nord, ces mouvements « alternatifs » de la naissance sont minoritaires. Dans le contexte de l'infection à VIH, nous allons voir que le refus de la césarienne peut être formulé par les médecins.

Le refus des médecins

Certains protocoles de prévention de la transmission mère-enfant du VIH prévoient que les femmes infectées par le VIH accouchent par césarienne, ceci afin de limiter la transmission du virus à leur enfant, au moment de l'accouchement⁴⁶⁵. En Inde, peu de programmes prévoient cette intervention et de nombreuses femmes ne peuvent en bénéficier. Par exemple, au Tamil Nadu, ce protocole était prévu par les activités de l'ONG YRG Care présente à Chennai⁴⁶⁶ pour certaines femmes incluses dans leur programme. Le fonctionnement mis en place était le suivant. Celles qui pouvaient payer les médicaments antirétroviraux bénéficiaient de l'ensemble de la prise en charge prévue et accouchaient par césarienne. Celles qui n'en avaient pas les moyens recevaient un protocole de traitement plus court. Elles étaient envoyées dans des hôpitaux publics où elles accouchaient par voie basse. De nombreuses femmes infectées par le VIH m'ont rapporté les cas où aucun médecin ne voulait les césariser. Dans les maternités privées, certaines femmes pouvaient bénéficier de cette mesure contre le paiement d'une somme deux à cinq fois supérieur au tarif appliqué généralement pour cette intervention. Enfin, à la maternité de hôpital de Namakkal, j'ai constaté que la pratique de la césarienne pour les femmes infectées par le VIH était une source de conflit permanent entre les soignants temporaires recrutés pour la mise en place du programme sida et les médecins permanent de

⁴⁶³ Par exemple le International Caesarean Awareness Network, Inc (ICAN) fondée aux Etats-Unis se donne pour objectifs d'améliorer la santé des mères et des enfants par la prévention des césariennes inutiles grâce à l'éducation, le soin post césarienne et la promotion de l'accouchement par voie basse après césarienne. Voir le site <http://www.ican-online.org>

⁴⁶⁴ Martin (1987) présente le cas de femmes précédemment césarisées qui refusant une deuxième césarienne programmée faisaient le choix d'arriver en catastrophe à l'hôpital alors que leur travail était bien avancé. Ces femmes accouchaient avant que l'équipe médicale n'ait pu découvrir qu'une césarienne aurait dû être réalisée

⁴⁶⁵ La partie IV est consacrée à ce sujet.

⁴⁶⁶ Voir la partie IV.

cette institution⁴⁶⁷. Ainsi, ces données nous invite à considérer l'« épidémie » indienne de césarienne d'un autre point de vue. Si selon des données quantitatives et certaines représentations sociales, le nombre d'accouchement par voie haute est en augmentation, il n'en demeure pas moins que de nombreuses femmes indiennes n'ont pas accès aux soins obstétricaux en général et à la césarienne en particulier.

INTERPRETATIONS POPULAIRES

L'augmentation du nombre des accouchements par césarienne est connue de toutes les femmes que j'ai rencontrées au Tamil Nadu. Appartenant à des milieux sociaux variés, habitant la ville de Pondichéry ou le village de Karik, certaines femmes s'accordent à dire, devant le nombre croissant de personnes de leur entourage accouchées par césarienne, qu'« aujourd'hui les femmes ne savent plus accoucher. » Satchadie, une matrone de Pondichéry⁴⁶⁸ m'avait dit à ce sujet :

« Avant les femmes ne se plaignaient pas, elles accouchaient sans problèmes, mais aujourd'hui pour un oui pour un non elles vont voir le docteur, alors au moment venu de l'accouchement... »

Selon Satchadie, et les femmes avec lesquelles j'ai évoqué cette question, la « modernité » marquée par l'augmentation du recours des patients aux services biomédicaux serait responsable des complications de l'accouchements. En effet, dans ce corpus de représentations, le recours au système biomédical pendant la grossesse est vu comme le signe d'une faiblesse à surmonter les petites difficultés du corps auparavant non soignées et toujours supportées. Cette faiblesse aurait pour conséquence, au terme de la grossesse, une incapacité totale du corps gestant à supporter l'épreuve de l'accouchement.

« Avant tout le monde accouchait normalement, maintenant, en ville, toutes les femmes ont des césariennes, leur corps ne sait plus travailler. »

⁴⁶⁷ Je vais détailler l'ensemble de ces questions dans la partie IV.

⁴⁶⁸ Voir le chapitre 2 Partie II.

Pour ces femmes, la fréquence de la pratique de la césarienne est une conséquence d'une manifestation de la nature (le corps incapable d'enfanter). Celle-ci aurait pour origine un signe de la culture (la modernité) dans un système d'explication où le technobirth et ses abus, en tant que faits culturels, ne sont pas envisagés. Une première explication de ce constat émis par les femmes est leur manque d'information quant aux processus décisionnels, qui sous tendent les pratiques obstétricales en général et le recours à la césarienne en particulier. Cependant l'analyse de ce phénomène ne peut être réduite à la question des carences en matière d'éducation et de l'accès limité à l'information. Le fait constaté que « leur corps ne sait plus travailler » s'inscrit dans d'autres registres de causalité. Premièrement, des travaux conduits en Inde ont révélé que les personnes réinterprètent parfois l'apparition de certaines maladies comme une conséquence des effets pervers de la modernité. Par exemple, la mauvaise hygiène de vie et les comportements non conformes aux normes sociales ont été présentés comme les causes de l'apparition et de la diffusion de l'épidémie de sida (Bourdier, 2001a; Razon, 2006)⁴⁶⁹. Selon une logique similaire, le recours à la césarienne, comme tout autre problème qui survient pendant l'accouchement, est réinterprété par les femmes rencontrées à Karik comme une conséquence directe de l'absence de suivi des règles de la grossesse (restrictions de l'alimentation, de la mobilité, du comportement) seules garantes d'une issue favorable de l'accouchement. Par exemple, la matrone Palavankodie s'exprime ainsi sur ce sujet :

« Si l'accouchement ne se fait pas, la femme enceinte souffre beaucoup. Elle souffre parce qu'elle n'a pas obéi à ses aînés. Par exemple, quand la femme enceinte dort et qu'elle veut changer de position, elle ne doit pas se tourner de l'autre côté. Elle doit s'asseoir, rester un moment puis se rallonger. Dans ce cas elle aura un accouchement normal. Sinon, le bébé remonte et va s'asseoir près du cœur de la mère⁴⁷⁰, c'est pour cela qu'elle aura une césarienne. »

En dehors de ces deux explications, l'augmentation du nombre de femmes accouchées par césarienne est peut-être à inscrire dans la problématique générale de l'état de santé des femmes en Inde. En effet, des auteurs s'accordent à dire que les femmes indiennes souffrent de « chronic fatigue⁴⁷¹ » (Patel et al, 2005) de

⁴⁶⁹ Voir la partie IV Chapitre 1.

⁴⁷⁰ Voir le chapitre 3 Partie I à ce sujet.

⁴⁷¹ fatigue chronique

« weakness⁴⁷² » (Ramasubban, Rishyasringa, 2001) ; et plus généralement d'états de lassitude physiques et psychologiques (Jejeebhoy, 1998; Raheja, Gold, 1994; Ramasubban, Jejeebhoy, 2000). Selon ces auteurs, ce constat relèverait des problèmes sociaux et psychologiques liés au faible statut des femmes dans la société indienne (l'absence de pouvoir décisionnel, la violence conjugale, le faible recours aux soins, le chômage), parfois corrélés avec la pauvreté. Pour les personnes des classes sociales défavorisées, une charge de travail physique importante combinée à un faible apport nutritionnel seraient responsables de la récurrence des anémies et de certaines complications obstétricales (Ramasubban, Rishyasringa, 2001). Ainsi, les raisons expliquant l'augmentation du nombre des césariennes sont peut-être à documenter en tenant compte de ces observations. Cependant, l'analyse des données statistiques disponibles en Inde invite à pondérer cette hypothèse. En effet, le taux des césariennes est plus élevé dans les cliniques privées, qui généralement ne sont pas fréquentées par les personnes pauvres. De plus, ce taux est peu significatif dans les Etats les moins favorisés, où la mise à disposition des services obstétricaux publics est souvent insuffisante⁴⁷³.

* *

*

Cette partie consacrée à la naissance à l'hôpital invite à opérer un déplacement du regard qui permet d'appréhender les modalités de prise en charge du pouvoir de reproduction des femmes et les soins de l'accouchement selon un angle qui privilégie, sans pour autant l'effacer totalement, l'étude du traitement des corps, au dépend de l'analyse du vécu et de la réponse individuelle à ce traitement. L'objectif de mon propos n'est pas de choisir une posture niant toute marge de manœuvre à l'individu dans une situation donnée. Cependant, le sujet « femme enceinte » peut être envisagé « comme l'est le sujet du roi, c'est-à-dire en partie assujéti ou inféodé à une force qui le dépasse (...) autrement dit à d'autres lois et d'autres règles que les siennes propres. » (Fainzang, 2001b : 1).

⁴⁷² faiblesse

⁴⁷³ Voir les données chiffrées mentionnées en début de cette section.

Dans cette perspective, les usages abusifs de la technique et la « routinisation » des procédures propres au technobirth nous invitent à réfléchir sur la manifestation de la « mythologie de la technocratie » décrite par Reynold (1991 in Davis-Floyd, 1994a). Il s'agit de la représentation selon laquelle l'intervention de la culture dans un phénomène naturel permet de l'améliorer, de le prédire, de le contrôler et d'en diminuer le risque. Davis Floyd a proposé une illustration de ce concept dans le contexte de la naissance (2001). Elle a décrit douze principes propres au modèle « technocratique » de l'accouchement que ce chapitre a permis soit d'évoquer, soit d'étudier et de discuter: Le chapitre consacré aux pratiques d'accouchement fut l'occasion de montrer comment les notions de séparation du corps et de l'identité (1), de corps enceint machine à accoucher (2), et de patient en tant qu'objet (3), ne sont pas aussi uniformes que le décrit Davis-Floyd. D'une part, dans notre contexte, ces notions ne se vérifient pas toujours. Par ailleurs, elles méritent une investigation plus poussée. La séparation du corps et de l'identité sociale lors d'un accouchement à l'hôpital n'est pas forcément perçue par les femmes comme une pratique intrusive à connotation négative. Les notions de mise à distance du patient par le praticien (4), ainsi que de l'organisation hiérarchique et la standardisation des soins (6) sont, dans le cadre contextuel de mon étude, à mettre en perspective avec les rapports sociaux de caste, de classe et de genre. J'ai décrit, par exemple, certains aspects de la catégorisation et du classement des patientes opérés par les soignants et par l'institution et la façon dont les rapports sociaux de sexe sont transformés à l'hôpital en raison de l'organisation des soins. Le diagnostic de l'extérieur (imposé par le recours à la technique)⁴⁷⁴ (5), fréquent dans ce système de naissance, n'était pas utilisé dans le lieu de mon investigation. La section traitant du cas des césariennes a montré certaines modalités de l'autorité et de la responsabilité que le système biomédical donne au praticien vis-à-vis du patient (7) ainsi que l'autorité [ici partielle] de la science et de la technologie (8). L'« épidémie » des césariennes produit une illustration des interventions agressives mettant l'accent sur les résultats

⁴⁷⁴ Davis Floyd mentionne à ce sujet l'utilisation du cardiotocographe au profit du stéthoscope obstétrical. Le remplacement de cette technique conduit à distance augmentée du praticien vis à vis du patient. Il implique une sous-estimation des capacités sensorielles du praticien (à écouter et à interpréter les battements du cœur fœtal) au profit du tracé graphique obtenu par l'enregistrement électronique (2001 : 8).

à court terme (9) et la façon dont l'hégémonie technique est un système [parfois]⁴⁷⁵ orienté par le profit (10). Néanmoins, la demande de césarienne par les patients témoigne du pouvoir limité des praticiens et de la marche de manœuvre possible des patients dans ce système. Le refus de la césarienne par les patientes et par les médecins permet d'envisager cette question selon une perspective propre au problème de l'accès aux soins dans les pays du Sud.

Trois principes décrits par Floyd (2001) caractérisant le système de la naissance à haute utilisation de la technologie médicale n'ont pas été abordés dans ce chapitre. L'un concerne l'intolérance vis-à-vis des autres modes de soins (11). Cette notion me semble arbitraire et à discuter. Certes, les matrones que j'ai rencontrées, hormis Satchadie la matrone de Pondichéry, n'étaient pas autorisées à donner les soins de l'accouchement des femmes qu'elles accompagnaient dans un cadre institutionnel. Néanmoins cette question devrait faire l'objet d'une investigation à part entière pour comprendre les logiques, individuelles, hiérarchiques, institutionnelles ou contextuelles à l'origine de cette interdiction. De plus, dans un chapitre antérieur, j'ai montré que les modalités d'adaptation de deux systèmes médicaux sont variées. Elles dépendent de facteurs divers et spécifiques à chacune des parties en présence⁴⁷⁶.

Le dernier principe décrit par Floyd est la propension de ce système à considérer la mort comme une défaite (12). Dans les maternités possédant des plateaux techniques perfectionnés de néonatalogie, des procédures biomédicales permettent la prise en charge des grands prématurés et des nouveaux-nés porteurs de pathologies graves que les progrès scientifiques rendent viables et opérables (Machotta et al, 2005; Peake et al, 2005). Dans certains contextes, la pertinence de ces soins suscite de nombreux débats (Vermeulen, 2004). En Inde, seules quelques rares maternités prestigieuses ont développé ce genre d'activité. Dans le cadre de mon propos, ce dernier principe propre au modèle technocratique de la naissance, le refus de la mort, sera étudié dans un tout autre contexte. Nous verrons comment

⁴⁷⁵ Les termes entre crochets visent en effet à introduire une pondération par rapport aux affirmations de Davis-Floyd.

⁴⁷⁶ Voir la partie II Chapitre 1. Je vais revenir sur ces questions dans la partie Perspectives et conclusions.

certaines principes énoncés par les institutions de santé publique internationales régissant les modes de distribution des services de prévention de la transmission verticale du virus du VIH peuvent se lire à travers cette grille d'analyse.

PARTIE IV
NAISSANCES ET VIH

L'EPIDEMIE A VIH

DU VILLAGE DE KARIK A L'UNION INDIENNE

En Inde du Sud, j'ai parfois eu le sentiment général que l'épidémie à VIH était invisible. J'employais mes premiers mois de terrain à l'étude des représentations et des pratiques populaires de l'accouchement dans le village de Karik. Durant cette période, il m'était impossible d'aborder le problème du sida avec mes interlocutrices. Je n'avais alors aucune autorisation pour mener une étude dans des institutions officielles. Par ailleurs, face à l'immédiateté des problèmes quotidiens des villageoises de Karik, la question du sida m'apparaissait superflue. Plus tard, des visites dans plusieurs cliniques privées au Tamil Nadu, la rencontre avec des acteurs d'ONG impliquées dans la lutte contre l'épidémie et avec des personnels de santé travaillant dans des institutions sanitaires me permit de mieux percevoir les pratiques sociales engendrées par la survenue du sida. Enfin, la possibilité d'un terrain de recherche de longue durée dans une maternité de district mettant en place un programme de prévention de la transmission du VIH me permit d'appréhender plus intimement cet aspect de mon travail. L'ensemble de cette partie va décrire trois aspects du traitement social de la naissance dans le contexte du sida. Premièrement, afin de mettre en contexte les propos qui suivront dans les deux chapitres ultérieurs, je ferai un état des lieux de l'épidémie à VIH en Inde, d'abord selon le point de vue des femmes du village de Karik, puis selon une perspective plus large, à l'échelle nationale. Ensuite, je décrirai certains aspects sociaux de la mise en œuvre d'un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans une maternité. Enfin, je proposerai une « épidémiologie socioculturelle » de cette transmission.

LE VIH A KARIK : INVISIBLE ET DENIÉ

Un jour, je réussis à convaincre Pragathi⁴⁷⁷ d'aborder le sujet du sida avec nos interlocutrices du village de Karik. Nous nous rendions régulièrement sur place depuis plus d'un an. Jusqu'alors Pragathi avait toujours refusé de parler de cette question. Selon ses arguments, nous aurions pris ainsi le risque de ne plus pouvoir poursuivre notre recueil de données. Nous étions assises sur le perron devant la maison de Papathie. Palanie, la sœur de cette dernière, interpella son fils Babu⁴⁷⁸. Celui-ci nous montra « le petit carnet sur le sida » que lui avait remis son instituteur. Selon les propos du jeune garçon, le document avait été distribué quelques jours auparavant à tous les élèves de sa classe avec la recommandation faite par l'enseignant de regarder le livret à domicile. Il s'agissait d'une brochure en tamoul éditée par le TNSAC⁴⁷⁹. Palanie lut une partie du texte et expliqua qu'il était question de guerre de « cellules ». Babu commenta un schéma représentant deux groupes de guerriers face à face : les personnages « blancs », les « bonnes cellules » tentaient de résister à l'agression portée par ceux, dessinés en noir, désignant les « mauvaises cellules ». Deux injonctions étaient mentionnées à l'attention des personnes désireuses de se prémunir des agresseurs: demeurer dans le droit chemin et rester fidèle.

Quelques mois plus tard, plusieurs femmes de Karik, dont Pallanie, se rendirent à une conférence sur le sida, organisée par le NACO⁴⁸⁰ à Pondichéry à l'occasion du 8 mars, la journée internationale des femmes⁴⁸¹. Pallanie nous expliqua qu'après le discours de bienvenue, lorsque le conférencier commença à parler du sida, toutes les femmes qui l'accompagnaient s'étaient retirées:

477 Rappel : Pragathi est l'assistante du projet de recherche.

478 Babu était alors âgé de 6 ans.

479 TNSAC est l'acronyme de Tamil Nadu State AIDS Control Society.

480 NACO est l'acronyme de National Aids Control Society.

481 En 1977, deux ans après l'Année internationale de la femme, les Nations Unies ont adopté une résolution invitant les pays à consacrer une journée à la célébration des droits des femmes et de la paix internationale. La date choisie du 8 mars fait référence à celle du 23 février 1917 (calendrier Grégorien) où à Saint Peters bourg des ouvrières ont manifesté dans la rue pour réclamer du pain et le retour de leurs maris partis au front. L'UNESCO consacre, sur son site web, une rubrique à l'histoire de cette journée (<http://portal.unesco.org>).

« Elles m'ont laissée toute seule et sont parties. Elles ne se sont même pas inquiétées pour moi. J'ai pensé qu'elles n'aimaient pas entendre ce qu'on dit sur le sida. C'est faux de penser qu'on a cette maladie si on écoute ça ! »

Certaines femmes de Karik, comme Palanie, utilisent le terme *palvinai*⁴⁸² *nōy* pour nommer le sida soit « la maladie affaiblissante ». Selon elles, les femmes atteintes par cette maladie ont des pertes blanches avant les règles. Elles précisent par ailleurs que cette condition n'est pas uniformément retrouvée et ne savent pas si ces pertes sont présentes chez les hommes atteints du sida. Pallanie rapporte ce qu'elle avait entendu sur cette maladie durant la conférence :

« Ceux qui ont le sida n'ont pas de résistance. Il y a des lymphocytes blancs dans notre corps, ça [le sida] mange les lymphocytes blancs qui se trouvent dans notre corps. Les lymphocytes blancs sont mangés et diminuent petit à petit et la résistance disparaît. »

Selon deux jeunes filles de Karik étudiantes en classe de seconde et ayant reçu des informations à propos du sida à l'école, *atōkati nōy*, la « maladie de la dégradation », était le terme employé par leur enseignant pour désigner cette maladie. Selon ces jeunes filles, la raison donnée à l'utilisation de ce terme était la mort rapide des personnes qui en sont atteintes. Elles avaient entendu dire que la plupart de ces malades mourraient dans les jours qui suivaient leur admission à l'hôpital. Néanmoins, nous verrons dans ce chapitre, que le terme *atōkati nōy* a aussi une connotation morale. Elle ne fait pas uniquement référence à l'état physique des malades.

Toutes générations confondues, les femmes de Karik présentes ce jour-là s'accordèrent à reconnaître la nécessité de bien s'occuper des personnes atteintes par le sida. Soubatra, Rani et la mère de Tamara, âgées d'une quarantaine d'années, étaient unanimes pour préciser les règles de prévention à observer en présence d'une personne malade.

« On doit s'occuper spécialement d'eux [les malades]. Pour qu'ils mangent, on doit leur donner une assiette pour chacun. Personne ne doit utiliser leurs assiettes. Personne ne doit utiliser les verres qu'ils ont utilisés. Personne ne doit s'asseoir aux endroits où ces

⁴⁸² Contraction du terme : *palaviṇamāy* : affaiblissant.

malades étaient assis. Personne ne doit se coucher dans les endroits où ils étaient couchés⁴⁸³. »

Face à ce discours, Palanie raconta à l'assemblée ce qu'elle avait entendu à la conférence sur le sida. Une femme assise à ses côtés avait dit :

« On doit mettre à l'écart les malades qui sont atteints du sida. On ne doit pas s'occuper d'eux, comme ça les autres personnes commenceront à réfléchir sur cette maladie. Ils n'iront pas n'importe où ! »

Une autre personne avait pris la parole pour répondre à cette femme :

« Si on fait comme vous avez dit, on ne s'occupe pas des malades et on les met à l'écart, ceux qui ont cette maladie n'auront pas le courage de dévoiler leur maladie. Ils ne diront rien, ils cacheront leur maladie. Et ça, c'est plus risqué ! »

Les propos de Pallanie déclenchèrent une discussion passionnée entre les femmes. Certaines reconnaissaient être plutôt en accord avec la posture de rejet comme mode de prévention. D'autres au contraire pensaient qu'il était préférable d'être averties de la maladie. La vieille Nagamale, occupée à préparer sa feuille de bétel, n'avait pas prononcé un mot. Gardant soigneusement la préparation dans le réceptacle formé par le pli de son sari sur ses jambes en tailleur, elle déclara :

« Au temps de nos grands-pères, on n'avait jamais entendu parler de ça. Ce n'est que depuis quatre ou cinq ans qu'on en parle. Comme on est au courant de ça depuis quelques temps, et qu'on a une mauvaise opinion de ça, le fait d'écouter ça et de parler de ça, les autres penseront du mal de nous. Ils vont penser pourquoi elles veulent tant savoir sur cette maladie ! »

La discussion coupa court et les femmes retournèrent vaquer à leurs occupations. Pragathi me fit comprendre qu'il valait mieux changer de sujet.

Aujourd'hui en Inde, pour de nombreuses femmes des zones rurales comme celles du village de Karik, le sida reste une maladie peu connue⁴⁸⁴. La plupart de ces

483 L'ensemble de ces mesures n'est pas nécessaire. Le virus du VIH ne se transmet pas selon les modes évoqués par ces femmes.

484 À l'échelle mondiale, chaque jour un nombre absolu de 14 000 personnes est infecté par le VIH et 8500 meurent du sida. Cette maladie tue en majorité des jeunes en âge de travailler et ces décès ont des effets dévastateurs sur l'économie et la sécurité alimentaire mondiales (Irwin *et al*, 2003). L'épidémie à VIH est l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire. Malgré l'amélioration récente de l'accès gratuit aux traitements antirétroviraux dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie de sida a fait 3,1 millions [2,8-3,6 millions] de décès en 2005, dont plus d'un demi-million d'enfants. Le nombre total de personnes vivant avec le virus du VIH a atteint son plus haut niveau : 40,3 millions [36,7-45,3 millions] de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH (ONUSIDA, OMS, 2005b). L'impact de l'épidémie est considérable. Partout où

femmes ont entendu parler de cette maladie. Cependant peu connaissent les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger (Pallikadavath et al, 2005 : 113). Des activités d'information et de prévention sont menées parfois par des ONG dans diverses régions. Néanmoins pour ces femmes, l'absence d'opportunité de recevoir des informations claires sur le sujet et/ou l'ensemble des tabous associés à cette maladie ne sont guère propices à une prise de conscience de la gravité de l'épidémie à VIH et des moyens de s'en préserver⁴⁸⁵. Par ailleurs, la somme des tâches domestiques et des tracas du quotidien dont dépend la survie des familles, les divers soucis de santé, parfois difficiles à résoudre en raison d'un manque évident d'accès aux soins, font du sida un problème secondaire face à l'ensemble de ceux liés à la pauvreté.

ÉTAT DES LIEUX DE L'ÉPIDÉMIE À VIH EN INDE

Une approche historique

En Inde, le premier cas de sida a été identifié en 1986 chez une femme prostituée dans un hôpital de Vellore au Tamil Nadu. La position collective de déni de la maladie de la part du gouvernement et d'une majorité de citoyens ainsi que l'argument de l'existence d'une protection biologique, naturelle et culturelle de l'Inde à l'infection à VIH auraient été la cause du retard de la mise en place des actions (Bourdier, 1997; Bourdier, 2004). Le sida ne semblait pas constituer un risque majeur pour la société indienne. Le caractère sacré, rituel, normatif et intégratif du mariage en Inde était perçu par une majorité de personnes comme une protection face à l'épidémie (Bourdier, 2001a : 23). Selon une idée très répandue en Inde à cette époque, la barrière de la « culture indienne », défendant les valeurs de l'abstinence, de la monogamie et de la fidélité maritale, empêcherait la propagation du virus du

L'épidémie s'est propagée sans contrôle, elle prive les pays des ressources et des capacités dont dépendent leur sécurité et leur développement et ravage tous les fondements des sociétés (Bharat, 2002). L'épidémie à VIH a été reconnue par les délégués des Nations Unies comme présentant une menace pour la sécurité du monde. Elle est désormais inscrite sur l'agenda de l'Assemblée Générale et du Conseil de sécurité des Nations Unies. L'inscription d'un problème de santé publique dans cette instance, dont les séances ordinaires sont réservées à la prévention des guerres, constitue un fait sans précédent dans l'histoire des Nations Unies (Steffen, 2004).

⁴⁸⁵ Je traiterai ces questions plus en détail ultérieurement.

VIH (Razon, 2006; Shaukat, Panakadan, 2004). Une infirmière hospitalière qui travaillait dans une maternité mettant en place un programme de prévention verticale du VIH s'exprimait ainsi à ce sujet:

« Le sida est une maladie que 99% des hommes ont eue par des contacts sexuels. Pour les femmes, elles l'ont eu par les transfusions de sang et par contacts avec des aiguilles infectées, ou alors par leur mari. Ces hommes, comme ils vont voir les prostituées ils attrapent le sida ! »

De plus, selon certains délégués de mouvements orthodoxes le sida était une pathologie ancienne. Sa résurgence s'expliquait par la dégradation du mode de vie de nombreux individus qui ne suivaient pas les prescriptions religieuses, alimentaires, hygiéniques et morales établies par la société (Bourdier, 2001b; Razon, 2006)⁴⁸⁶. Initialement, les actions gouvernementales de lutte contre l'épidémie à VIH étaient limitées au dépistage du virus chez les étrangers et chez les donneurs de sang. En 1987, un réseau national de centres de dépistage fut mis en place dans les grandes villes indiennes (Chatterjee, 2003). En 1990, alors qu'aucune orientation claire n'était donnée par le gouvernement pour la lutte contre le VIH, des ONG ont commencé des programmes de prévention. Après une « période d'irrésolution totale (1986 à 1989) » puis « d'hésitation (1990-1991) » (Bourdier, 2001a : 86). L'Organisation Nationale pour le Contrôle du Sida (National AIDS Control Organisation : NACO) fut créée en 1992. Cette institution dépend du Ministère de la Santé et des Affaires familiales. Ses objectifs spécifiques étaient de changer le comportement des populations dites à risque⁴⁸⁷, d'assurer la protection des droits de l'homme et de mener des recherches opérationnelles (Shaukat, Panakadan, 2004). La décentralisation des services du NACO a permis la mise en place d'organisations régionales, les « State AIDS Control Societies (SACS) » dans 29 États et 6 territoires⁴⁸⁸. Durant les années 1990, le gouvernement indien mit en œuvre des campagnes de prévention avec des défilés de rues spectaculaires. Mais la mise en

486 Je reviendrai ultérieurement sur cet aspect.

487 A cette époque, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables étaient considérés comme les deux groupes à risque d'infection par le VIH.

488 Le NACO reçoit aujourd'hui des fonds et des aides techniques de différentes organisations dont ceux de l'USAID (United States Agency of International Development) de la Banque Mondiale, et de la section du DFID (Department for International Development) de Grande Bretagne. Ces informations sont disponibles sur le site du NACO. www.nacoonline.org.

avant du slogan « non au sexe avant le mariage » aurait eu un effet limité (Bourdier 1997).

De 1992 à 1999, l'aide fournie par la Banque Mondiale et la création du NACO permirent un déploiement des activités prévues par la phase I du programme national de lutte contre le sida. Celles-ci visaient plusieurs objectifs: la mise en place de programmes prioritaires dans trois États Maharashtra, Tamil Nadu et Manipur, considérés comme les épicentres de l'épidémie⁴⁸⁹ et la diffusion de message d'information auprès de la population. Par ailleurs, le dépistage du VIH systématique lors des transfusions de sang, la diminution des pratiques professionnelles de don du sang et la prise en charge psychosociale des personnes infectées par le VIH et leur entourage furent les objectifs envisagés. Les résultats du programme furent inégaux selon les États et les institutions de soins (Cohen, Salomon, 2004 : 57-61). L'année 2000 semble avoir représenté un tournant dans les directives de gestion de l'épidémie de sida par le gouvernement. La visite de Peter Piot et sa rencontre avec des politiciens et des parlementaires ont permis de réaffirmer le manque de consistance et de coordination de la réponse indienne face à l'épidémie à VIH (Anonyme, 2003b). En 2001, la session spéciale de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida fut une étape importante de la réponse politique de l'Inde à l'épidémie à VIH (Ibid :14)⁴⁹⁰. En mai de l'année suivante, un forum parlementaire sur le VIH/sida fut constitué. C'est une instance nationale dont le mandat principal est de parvenir à impliquer concrètement les dirigeants politiques au niveau fédéral, étatique et de district dans la lutte contre l'épidémie à VIH.

De 1999 à 2004, les objectifs chiffrés de la phase II du programme élaboré par le NACO étaient les suivants: il s'agissait de maintenir le niveau de prévalence inférieur

489 Selon Bourdier (1997), ces actions étaient essentiellement destinées aux prostituées, aux personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles, aux routiers, aux donneurs de sang professionnels et aux usagers de drogues intraveineuses. Après le recueil de données épidémiologiques le gouvernement encouragea le déploiement d'activités dans quatre métropoles principales (Delhi, Calcutta, Mumbai, Chennai) et trois États du Nord Est (Manipur, Nagaland et Mizoram, où prévalait des problèmes de drogues). Il désigna trois axes de priorité : le contrôle du sang et des produits sanguins, le dépistage obligatoire pour les donneurs de sang professionnels, et l'accès à la population générale à l'éducation et à l'information.

490 Sonia Gandhi, alors dirigeante de l'opposition, fut mandatée par le Premier Ministre Bihari Vajpayee pour mener la délégation indienne représentée par des hauts fonctionnaires du gouvernement, des représentants des ONG et des personnes vivant avec le sida. (Anonyme, 2003b : 14)

à 5 ou 1% selon les prévalences existant dans les Etats, et de réduire le nombre des infections transmises par voie sanguine inférieure à 1%. Ce programme visait à augmenter à 90% la proportion de personnes informées des risques et de la prévention de l'infection à VIH parmi les jeunes et les individus en âge de procréer. A ce terme, 90% des travailleurs du sexe et des autres groupes de personnes à haut risque étaient censés utiliser les préservatifs (Cohen, Salomon, 2004 : 61-63). Des études récentes tendent à prouver que cet objectif n'a pas été atteint. Certes, l'utilisation du préservatif semble être une pratique courante chez de nombreux travailleurs du sexe (Arora et al, 2004; Basu et al, 2004). Ces personnes sont généralement la cible de nombreux programmes d'« IEC » (information, éducation communication) menées, entre autres, dans le cadre de l'action « 100% condom use » lancée par l'OMS (WHO, 2004h)⁴⁹¹. Cependant, des travaux notent une utilisation moyenne du préservatif chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Dandona et al, 2005) et une faible utilisation chez les femmes mariées reconnues⁴⁹² désormais comme étant à risque (Bhattacharya, 2004). Cette phase II du projet national de lutte contre le sida a été étendue jusqu'en mars 2006 (WHO, 2005b). Elle prévoit deux activités complémentaires des programmes en cours. Premièrement, des partenariats avec le secteur privé doivent être développés de manière à améliorer l'accès des personnes malades aux traitements antirétroviraux. Deuxièmement, il s'agit d'intégrer les activités engagées dans la lutte contre le sida dans les programmes de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose (Cohen, Salomon, 2004).

L'année 2005 fut riche en événements relatifs à la lutte contre le sida en Inde. En février, le premier essai clinique d'un vaccin fut mis en œuvre en partenariat avec le gouvernement indien, le Indian Council of Medical Research (ICMR), le NACO et le International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) (Bose, Gupta, 2005). En mars, l'Inde votait le changement de sa loi sur les brevets⁴⁹³. Cette décision fut suivie en avril par la mobilisation continue de la campagne AMTC (« The Affordable

⁴⁹¹ Ce programme a été mis en œuvre en 2000 en Thaïlande. Il a ensuite été élargi au Cambodge, au Vietnam, en Chine, à Myanmar, en Mongolie, aux Philippines, au Laos, puis en Inde.

⁴⁹² Les derniers rapports des institutions internationales de santé publique sur l'épidémie du sida en Inde mentionnent en effet les femmes mariées en tant que groupe à risque.

⁴⁹³ Je décrirai cet événement dans le paragraphe suivant.

Medicines and Treatment Campaign »)⁴⁹⁴ contre l'amendement sur les brevets signé par le gouvernement. En novembre, lors de la diffusion du rapport ONUSIDA/OMS dans 19 villes du monde, UNAIDS organisa à Delhi la manifestation la plus médiatique à l'occasion de cet événement.

Début janvier 2006, suite à l'arrestation d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Lucknow, l'UNAIDS met en garde la société civile et le gouvernement indien à propos des répercussions éventuelles de cette décision. Des études ont montré en effet que la criminalisation et la discrimination des personnes les plus à risques augmentent la diffusion de l'épidémie à VIH (Bharat et al, 2002)⁴⁹⁵. Ces derniers événements sont significatifs de la stratégie actuelle de la lutte contre le sida en Inde. Il semble que les organisations internationales de santé publiques, soit aujourd'hui un moteur majeur de cette lutte. Ces organisations sont en effet poussées par la nécessité de parvenir à des résultats satisfaisants face à la menace démographique et économique que représentent la diffusion de l'épidémie du sida en Inde et ses conséquences sur la région du Sud-Est asiatique⁴⁹⁶. Enfin, ces événements sont à mettre en perspective avec le contexte international de la lutte contre le sida dont un chronogramme est présenté en annexe.

Etendue de l'épidémie et actions des pouvoirs publics

Depuis le premier décembre 2005, date qui correspond à la célébration de la Journée Mondiale contre le sida⁴⁹⁷, l'organisation « Project Concern International/India » mène une vaste campagne d'information sur l'épidémie de VIH/sida en Inde. Cette campagne intitulée « AIDS Walk for Life » est mise en oeuvre dans 13 Etats et plus de 300 villes. Pendant un an un groupe de jeunes

494 Il s'agit d'une campagne nationale initiée par « The Lawyers Collective HIV/AIDS Unit »

495 Cependant en Inde, l'homosexualité est encore interdite par la loi.

496 L'UNAIDS par exemple agit sur deux plans. D'une part elle finance de nombreuses actions des ONG travaillant en partenariat avec le NACO. Par ailleurs, elle essaie d'instaurer à différente échelle de la pyramide décisionnelle gouvernementale une véritable dynamique de prise de conscience et d'appropriation du problème du sida par des dirigeants indiens.

497 La Journée mondiale contre le sida a été conçue et adoptée à l'unanimité par le Sommet mondial des Ministres de la Santé sur le sida auquel 140 pays ont participé (Londres, janvier 1988). Cette journée était l'occasion pour les gouvernements, les programmes nationaux de lutte contre le sida, les organisations locales et non gouvernementales, ainsi que pour les individus du monde entier, de démontrer l'importance qu'ils accordaient au combat contre le sida ainsi que leur solidarité par rapport à cette initiative. Rapport de la Réunion du Comité de Gestion du Programme mondial de Lutte contre le sida, Genève, du 7 au 9 novembre 1988. GPA/GMC(1)/88.1 (Anonyme, 1988b).

recrues sillonnent le pays sur plus de six mille kilomètres. Leur parcours est ponctué par des activités quotidiennes d'information et d'éducation. Ces jeunes organisent des activités de théâtre, diffusent des films vidéo et distribuent du matériel d'information. Le personnel d'un poste de santé mobile les accompagne. Il a pour mandat de donner des soins biomédicaux généraux et de traiter les cas d'infections sexuellement transmissibles des consultants. Cette équipe est censée fournir des séances de conseil sur le VIH et référer les personnes vues en entretien dans les centres de dépistage avoisinants⁴⁹⁸. La campagne « AIDS Walk for Life » vise à répondre aux injonctions formulées par le Premier ministre indien le 7 novembre 2004. Le Dr Manmohan Singh s'était, en effet, adressé en ces termes au public lors de la session spéciale du Parlement des étudiants et de la jeunesse :

« HIV/AIDS is no longer just a public health issue. It has become one of the most serious socio-economic and developmental concerns. We have no choice but to act, and act with firmness, with urgency and with utmost seriousness.» ⁴⁹⁹

Pourtant en Inde, la prise en charge de l'épidémie à VIH par les autorités gouvernementales est souvent limitée. De nombreuses actions voient le jour dans différents Etats. Elles sont souvent insuffisantes face à l'étendue de l'épidémie dans l'ensemble du pays. Les raisons de ces carences sont variées et les résultats des actions menées sont inégalement répartis selon les Etats et selon les domaines d'activités. La prévalence du VIH continue d'augmenter. De nombreuses disparités existent entre Etats et entre districts (Ekstrand et al, 2003). Selon les dernières estimations officielles, un nombre absolu de 5.7 millions de personnes vivent avec le VIH/sida en Inde en 2006. L'épidémie à VIH est supposée avoir un impact majeur sur la diffusion du VIH en Asie et dans le pacifique (UNAIDS, 2006).

En Inde, la moyenne nationale de prévalence chez les adultes est de 0.92% mais dans certains districts, plus de 4% des adultes sont infectés (NACO, 2005a). Le VIH est principalement transmis par les rapports sexuels non protégés dans le Sud et par la

498 De nombreuses organisations nationales et internationales participent à cette initiative. Il s'agit de NACO, UNAIDS, USAID, CARE, Population Services International, Catholic Relief Services, Save the Children UK, ainsi que des organisations locales de luttres contre le sida. L'ensemble de cette intervention est détaillé sur le site <http://www.pciindia.org/aids>.

499 « Le sida n'est plus seulement un problème de santé publique. C'est devenu un problème social et économique et un enjeu pour le développement. Nous n'avons pas d'autres choix que d'agir, agir avec fermeté, rapidement et avec le plus grand sérieux. » (Traduction). Source : www.pciindia.org/aids.

consommation de drogues injectables dans le Nord Est du pays. Le VIH ne concerne plus uniquement les personnes dites à risque, mais les adolescents et les femmes en âge de procréer, célibataires ou mariées. 25% des adultes infectés par le VIH sont des femmes dont les trois quarts appartiennent à des communautés rurales et urbaines défavorisées (ONUSIDA, OMS, 2005a). Fin mai 2005, le nombre de cas de sida déclarés était estimé à 109.349. (UNAIDS/WHO, 2004). La tranche d'âge 15-44 ans est la plus touchée et représente 87,7% des cas d'infections au VIH. Les personnes s'infectent généralement suite à un contact sexuel contaminant (85.7%) (NACO, 2005b). Une proportion importante des nouvelles infections se produit chez des femmes mariées qui ont été infectées par leur époux. Le commerce du sexe est un moteur important de l'épidémie dans la plupart des régions de l'Inde. La transmission du VIH liée aux rapports sexuels entre hommes est fréquente⁵⁰⁰ (Dandona et al, 2005; ONUSIDA, OMS, 2005a; Vicziany, 2001). Les autres modes de contamination sont le partage des seringues lors d'injection intraveineuse de drogue (2.2%)⁵⁰¹, la transfusion de sang et de produits dérivés (2.6%), la transmission lors de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement (2.7%) (NACO, 2005b). Ce rapport du NACO précise que 6,8% des personnes sont infectées par d'autres voies mais ne donne aucun détail à ce sujet⁵⁰².

Selon le NACO, la prévalence du VIH en Inde (calculée à 0.92%) est faible (2005b). En effet, elle l'est en comparaison de la prévalence observée en Afrique subsaharienne ⁵⁰³. Cependant, ces estimations sont à prendre avec précaution. En Inde, de nombreuses personnes n'ont pas accès au test de dépistage du VIH et tous

500 Selon les résultats d'une étude récente conduite en Andhra Pradesh au sujet des pratiques homosexuels et bisexuels de 6661 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes : 55% des rapports homosexuels étaient non protégés, 41,8% de ces hommes étaient mariés, et 50,4% avaient eu au moins un rapport sexuel vaginal avec une femme les trois derniers mois. 84% de ces rapports étaient non protégés (Dandona *et al*, 2005).

501 La corrélation entre travail du sexe et utilisation de drogues intraveineuses est l'objet de différents travaux. A Manipur par exemple, 20% des professionnels du sexe affirment s'injecter des drogues (MAP, 2005).

502 Ce chiffre peut représenter l'addition de données diverses : Le pourcentage des autres modes de contamination (injection avec du matériel infecté, accidents professionnelles d'exposition au sang) peut en faire partie. Ce chiffre peut également mesurer le pourcentage des personnes infectées qui ne savent pas ou ne déclarent pas leur mode de contamination. Par ailleurs, il peut s'agir du pourcentage de données incorrectement consignées par les personnes chargées des statistiques à différents niveaux de la pyramide de soins.

503 Par exemple en Afrique du Sud la prévalence du VIH chez les adultes est estimée à 25%. L'Afrique subsaharienne compte un peu plus de 10% de la population mondiale, mais elle abrite plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH - 25,8 millions. (ONUSIDA, OMS, 2005a).

les cas de sida ne sont pas déclarés⁵⁰⁴. Les estimations de prévalence de l'infection à VIH sont faites à partir des sites sentinelles présents dans des institutions sanitaires publiques. En 1994, 55 sites étaient fonctionnels sur l'ensemble du territoire. Ils étaient 670 en 2004 (NACO, 2005b). Certains sites sentinelles permettent d'effectuer des dépistages du VIH parmi la population dite à haut risque. Ces sites sont localisés dans des centres de soins fréquentés par les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes⁵⁰⁵, dans des centres de désintoxication destinés aux usagers de drogues intraveineuses, et dans les centres de traitement des personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles⁵⁰⁶. La prévalence⁵⁰⁷ du VIH chez les personnes jugées à faible risque est calculée à partir des résultats des tests effectués lors de certaines consultations prénatales⁵⁰⁸. Aucun système d'information n'est disponible en Inde pour recueillir les données du secteur privé qui fournit pourtant 80% des services de santé dans ce pays (Kielmann et al, 2005). Ceci semble être en faveur d'une sous-estimation des données fournies par le NACO⁵⁰⁹. Par ailleurs, le rapport de ONUSIDA et OMS (2004) mentionne certains facteurs de confusion relatifs aux différentes méthodes d'estimation de la prévalence. Par exemple une faible prévalence nationale peut cacher une épidémie très étendue. C'est le cas lorsque l'épidémie touche principalement des populations spécifiques comme les utilisateurs de drogues injectables (Ibid : 7)⁵¹⁰.

En Inde, la faible réponse initiale du gouvernement face à l'épidémie, sa résistance face aux mises en garde des institutions internationales sur la diffusion d'une épidémie indienne à VIH et le maintien de son discours moralisateur et conservateur sur l'épidémie auraient retardé la mise place des actions nécessaires (Kielmann, Deshmukh et al 2005). Des scientifiques et des militants ont fait part de

504 Je préciserai cette question dans la section suivante.

505 Il s'agit principalement de projets mis en œuvre par des ONG financées par le NACO. Voir par exemple site de l'organisation « Humsafar Trust » présent à Mumbai dont la mission est définie comme suit : « A holistic approach to the Right and Health of sexual minorities and promoting rational attitudes to sexuality. » <http://webbingssystems.com/humsafar/aboutus.html>.

506 Voir la page du site du NACO: http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm

507 Nombre de cas déclarés d'une maladie ou d'un trouble (cas nouveaux et cas déjà déclarés) divisé par la population totale, sur une période donnée ou à un moment défini.

508 Idem note 454.

509 Nous verrons dans les sections suivantes les autres facteurs responsables à priori de cette sous-estimation.

510 Selon ce rapport, au Brésil la prévalence nationale est estimée à 1% mais dans certaines villes 60% des utilisateurs de drogues injectables sont infectés par le VIH.

leur doute quant à la volonté du gouvernement indien de s'impliquer concrètement dans la lutte contre l'épidémie à VIH (Ramasundaram, 2002). La stratégie gouvernementale est peu claire. L'étendue de l'épidémie ne fait pas non plus consensus (Chatterjee, 2003). Le discours officiel sur l'épidémie en Inde est ambigu (Bourdier, 2004; Cohen, Salomon, 2004; Ekstrand et al, 2003; Ghys et al, 2003; Hawkes, Santhya, 2000; Kielmann et al, 2005; Vicziany, 2001). Par exemple, en novembre 2004, le Dr. Anbumani Ramadoss, Ministre de la santé, avait annoncé que les statistiques officielles du NACO étaient en faveur d'une diminution de l'incidence⁵¹¹ du VIH de 95%. Selon ces données, 28 000 personnes s'étaient nouvellement infectées par le VIH en 2004, contre 520 000 en 2003. Cette déclaration avait fait l'objet de critiques publiées dans les médias (Anonyme, 2005) et d'un démenti immédiat de Peter Piot, le directeur de l'ONUSIDA⁵¹². Une déclaration commune, et insuffisante, du Ministère de la santé et des affaires familiales, le POMS et de l'ONUSIDA visant à rétablir la vérité fut diffusée et publiée sur le site du NACO.

« The total of new infections is more than the difference between the estimated prevalence of 2003 and 2004 as it should also include AIDS related deaths. Hence, the number of actual new infections is 28,000 plus the number of deaths due to AIDS. » (NACO, 2005a)⁵¹³.

Par ailleurs, la mauvaise utilisation des fonds alloués par les instances internationales au gouvernement indien pour lutter contre l'épidémie à VIH est l'objet de dénonciation par des militants (Stern, 2005)⁵¹⁴. Cette critique faite à l'encontre du NACO est aussi formulée par une instance étatique. En effet, le rapport numéro 3 du comité d'audit, « Controler and Auditor General », chargé de la surveillance de l'utilisation des fonds alloués aux différents services gouvernementaux, a critiqué les programmes et la gestion du NACO (Anonyme, 2003a). En somme, l'attitude générale du gouvernement aurait contribué à limiter le débat public autour de

⁵¹¹ Nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période et dans une population données.

⁵¹² Propos rapporté dans BBC News « Fears over India rural HIV rate » le 30 novembre 2005. (BBC, 2005)

⁵¹³ « Le nombre total de nouvelles infections est supérieur à la différence calculée entre la prévalence estimée en 2003 et 2004, ce nombre doit aussi inclure les cas de décès des suites du sida. Ainsi, le nombre total des personnes infectées est actuellement de 28 000 plus le nombre de personnes décédées du sida. » (Traduction).

⁵¹⁴ Cet article fait état de la non-utilisation du budget alloué par le Fonds Global en faveur de la distribution gratuite d'antirétroviraux aux personnes le nécessitant. Plus généralement voir les articles disponibles sur le site aidsindia@yahoogroups.com.

l'épidémie à VIH en Inde (Kielmann, Deshmukh et al 2005). Cependant, ce débat, certes limité, est néanmoins présent.

Les autres instances en présence

Depuis le début de l'épidémie, les ONG ont joué un rôle non négligeable dans la lutte contre le sida. En 1996, la venue de capitaux étrangers pour la lutte contre le sida aurait été à l'origine de la création de nombreuses ONG présentant des projets de lutte contre le sida⁵¹⁵. Mais ce constat n'est pas spécifique à cette situation. Ces dernières années, la création de nombreuses ONG internationales et nationales a pu être observée dans des contextes spécifiques et à un moment donné où les financements des bailleurs de fonds internationaux étaient disponibles⁵¹⁶. En Inde, certaines ONG ont mené des programmes d'information et de prévention avant la mise en place d'une politique nationale et avant la mise à disposition de fonds étrangers. Je mentionnerai deux d'entre elles présentes au Tamil Nadu. L'ONG SIAAPP (South India AIDS Action Programme) a été créée en 1988 à Chennai. Cette initiative fait suite à l'engagement de son actuelle présidente, la journaliste Shymala Nataraj, lors du procès et de la relâche des 30 prostituées infectées par le VIH qui avaient été emprisonnées à Chennai la même année⁵¹⁷. De plus, la mise en place de l'ONG YRG Care date de 1993. Cette ONG ayant un double mandat de recherche et d'action représente aujourd'hui un acteur de poids pour le gouvernement et pour les organisations internationales de lutte contre le sida présentes en Inde⁵¹⁸. Comme dans de nombreux pays, en Inde, la lutte contre l'épidémie de sida a ciblé initialement les populations dites « à risques ». La conséquence positive de cette stratégie fut de permettre la visibilité et l'émergence

515. Bourdier (1997 ; 2001a) a retracé en détail les intérêts et le fonctionnement de certaines de ces organisations. Selon cet auteur trois types d'ONG se seraient engagées dans des programmes de lutte contre l'épidémie à VIH: celles minoritaires actives et dévouées à la cause affichée, celles partiellement actives qui se créent en fonction des fonds disponibles, celles qui ne fonctionnent absolument pas et sont en attente d'une opportunité financière (1997 ; 2001a).

516 Ce fut par exemple le cas des crises humanitaires médiatiques comme au Rwanda en 1994, en Afghanistan en 2001 après la chute des talibans, ou fin 2004 après le passage du Tsunami. Notes personnelles. Au sujet de la réalité du marché humanitaire voir par exemple l'ouvrage de Mesnard (2002) .

517 En 2006, au Tamil Nadu, SIAAP est une organisation de référence dans la formation des conseillers pour les programmes de prévention du sida. Voir le site www.siaapindia.org Je reviendrai sur ce sujet dans le chapitre suivant.

518 Voir le site de YRG Care www.yrgcare.org et S.Salomon dans Cohen et Salomon (2004)

de discours des personnes visées⁵¹⁹. Ainsi, des ONG ont orienté leur action en faveur de l'information des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (comme la Naz Foundation créée à Delhi en 1994), ou en faveur des travailleuses du sexe⁵²⁰ (comme l'ONG SANGRAM, Sampada Grameen Mahila Sanstha)⁵²¹ (Ramasubban, Rishyasinga, 2005). Une autre des réactions sociales positives devant l'épidémie à VIH en Inde fut l'impératif de discuter des questions de la sexualité et d'améliorer la connaissance des personnes sur ce sujet. Cette nécessité s'est traduite par la mise en place de plusieurs initiatives dont celle de l'organisation TARSHI qui consiste en la création d'une ligne téléphonique « Help line for sexuality » (Ibid : 113). Par ailleurs, la création d'un réseau des personnes infectées par le sida (Indian Network of Positive People) en 1997 a permis leur représentation officielle dans 12 Etats et 58 districts et par des actions menées en collaboration avec le NACO. Enfin, l'organisation "The Lawyers Collective HIV/AIDS Unit", mise en place en 1998, se donne pour mandat de fournir un service d'aide judiciaire aux personnes victimes d'actes de discriminations en raison de leur infection à VIH. Ce groupe travaille actuellement sur la question de l'accès des personnes aux traitements antirétroviraux suite à la signature par l'Inde d'accord limitant sa production et sa diffusion de médicaments génériques⁵²² (Grover, 2005). Ces exemples ne représentent qu'un échantillon de l'ensemble des actions et des personnes mobilisées en Inde contre le sida. Cependant, le manque de ressources publiques, la persistance des inégalités et de la pauvreté pour une majorité de la population (dans un contexte où le secteur privé connaît un enrichissement sans précédent) ainsi que l'immensité du territoire et de la population complexifie la lutte indienne contre le sida. (Bourdier, 2004; Kielmann et al, 2005).

En dehors des activités de prévention et de traitements du VIH/sida prescrites par les institutions internationales de santé publique pour lutter contre l'épidémie à

519 Les conséquences négatives sont par exemple les actes de stigmatisation et de discrimination envers ces personnes. Voir Bharat et Aggleton (2002) et Ekstrand et Garbus (2003) à ce sujet.

520 Ce terme est emprunté au jargon de la santé publique internationale. Il remplace celui de prostitué et désigne toute personne ayant des relations sexuelles occasionnelles ou régulières contre une rémunération.

521 Une des activités de SANGRAM est d'organiser des discussions avec des travailleuses du sexe afin de leur permettre de négocier l'utilisation du préservatif et de défendre leurs droits. Voir à ce sujet le compte rendu de la conférence donnée à Pune en mai 2005 par Meena Seshu, la fondatrice de l'organisation et récipiendaire du prix de Human Rights Watch en 2002 (Seshu, 2005).

522 Je traiterai cette question dans un paragraphe ultérieur

VIH, l'Inde poursuit ses activités de recherche autour de certaines thérapeutiques de la médecine siddha⁵²³, envisagées comme efficaces pour le traitement du sida. Ces dernières ont été débutées par le gouvernement indien en 1990. Cette initiative suivait les idées, véhiculées en partie par des mouvements orthodoxes, selon lesquels la détérioration des valeurs morales indiennes était la source du problème de l'épidémie à VIH en Inde (Hausman 1996 dans Razon, 2006)⁵²⁴. A présent, de nombreux programmes de prévention et de traitement débutés par des institutions publiques et privées et par des praticiens revendiquent l'utilisation de la médecine siddha pour la prise en charge des patients infectés par le VIH⁵²⁵. Le site officiel du NACO au Tamil Nadu consacre une page, « siddha page », à la description des causes du sida selon les écrits de la médecine siddha et à la pharmacopée développée par ce système médical pour lutter contre cette maladie (TNSACS, 2005). En voici un extrait.

« The devastating HIV virus (...) was known as *vettai nōy* to Tamil siddhars as early as thousand years ago in the cradle of the prehistoric civilisation, Tamil Nadu. The chief cause of *vettai nōy* is due to the defect in the three humours (...) » (TNSACS, 2005)⁵²⁶.

Par ailleurs, depuis 2001, l'ONG Gandeepam, une organisation présente au Tamil Nadu vouée à la promotion et à la revitalisation des médecines indigènes indiennes conduit des recherches au sujet des effets cliniques des traitements de la médecine siddha sur le sida⁵²⁷. Elles visent à mesurer avec les outils de la biomédecine l'efficacité de la médecine siddha sur le traitement du sida (Pordié, 2005a). Ces recherches sont menées en collaboration avec des représentants du ministère fédéral

523 Ou médecine des Siddha. Le terme Siddha est dérivé de « Siddh » qui signifie accomplissement, réalisation et perfection. Les siddha étaient les saints tamouls, alors maîtres dans l'art de la discipline du corps et de l'esprit. Ils ont mis en place ce système thérapeutique de l'Etat du Tamil Nadu. Voir à ce sujet les travaux de Zvelebil (1996), White (2002) et Subbarayappa (1997).

524 Historiquement, ceci est à mettre en perspective avec la place de la médecine siddha comme symbole du nationalisme indien et de l'identité tamoule à l'époque où le système colonial discréditait les systèmes médicaux locaux (Hausman 1996 in Ramzon 2006).

525 Par exemple à l'hôpital gouvernemental de Tambaram, à proximité de Chennai (Voir le document « Update on Application of Siddha Medicine to HIV/AIDS » publié en ligne par le Government Hospital of Thoracic Medicine Sanatorium. <http://education.vsnl.com/thoracic/sidupd.html>) ou les travaux de l'ONG Gandeepam. Je reviendrai sur ce sujet.

526 « Le virus dévastateur du sida était connu des siddhars sous le terme de *vettai nōy* deux mille ans auparavant, dans le berceau de la civilisation préhistorique, le Tamil Nadu. La cause majeure du *vettai nōy* est un défaut des trois humeurs. » (Traduction). Pour plus d'information concernant ce sujet voir les différentes informations consignées dans la page « siddha page » du site web du NACO.

527 Voir le site de l'organisation www.gandeepam.org, section « HIV/AIDS Treatment ».

de la santé et différents partenaires étrangers dont l'université de Oxford⁵²⁸. Les enjeux de ces essais cliniques sont considérables. Une telle découverte ne serait pas sans effet sur les enjeux économiques et politiques de la lutte contre le sida. Mais à ce jour, cette preuve n'est toujours pas apportée⁵²⁹ et la survie de nombreux malades du sida en Inde dépend de leur accès aux traitements antirétroviraux.

Le contexte de la lutte contre l'épidémie à VIH en Inde étant posé, nous allons maintenant traiter des questions liées à la prise en charge de l'accouchement des femmes infectées par le VIH en Inde. Les aspects biomédicaux de la transmission verticale du VIH seront détaillés en annexe. Les données mentionnées dans ce document sont loin de représenter l'étendue des connaissances scientifiques sur ce domaine. Ces considérations échappent à mon champ d'étude. Cependant, l'éclairage sur ces questions sera suffisant pour appréhender la recevabilité et l'impact des procédures et des gestes mis en œuvre par les acteurs du système de soins pour les personnes vulnérables et atteintes par le VIH.

PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU TAMIL NADU

Au Tamil Nadu, les programmes de prévention du VIH/sida sont mis en œuvre par le Tamil Nadu State Aids Control Society (TNSAC) depuis 1988. Le Tamil Nadu fut le premier Etat de l'Union Fédérale à créer, dès 1994, une institution pouvant recevoir des fonds étrangers directement et sans transit par Delhi. Depuis 1995, des fonds considérables sont versés à cet Etat pour financer les programmes des ONG (Bourdier, 2001b). Dans cet Etat, la prévalence du VIH est supérieure à 1% chez les femmes enceintes. Elle est similaire à celle relevée dans trois autres Etats industrialisés de l'Ouest et du sud de l'Inde (en Andhra Pradesh, au Karnataka, au Maharashtra) ainsi que dans les Etats du Manipur et du Nagaland,

528 Les groupes de recherches impliqués dans ces travaux sont également Health and Development Asia and Africa consultancy à Paris, le Mt Sinai School Medicine et la Fondation for integrative Health Research à New York. www.ganddeepam.org/inter.htm.

529 La communication récente d'une équipe de l'université du Mont Sinai, impliquée dans les essais cliniques, concerne uniquement l'évaluation du recueil de données utilisées par Ganddeepam (Ikeda *et al*, 2005).

au Nord-Est du pays (NACO, 2004a). Le nombre de femmes infectées par le VIH pourrait être plus ou moins élevé puisque ces chiffres ne révèlent qu'une partie de la réalité. Au Tamil Nadu, environ 70% des femmes accouchent dans des institutions sanitaires. Cependant, de nombreuses femmes ne bénéficient ni de programme de PTME du VIH, ni de dépistage du VIH.

En mars 2000, l'UNICEF et le NACO ont débuté la mise en œuvre d'un programme de traitement par la zidovudine (AZT), financé par l'UNICEF, sous l'égide du gouvernement. Ce programme a été introduit par le gouvernement dans onze institutions des cinq Etats les plus touchés dont le Tamil Nadu. Une analyse de cette expérience a révélé les difficultés de lancement du programme et les défauts de mise en œuvre et de suivi des protocoles antirétroviraux (Ekstrand, Garbus et al 2003). C'est ainsi qu'une nouvelle initiative fut lancée en remplaçant le protocole AZT⁵³⁰ par le protocole à schéma court à la névirapine. Avec le financement du Fonds Global de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria (GFATM), le gouvernement a prévu l'élargissement des programmes de traitement et de prévention en partenariat avec le secteur privé. Les nouvelles activités concernent la prévention primaire, le planning familial, les centres de dépistages et de conseil, l'accès à la névirapine. Cette initiative vise à élargir les interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH de 81 hôpitaux du secteur public, à 344 hôpitaux publics et privés de niveau secondaire et tertiaire (Ekstrand et al, 2003).

Dans les centres de soins de santé primaire et les cliniques privées (« Nursing Home ») du Tamil Nadu, il semble qu'aucune action systématique ne soit mise en place en faveur de la prévention de la transmission verticale du VIH. Les entretiens que j'ai réalisés avec des professionnels de la santé dans des institutions privées révélaient leur malaise, leur indignation, leur manque d'information et de concertation et leur absence de directive face au sida. Loin d'être une activité spécifique des programmes de soins menés par ces établissements, la question du VIH/sida était laissée au jugement personnel de chaque praticien dans chaque

530 Dans le cadre du protocole AZT, les patientes recevaient à partir de la 26ème semaine de grossesse le traitement pour un mois, jusqu'à l'accouchement. Les nouveau-nés étaient également mis sous traitement remis mensuellement aux patientes jusqu'à l'âge de 18 mois.

service⁵³¹. Par exemple, le médecin généraliste d'une petite clinique de Pondichéry m'avait dit :

« Nous testons les femmes seulement si nous avons un doute, si elle nous dit par exemple que son mari a des relations extraconjugales ou si elle a accouché précédemment d'un enfant de petit poids. Si elle est positive nous la référons à l'hôpital gouvernemental puisque nous ne pouvons pas risquer la contamination de nos patients. »

Pourtant, selon la gynécologue de cette même structure, il en était autrement:

« Nous testons toutes les femmes enceintes, le VIH fait partie des tests de routine⁵³². »

A ma demande, ce médecin précisa que le test était pratiqué à l'insu des personnes. A ce jour, selon ses dires, aucun test ne s'était avéré positif, ce qui avait évité de gérer l'annonce de l'infection à VIH⁵³³. Un obstétricien dirigeant la maternité d'un hôpital privé prestigieux dans les environs de Pondichéry m'avait expliqué qu'il n'existait dans son service aucune procédure de dépistage et de traitements du VIH/sida. Selon lui, les raisons de cette absence étaient mesurées. Elles étaient les suivantes:

« On ne fait pas de test aux patients, cela coûte trop cher. Les patients dépensent beaucoup d'argent pour venir se faire soigner ici, alors on ne veut pas trop allonger l'addition. De toute façon, s'ils sont infectés par le VIH, ils ne pourront jamais acheter les médicaments antirétroviraux⁵³⁴. »

La logique de son raisonnement était identique à propos des éventuelles mesures de prévention de la réduction de la transmission verticale du VIH:

« Dans les pays en voie de développement, on conseille aux femmes de continuer d'allaiter parce qu'elles ne peuvent pas acheter le lait maternisé. Alors finalement ça ne sert à rien de dépister. »

531 Les travaux menés à Pune, au Maharastra, sur la prescription des antirétroviraux dans des cliniques privées font un constat similaire(Kielmann *et al*, 2005).

532 Ce constat de test à VIH pratiqué à l'insu des patients dans des services de soins en Inde n'est pas isolé. Les rapports de Bharat, Aggleton et al (2002) et Ekstrand , Garbus et al (2003) mentionnent des observations similaires.

533 L'annonce de ces résultats concernant l'absence de test positif à VIH est à prendre avec précaution dans le contexte de son énoncé.

534 Par contre un médecin de cette structure travaillant en chirurgie orthopédie m'avait affirmé que dans son secteur, le dépistage du VIH était systématique.

Dans la plupart des cas, les médecins avouent avoir une pratique d'évitement par rapport au dépistage du VIH chez leurs patientes, dans la mesure où, selon eux, le bénéfice du diagnostic s'avère faible par rapport à celui de son absence : faible pour eux, puisque la demande de réalisation du test, soulevant d'emblée la suspicion de la séropositivité, peut avoir un impact direct sur le crédit que les patients lui attribuent. Bénéfice faible pour la patiente en raison des conséquences sociales dramatiques de l'annonce de la séropositivité. De plus, la contrainte majeure évoquée à la réalisation du test est présentée comme économique. En effet, selon les praticiens rencontrés, la demande d'une telle dépense supplémentaire de soins entraînerait rapidement une chute du nombre de patients fréquentant la structure. Le contexte d'absence de dépistage du VIH permet de s'interroger au sujet de la perception de la vulnérabilité de l'accoucheur/se à l'infection. Par exemple, une jeune femme médecin m'avait fait part par de son désarroi face à l'absence de dépistage du VIH chez ses patientes :

« Parfois quand je fais une césarienne il m'arrive de penser au risque de la contamination par le VIH , mais que puis-je faire ? »

Cependant, le chef de service du département d'obstétrique où cette jeune femme exerçait affirmait avec détermination sa sérénité face à cette question : Il avait lu dans une revue qu'il fallait se piquer 25 fois avec une aiguille infectée par le VIH pour être contaminé⁵³⁵.

Les programmes menés en Inde pour réduire le nombre des nouveau-nés infectés par le VIH sont soit des programmes gouvernementaux sous l'égide du NACO, soit des initiatives menées par des ONGs en partenariat avec le gouvernement et des institutions étrangères (Cohen, Salomon, 2004). Au Tamil Nadu, certains programmes menés dans des hôpitaux tertiaires publics, à l'hôpital de Tambaram⁵³⁶ et par l'ONG YRG Care⁵³⁷, à Chennai par exemple, proposent une prise en charge de certains patients. La réponse du médecin que j'ai citée plus haut, « (...) Alors

⁵³⁵ Le taux de transmission du VIH dans ce cas est de 1%.

⁵³⁶ Il s'agit du "Government Hospital of Thoracic Medicine, Tambaram Sanatorium" fondé en 1920 comme centre de traitement de la tuberculose. Depuis 1990, cet établissement prend en charge des personnes atteintes par le VIH. Voir le site www.education.vsnl.com/thoracic.

⁵³⁷ Cette ONG a développé de nombreuses activités d'information, de communication et prises en charge médicale et de recherches sur le sida. Depuis 1994, une clinique assure une prise en charge des patients. Voir à ce sujet le site www.yrgcare.org.

finallement ça ne sert à rien de dépister (...) », révèle peut être son manque de considération quant à l'avis de ses patients à propos de la pertinence du dépistage du VIH. Ce propos illustre le manque d'information de ce médecin au sujet des services de soins disponibles dans la région. Ainsi un enseignement sur les aspects préventifs et thérapeutiques du VIH/sida aurait été profitable à ce médecin et aux patients fréquentant son service. Cependant, à cette époque, cette question n'était pas envisagée par la direction de son établissement.

* *

*

Certains aspects épidémiologiques et de la construction sociale de l'épidémie à VIH en Inde étant posés, nous allons nous intéresser plus spécifiquement, dans les chapitres suivants, aux questions relatives à la maternité dans le contexte du VIH. Premièrement, je décrirai les modalités de la mise en œuvre d'un programme de prévention de la transmission verticale du VIH dans une maternité d'un hôpital de district en Inde du Sud. Puis, à partir des outils conceptuels proposés par l'épidémiologie socioculturelle, nous étudierons les déterminants socio-comportementaux, les déterminants culturels et les déterminants liés au système de soins de la transmission mère-enfant du VIH. En dehors de leur portée à visée appliquée, ces chapitres permettront de comprendre comment le traitement social du sida est un révélateur des rapports entre logiques sociales et système de soins. Je tenterai ainsi de montrer que, dans la recherche anthropologique sur le sida, « (...) la dichotomie [entre recherche appliquée et fondamentale] s'estompe » puisque que l'une nourrit l'autre et réciproquement (Benoist, Desclaux, 1996 : 367).

**PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH
DANS UN HÔPITAL DE DISTRICT EN INDE DU SUD :
LA CONSTRUCTION SOCIALE DES PRATIQUES
ET DES RÔLES PROFESSIONNELS**

Plusieurs mois après le début de mon travail de recherche en Inde, je n'avais que très peu de données sur la maternité dans le contexte du sida. A Karik, il était toujours impossible d'aborder cette question. Malgré le déploiement de différentes stratégies, je n'avais aucune autorisation officielle pour me rendre à la maternité de Pondichéry, où je savais qu'un programme de prévention de la transmission verticale du VIH se mettait en place. Une gynécologue d'une maternité gouvernementale de Chennai, assurant la prise en charge de femmes infectées par le VIH, m'avait expliqué que malgré sa bonne volonté, elle ne pourrait accepter ma présence qu'avec une recommandation faite par un représentant du NACO. L'entretien que j'avais eu avec le représentant du TNSACS⁵³⁸ présent à Pondichéry m'avait immédiatement fait comprendre qu'il valait mieux que j'adopte un « profil bas ». Le suivi des modalités officielles m'aurait imposé la constitution d'un dossier dont la procédure d'acceptation pouvait, au mieux, durer deux ans. De plus, il n'y avait aucune garantie quant à l'issue favorable de cette demande. Les expériences, souvent infructueuses, des chercheurs de l'Institut Français de Pondichéry travaillant sur le sida m'avaient encouragée à ne pas tenter cette expérience. Comme souvent dans ce genre de situation, une rencontre fut providentielle. Le contact établi, plusieurs mois auparavant, entre Alice Desclaux et N.M. Samuel, à l'occasion d'une conférence internationale sur le sida, me fournit la possibilité de rencontrer ce dernier dans le département qu'il dirigeait à la faculté de médecine T.N. MGR à Chennai. Parmi les nombreuses activités de N.M. Samuel, on note le lancement d'activités de PTME du VIH et d'un programme d'accès aux antirétroviraux à l'hôpital de district de Namakkal.

⁵³⁸ Tamil Nadu State Control Society

Il me semble que trois éléments ont joué en ma faveur pour pouvoir mener mes recherches à l'hôpital. D'une part N.M. Samuel était très demandeur de collaborations avec des universités étrangères. Ma participation à son programme pouvait peut-être marquer le début d'une coopération ultérieure. Il me semble par ailleurs que mon parcours professionnel ainsi que l'objectif de recherche appliquée que je lui présentai jouèrent aussi en faveur de son acceptation.

Trois semaines plus tard, Pragathi, l'assistante de recherche du projet, et moi arrivions à Namakkal, une ville située à dix heures de bus de Pondichéry. L'accès à la maternité de l'hôpital me permettait de développer deux axes de recherches : l'accouchement en milieu biomédical et la prévention de la transmission verticale du VIH. Pragathi, qui n'avait aucune expérience du milieu hospitalier, mit peu de temps à se sentir à l'aise dans cette nouvelle situation. Sa passion des relations humaines fit qu'en quelques jours seulement, de nombreuses personnes de l'équipe du programme dirigé par N.M. Samuel et d'autres en poste à l'hôpital étaient pratiquement devenues des amis. Puis, durant deux ans, nos séjours à l'hôpital s'apparentaient à des retrouvailles amicales où chacun s'enquiert des nouvelles de l'autre et des événements écoulés durant la période d'éloignement. Pour ma part, j'étais comblée et ravie. Ma vision des faits était marquée par mes expériences passées en tant que praticienne hospitalière et par celles de coordinatrice de projets de santé. Ma disponibilité à l'observation était entière puisque, dans ces circonstances, mon rôle était dégagé de toute implication directe sur les activités médicales du quotidien. Cette expérience professionnelle se combina à ma sensibilité récente aux sciences sociales pour m'aider à saisir de nombreux aspects des situations auxquelles j'assistais. Ainsi, ce chapitre et le suivant, contrairement aux autres parties de ce travail, présentent parfois des arguments critiques face aux faits observés. Ce choix s'inscrit dans la ligne directrice de la recherche en anthropologie du sida dont les questions sont de plusieurs ordres. Celles posées par le champ de la recherche appliquée visent à favoriser la définition ou l'évaluation des actions de santé publique localement. Les questions de recherche fondamentale proposent d'éclairer la dynamique des systèmes de soin sous l'effet du sida, ou la façon dont le

système social et culturel étudié oriente ou réinterprète la mise en œuvre des normes biomédicales universelles posées par les institutions internationales de santé publique.

* *

*

Ce chapitre a pour but de décrire la complexité de la mise en œuvre des activités de PTME du VIH à l'hôpital du point de vue du personnel soignant⁵³⁹. Je tenterai de montrer comment chacune des personnes évoquées joue, à son niveau, un rôle majeur dans le trajet thérapeutique des patientes. Les critiques du programme VIH et du fonctionnement de cet hôpital que révèle cette approche ethnographique se veulent constructives. Je les ai communiquées oralement à l'ensemble de l'équipe du programme VIH de l'hôpital⁵⁴⁰. C'est aussi la raison pour laquelle j'ai choisi de ne pas rendre anonyme le lieu d'enquête. Avant de décrire les activités des soignants dans le cadre du programme de PTME du VIH, des indications sont nécessaires au sujet du contexte institutionnel dans lequel se construisent les pratiques sociales des soignants.

CONTEXTE INSTITUTIONNEL DU PROGRAMME DE PTME A L'HOPITAL DE NAMAKKAL

En avril 2000, le département de médecine expérimentale de l'institution « Tamil Nadu M.G.R. Medical University » de Chennai commença un programme pilote à l'hôpital de district de Namakkal intitulé « Reach out to every woman and Infant ». Pour la première fois, en Inde, un hôpital proposait un service de dépistage volontaire et gratuit du VIH, un programme de prévention de la transmission mère-

⁵³⁹ Pour des raisons méthodologiques que j'expliquerai ultérieurement les discours des patientes n'apparaissent pas dans ce chapitre.

⁵⁴⁰ Comme cette équipe, je me suis confrontée aux difficultés inhérentes à la mise en œuvre de tout projet d'innovation. La distance qui sépare les objectifs annoncés d'un projet d'innovation de la mise en œuvre effective de ses activités a été documentée par de nombreux acteurs du développement et théorisée par exemple par O De Sardan (1995).

enfant du VIH⁵⁴¹. La formation à la mise en place d'activités liées au VIH des professionnels de santé des hôpitaux de sous-districts (les « taluk hospitals ») et autres centres de santé régionaux, est aussi une des activités de cette initiative⁵⁴² (Anonyme, 2004b)⁵⁴³. Les actions en matière de lutte contre l'épidémie à VIH du département de médecine expérimentale de cette université sont antérieures à cette date. Elles ont commencé en 1994 avec la mise en place du premier certificat de « VIH/Tuberculose » à destination des professionnels de la santé. Des ateliers et des séminaires sur le sida ont eu lieu les années suivantes. En 1998-1999, une étude de prévalence du VIH en consultation prénatale fut menée par ce département dans divers sites hospitaliers au Tamil Nadu. A partir d'échantillons de 500 tests par site, un taux de 3,6% de tests positifs fut relevé à l'hôpital de Namakkal. Cette observation, conduisant à un taux de prévalence du VIH le plus élevé de la région, fut pour l'équipe de N.M. Samuel un élément décisif. Namakkal serait le lieu de mise en place du premier programme de PTME du VIH en Inde (Anonyme, 2004b).

Namakkal est le district du Tamil Nadu le plus touché par l'épidémie. Les discours qui m'ont été rapportés à l'hôpital à propos des raisons de ce constat convergent vers la même explication⁵⁴⁴. Namakkal est une ville prospère en raison d'un développement considérable de l'industrie du transport au cours de ces dernières années. De nombreux conducteurs « longue distance » de camions y résident, soit en ville soit dans les villages avoisinants. Ces hommes sont particulièrement vulnérables au VIH en raison de leurs déplacements professionnels réguliers les obligeant à quitter leurs familles pour une longue durée et favorisant les conduites à risque (Ekstrand et al, 2003)⁵⁴⁵. Cette explication de la diffusion de l'épidémie à VIH par les conducteurs de camions est peut-être à pondérer. La stigmatisation dont ces hommes font l'objet en Inde et la somme des actions de prévention menées à leur rencontre, ont été parfois un moyen de nier la possibilité d'une diffusion de

⁵⁴¹ Le programme d'accès gratuit aux traitements antirétroviraux à l'hôpital de Namakkal a commencé en 2004.

⁵⁴² Les praticiens exerçant dans le secteur privé sont également invités à participer aux formations mises en œuvre dans le cadre de ce programme.

⁵⁴³ Voir les informations consignées sur le site de la faculté de médecine de Chennai : <http://www.tnmmuc.ac.in/expmedwrkshp.html>.

⁵⁴⁴ L'apparente homogénéité des représentations sur cette question serait à explorer.

⁵⁴⁵ Lors de deux études conduites en Inde, plus 90% des conducteurs de camions déclaraient avoir des rapports sexuels multiples et non protégés lors de leurs déplacements (Bryan *et al*, 2000; Kootikuppala, 1999).

l'épidémie à VIH par des personnes jugées, à priori, à « bas risques » (Bourdier, 2001a). Néanmoins, j'ai constaté qu'une majorité des femmes rencontrées dans le service de mise sous traitement antirétroviral à Namakkal étaient les épouses, et souvent les veuves, de conducteurs. Enfin, l'absence de possibilités d'emploi dans cette région, due au faible rendement des exploitations agricoles sur des terres particulièrement arides, oblige de nombreux villageois à s'expatrier loin de leur domicile en tant que travailleurs migrants.

Le projet PTME du VIH résulte de la détermination de N.M. Samuel, du soutien institutionnel du vice-chancelier de l'université médicale T.N. MGR et du financement de la fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS (EGPAF). Il consiste en la mise en place d'activités spécifiques de PTME du VIH menées en parallèle des activités quotidiennes de la maternité de l'hôpital, au niveau des consultations prénatales, du bloc obstétrical et du service d'hospitalisation de post-partum de la maternité. C'est donc un programme mis en place de manière dite « verticale ». Il comporte des activités de conseil et d'informations, des pratiques de test de dépistage du VIH, des mesures de protections à l'accouchement ainsi que la mise en place d'un protocole à schéma court à la névirapine avec un suivi à domicile dans certains cas. Voyons maintenant selon quelles modalités ce programme est mis en œuvre en ce qui concerne l'assignation des rôles donnés aux soignants.

Les activités spécifiques de PTME du VIH sont gérées par une équipe « temporaire » de médecins, d'infirmières, de techniciens de laboratoire et de conseillers recrutés dans le cadre de ce projet. Les activités obstétricales « standards » sont assurées par le personnel « permanent » de l'hôpital, médecins, infirmières, et auxiliaires infirmières sages-femmes. Une distinction s'impose entre ces deux catégories de personnel, « temporaire » et « permanent ». Des logiques très différentes sont, en effet, apparues dans leurs pratiques professionnelles et dans la représentation de leur rôle respectif. Ces différences semblent liées à la nature de leur trajet individuel, à leurs activités professionnelles quotidiennes ainsi qu'à leur statut au sein des programmes. Les acteurs spécialement recrutés pour le programme VIH composent en majorité une équipe jeune et dynamique de nouveaux diplômés. Tous ont quitté le confort du cocon parental et de leur ville

universitaire pour intégrer ce projet. Certains se sont installés seuls, d'autres en co-location à Namakkal. Deux seniors, une femme et un homme, font aussi partie de cette équipe⁵⁴⁶. Les membres de l'équipe reconnaissent que la motivation initiale de leur candidature était une occasion de travail correctement rémunéré. Cela ne les empêche cependant pas d'avoir une grande satisfaction à mener leurs activités respectives. Ils travaillent dur chaque jour excepté le dimanche et souvent jusqu'à une heure tardive. A ma surprise de retrouver l'équipe au complet neuf mois après mon premier séjour, tous affichaient un sourire de satisfaction en expliquant :

« Oui, nous sommes toujours là, grâce au Dr. Samuel, notre guru ! »

L'équipe « PTME du VIH » a pour principales activités le conseil et le dépistage du VIH (menés à l'écart des activités courantes de consultations), l'encadrement, la formation et la motivation de l'équipe médicale et paramédicale « permanente » du bloc obstétrical de l'hôpital pour l'application des bonnes pratiques d'accouchement spécifiques aux patientes infectées par le VIH⁵⁴⁷. Une infirmière de l'hôpital explique le fonctionnement suivant :

« Au moment d'assister l'accouchement d'une femme infectée par le VIH, les personnes du projet PTME viennent nous voir. Ils nous rappellent les précautions à prendre et ils nous donnent le matériel nécessaire. Ils sont toujours là quand une femme VIH + vient accoucher. Dès qu'elle est admise à l'hôpital, on les informe immédiatement. Ils vont venir et rester avec nous jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé. Le samedi ils ne sont pas là mais si on les appelle au téléphone ils viennent immédiatement. »

Après quatre ans de mise en œuvre du programme VIH, l'équipe du programme PTME témoigne d'une diminution des difficultés majeures de rejet, de stigmatisation et de refus de soins de la part de l'équipe hospitalière. Les réticences permanentes de l'équipe médicale à prendre à charge les femmes enceintes infectées par le VIH demeurent vivaces. Une infirmière de garde 24h/24 pour le programme est toujours appelée lors de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH. Son rôle est de s'assurer de l'utilisation du kit de protection et de la délivrance des doses respectives de névirapine à la patiente pendant le travail (200mg), et au nouveau-né

⁵⁴⁶ Leurs discours ont souvent révélé la façon dont les trajets individuels déterminent la construction du rapport à la profession de soignant et la relation au patient.

⁵⁴⁷ Je décrirai ces rôles ultérieurement

dans les 72 heures qui suivent l'accouchement (2mg/kg). La contrainte majeure du programme VIH repose sur la difficulté pour ces infirmières à faire appliquer les pratiques requises à l'équipe du bloc obstétrical. Leur présence est supposée servir un objectif de changement des pratiques en salle d'accouchement. Néanmoins, elles ne peuvent l'atteindre raison de l'absence de pouvoir (face au personnel soignant de l'hôpital) liée à leur jeunesse et à leur statut de personnel « temporaire ». Face aux problèmes relationnels et aux autres difficultés quotidiennes éprouvées lors du suivi de chaque femme infectée par le VIH et suivi dans le cadre des protocoles de traitement mis en œuvre à Namakkal, Esther, une jeune infirmière chargée en particulier des activités spécifiques du programme dans la salle d'accouchement s'exprimait ainsi :

« Quand l'accouchement d'une femme infectée par le VIH est terminé, j'ai l'impression d'avoir moi-même accouché ! »

Les acteurs permanents du département obstétrical de l'hôpital, gynécologues, infirmières et auxiliaires infirmières sages-femmes⁵⁴⁸ s'habituent difficilement aux modalités des activités portées par le programme VIH. Ces équipes, non formées de manière continue, non dirigées par l'énergie novatrice ou la pression institutionnelle d'une quelconque personne d'encadrement, assurent en routine une succession répétée d'actes de soins jamais questionnés. La construction des pratiques professionnelles de ces personnes me semble illustrer la théorie des normes pratiques énoncée par Olivier de Sardan (2001). Ces pratiques associent, en effet, une « culture professionnelle locale » et « une culture bureaucratique privatisée ». La première incorpore de nombreux éléments du modèle officiel de l'apprentissage d'une profession c'est-à-dire des habitudes, des routines et des tours de mains correspondant à un savoir-faire. Cette culture professionnelle opère des ajustements liés au site, au fonctionnement des institutions, à la hiérarchie en place, aux relations entre collègues, et aux conditions matérielles et financières. La culture bureaucratique privatisée regroupe différents traits caractéristiques des administrations: « privilégisme », « privatisation interne », et clientélisme (Ibid :69). J'ai pu en observer certaines manifestations en salle d'accouchement de l'hôpital de

⁵⁴⁸Rappel : Bénéficiant d'une formation de 18 mois après la 10ème classe (soit la troisième dans le système français), les auxiliaires infirmières sages-femmes sont chargées du suivi du travail et des accouchements.

Namakka⁵⁴⁹. Dans ce contexte, l'adaptation à un programme d'innovation est difficile puisqu'elle nécessite un réajustement de l'ensemble des paramètres à l'œuvre dans la composition des pratiques. Ainsi, comme l'explique une responsable de cette équipe, la réticence initiale d'une majorité du personnel à prendre en charge les femmes infectées par le VIH s'explique non seulement par la peur de la contamination, mais aussi par tous les changements d'habitudes et d'organisation imposés par la mise en place du programme VIH. Peu de changements de pratiques sont mis en place en salle d'accouchement. A ce jour, le personnel de garde continue d'appeler une des infirmières du programme en cas d'admission d'une patiente infectée par le VIH. Ce recours, qui permet au personnel de garde de ne pas modifier l'organisation des « normes pratiques », semble confirmer la théorie proposée par Bourdieu selon laquelle : « L'homogénéité des habitus qui s'observe dans les limites d'une classe de conditions d'existence et de conditionnement sociaux est ce qui fait que les pratiques et les œuvres sont immédiatement intelligibles et prévisibles, donc perçues comme évidentes et allant de soi. » (1980: 98). Néanmoins, une attention portée avec plus de précision sur les pratiques de ces professionnels permet de mieux décrire les logiques sociales à l'œuvre derrière cet immobilisme apparent. Le personnel « permanent » de l'hôpital subit le changement imposé par les nouvelles activités du programme sida. Ces personnes se retrouvent confrontées à une situation dans laquelle le projet ne leur donne pas les moyens de répondre aux objectifs fixés. Alors que leur ancienneté pouvait les laisser supposer d'une légitimité désormais acquise, la venue des acteurs du programme VIH, vient renverser l'ordre hiérarchique des statuts⁵⁵⁰. Leur désinvestissement vis-à-vis des activités du programme et des patientes infectées par le VIH semble reposer en partie sur cette intrusion « mal vécue ».

Le contexte social intra-hospitalier du programme VIH étant posé, nous allons maintenant décrire les pratiques sociales des soignants observées lors de la mise en œuvre des activités du programme. J'en décrirai deux aspects: les activités de

⁵⁴⁹ Voir à ce propos la partie III.

⁵⁵⁰ Ceci n'est pas spécifique à ce programme. Dans des actions humanitaires d'urgence ou de long terme, il est très fréquent de constater que des volontaires médicaux et paramédicaux recrutés par des organisations internationales occupent des positions hiérarchiquement supérieures au personnel médical en fonction dans l'hôpital où se déroule l'action.

conseils et de dépistage réalisées au niveau des consultations prénatales et les activités de la salle d'accouchement.

LES PRATIQUES DE CONSEIL

Le conseil, nouvelle norme « universelle » concernant une forme de relation soignant-soigné⁵⁵¹, fait partie des changements recommandés par les institutions internationales de santé publique et instaurés dans les institutions sanitaires ayant pour mandat de fournir des soins aux personnes infectés par le VIH. Selon l'OMS, les objectifs du conseil sont de fournir au patient une aide à la décision concernant l'acceptation ou le refus du test, de l'informer des modes de transmission du VIH, d'évaluer sa vulnérabilité potentielle au VIH, de le préparer à l'annonce du résultat du test et de lui donner les moyens de se protéger et/ou de se soigner (WHO, 2005c). Ce modèle du conseil représente une sorte de modèle « holistique » de l'offre de soin. Il considère, en effet, que la prise en compte du profil psychologique du patient est un élément central pour la mise en œuvre des soins de prévention et de traitement du VIH/sida (Chippindale, French, 2001). Cependant, les normes universelles des pratiques du conseil sont réinterprétées localement. Le conseil est, en effet, une pratique sociale dont l'étude anthropologique permet de décrire comment cette pratique est inscrite dans un ordre social donné. Selon cet axe d'investigation, il est possible de montrer comment les modes d'organisation, la mise en œuvre et les effets du conseil sont déterminés en partie par la construction sociale des rapports de genre comme l'ont montré par exemple (Semrau *et al*, 2005a) en Zambie et (Creek *et al*, 2004) en Thaïlande. Des travaux menés en Asie sur cette question montrent que généralement le test à VIH est bien accepté par les patientes (Buhendwa *et al*, 2004; Manzi *et al*, 2005) en particulier si elles sont accompagnées par leur mari (Shankar *et al*, 2003). De plus, le test et l'inclusion dans un protocole est d'autant mieux accepté si les activités de PTME du VIH sont mises en place de manière non séparée des activités de consultations anténatales et si elles proposent

⁵⁵¹ Une autre norme est celle du suivi des recommandations internationales, « best practices », en matière de PTME du VIH. J'aborderai ce sujet ultérieurement.

un traitement antirétroviral thérapeutique aux patientes (Kruy et al, 2004). Enfin, le conseil peut être étudié en tant que disjonction dans la signification des tests entre la façon dont cette activité est conçue par les responsables de programmes et celle dont elle est interprétée par les individus susceptibles de se faire tester. (Obermeyer, 2005). Selon cet axe de recherche, de nombreux travaux ont documenté dans des pays du sud les effets de certains facteurs tels que le milieu social, la formation, l'attitude du conseiller sur l'atteinte ou non des objectifs du conseil en matière de consentement au test dans le cadre de l'inclusion dans les protocoles de PTME (Howson *et al*, 2004) ou en terme de « choix » d'allaitement (Chopra *et al*, 2004; Paoli *et al*, 2002).

Par exemple, au Tamil Nadu, l'ONG SIAAPP (South India AIDS Action Programme) implantée à Chennai, a pour mandat de former des conseillers avant leur prise de fonctions dans des institutions gouvernementales. Cette ONG travaille en partenariat avec le NACO et collabore à de nombreux programmes, dont celui mené à Namakkal⁵⁵². Selon Natarajan (2005), SIAAP a modifié les critères de recrutement des personnes à former en tant que conseillers. Initialement, le choix était porté sur des personnes jeunes ayant reçu un bon niveau d'études. Cependant, la majorité de ces personnes n'était pas apte à répondre à l'objectif proposé. Par exemple, Shankar, l'un des conseillers de SIAAP, rapporte les raisons qui ont conduit l'organisation à modifier sa stratégie de recrutement.

« On recrute les gens en fonction de leur profil et de leur capacité à l'empathie, et non pas sur leur diplôme. L'autre jour nous avions un étudiant en psychologie qui nous a dit : L'empathie ne sert à rien, le but est d'arriver à ce qu'ils changent leur comportement ! »

Ainsi, le manque d'expérience sexuelle de certaines personnes recrutées initialement, leur malaise à parler de ce sujet et leur faible empathie pour les patients n'étaient guère propices à l'établissement d'une relation de confiance avec ces derniers. Ceci conduisait parfois les jeunes conseillers à agir de façon contraire aux attentes du programme. Certains conseillers forçaient les patients à effectuer un test à VIH,

⁵⁵² J'ai mené des entretiens avec quatre membres de l'équipe dirigeante de SIAAP en décembre 2003. A ma demande, chacun m'avait raconté la motivation et les événements qui les avaient conduits à quitter leur emploi précédent pour s'impliquer dans la lutte contre le sida.

d'autres émettaient des jugements culpabilisants à l'égard des personnes dont le test était positif (Ibid : 130). Le constat noté par Nataraj à ce sujet est le suivant :

« We have learned that people can be trained to automatically say the right thing, but if they do not believe in what they are saying, it has no effect and the client is unable to bring himself /herself to trust such a counsellor” (*Ibid*: 130)⁵⁵³

Depuis lors, cette ONG a modifié ses critères de recrutement. Elle tend à choisir en priorité des personnes avec une certaine expérience de la vie et qui sont concernées directement par le sida (soit infecté par le VIH, soit proche d'une personne infectée). De plus, des travailleurs du sexe et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont formés en tant que conseillers.

En dehors du savoir-faire et du savoir-être du conseiller, les modalités d'organisation du conseil sont des éléments qui déterminent aussi l'atteinte des objectifs. Selon les normes universelles du conseil, il est préférable que celui-ci ait lieu dans un cadre séparé des autres activités de consultation afin d'assurer le maintien de la confidentialité. Cependant, à Namakkal, les activités de conseil ont lieu dans l'espace ouvert de la salle d'attente des consultations générales des femmes. Selon les responsables du programme VIH, cette organisation ne semble pas être une contrainte, mais plutôt une occasion pour la diffusion de l'information. La modulation de la voix du conseiller en fonction du message à donner serait garante de la non-divulgateion des informations « sensibles ». Ce choix permettrait de miser à la fois sur une augmentation de la diffusion des messages tout en assurant le maintien de la confidentialité. De même, les consultations de suivi des femmes bénéficiant du protocole PTME Plus⁵⁵⁴ se font en présence du couple concerné et de leur(s) enfant(s), parfois d'un membre de la famille et de plusieurs membres de l'équipe. Pourtant, cette organisation fut remise en cause suite à une visite d'évaluation des bailleurs de fonds du programme. Selon sa coordinatrice les raisons de ce changement étaient les suivantes.

⁵⁵³ « Nous avons appris que les gens peuvent être formés à répondre automatiquement de façon correcte, mais s'ils ne croient pas en ce qu'ils disent, cela n'a aucun effet, les clients [patients] ne pourront pas se confier à ce genre de conseiller. » (Traduction).

⁵⁵⁴ Je traiterai du protocole PTME-Plus dans la partie IV : chapitre 3.

« L'équipe d'évaluation nous a fait remarquer que ce qu'on faisait, ce n'était pas vraiment du conseil [individuel], mais des séances [collectives] d'éducation et d'information. Maintenant on a une salle. Au début ce n'était pas facile parce que, dans tous les cas, les patientes ne voulaient pas entrer seules dans la pièce. Elles voulaient avoir leur mère ou leur belle-mère à côté d'elles. Maintenant ça va mieux. Avec le travail des ONG présentes dans cette région les gens comprennent mieux ce que nous faisons à l'hôpital. »

Selon les guides des organismes internationaux de santé publique, l'impératif de maintien de la confidentialité est un objectif central des programmes de PTME du VIH et de dépistage volontaire (WHO, 1993; 2005c). Par ailleurs, le contexte de discrimination et de stigmatisation lié au sida obligerait à porter une attention particulière à la confidentialité à l'hôpital (UNESCO, 2002). Pourtant, en Inde, les consultations médicales se font généralement en présence d'un ou plusieurs membres de la famille. L'organisation du conseil telle qu'elle est proposée n'a jamais été soulevée comme faisant problème pour les femmes que j'ai rencontrées à l'hôpital de Namakkal. Certaines se disaient rassurées par la présence d'autres femmes dans la salle où se tenait la séance de conseil. D'autres expliquaient, qu'avec une oreille attentive, elles pouvaient parfois comprendre les questions du conseiller et les réponses des patientes. Ceci leur semblait très utile pour diminuer l'appréhension d'avoir elles aussi à « passer l'épreuve » du conseil. Ces pratiques de conseil sont un exemple de la confrontation de normes et de modèles d'organisation établis par des institutions internationales de santé publique et des systèmes locaux. Un autre niveau d'analyse invite à poser cet exemple de ré-interprétations locales de normes supposées universelles dans la perspective de la recherche anthropologique sur l'éthique. A ce titre, elle permet d'interroger l'universalité des valeurs et des principes qui sous-tendent les choix éthiques et de s'interroger, à partir de cet exemple, sur le concept de relativisme éthique (Massé, 2000)⁵⁵⁵. Enfin si un grand nombre de recherche a été consacré à l'étude de la qualité et de l'efficacité de l'interaction soignant/soigné, les expériences personnelles des femmes en ce qui concerne les limites et des échecs de la PMTCT méritent d'être documentés⁵⁵⁶.

D'autres facteurs sont à considérer à ce sujet. A l'hôpital de Namakkal, afin de compenser les dépenses occasionnées par le déplacement et l'allongement de la

⁵⁵⁵ Je reviendrai sur cette question dans la partie Conclusion et perspectives

⁵⁵⁶ Voir le chapitre suivant à ce sujet.

durée d'attente de la consultation prénatale, un système de compensation financière avait été instauré par l'équipe. Comme l'explique une responsable du programme VIH, celui-ci a été abandonné.

« Avant on donnait à tout le monde 25 roupies parce que les patientes devaient remplir les questionnaires, cela prend du temps. Maintenant on a tout arrêté. Certaines femmes venaient plusieurs fois en consultations en disant qu'elles n'avaient eu ni le test, ni la séance de conseil. »

Cet exemple permet de donner une illustration d'un effet non attendu du programme VIH. Il nous incite à admettre avec Olivier de Sardan (1995) que tout projet subit en effet une dérive, c'est-à-dire un écart entre ce qui est prévu et ce qui se passe réellement, ce qui est la manifestation de son appropriation. La suite de ce chapitre va confirmer cette affirmation.

LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH

A Namakkal, toute patiente venant en consultation est d'abord reçue par la conseillère de l'équipe de PTME. Celle-ci est chargée de vérifier, sur la carte de grossesse, la réalisation effective du test du VIH et de proposer un dépistage le cas échéant. La séance de conseil a lieu autour d'une petite table au milieu du brouhaha des patientes et des enfants qui les accompagnent. Les pratiques de conseil s'organisent selon un schéma constant. Une première partie comporte une information sur le VIH/sida et sur les modes de transmission du virus. Elle est suivie immédiatement d'un questionnaire d'évaluation des connaissances. En second lieu, un entretien a pour objectif l'obtention du consentement de la patiente à la réalisation du test VIH. Enfin, une séance télévisée réalisée dans une salle jouxtant la salle d'attente permet de diffuser des messages de prévention du sida. Le test et l'annonce de son résultat sont faits dans l'intimité du laboratoire par la technicienne formée aux techniques de conseil. Le dépistage du VIH est systématiquement proposé aux patientes avant la consultation prénatale, mais ces dernières ne l'acceptent pas toujours. Une infirmière du programme nous confie :

« Elles disent qu'elles doivent d'abord demander l'autorisation à leurs maris : s'ils sont d'accord, elles reviennent, mais parfois on ne les revoit plus. »

Comme d'autres décisions d'ordre médical et une majorité des décisions concernant la sphère domestique et sociale, l'acceptation du test par les femmes est souvent conditionnée par l'approbation du conjoint. Afin de contourner cette cause de refus du test, les infirmières du programme VIH ont coutume de demander aux patientes de venir en consultation avec leur mari. Cette demande n'est pas toujours entendue cependant. Parmi les personnes les moins socialement favorisées, nombreux sont les travailleurs journaliers qui ne peuvent se rendre en consultation avec leurs épouses qu'au prix de la perte d'une journée de salaire. Par ailleurs, l'argument de l'accord du mari permet à certaines femmes de reculer, voire d'éviter, le test. Pour ces dernières, le risque médical des conséquences de la maladie apparaît inférieur au risque social de l'annonce du diagnostic d'infection à VIH. En Inde, des études, dont celle menée par Chase et al. (2001), ont montré que les femmes infectées par le VIH sont sujettes à de nombreuses formes de violence et de discrimination: expulsion de la maison familiale, refus de soins et de traitements, accusation de responsabilité de l'infection à VIH du mari⁵⁵⁷. En dehors des problèmes liés à la peur du rejet et de la discrimination, ceux liés aux rapports de genre rendent difficiles la mise en œuvre des conseils reçus en consultation. Par exemple, selon le Dr. Ramesh, médecin du programme, les femmes se sentent seules responsables et coupables de leur infection à VIH. Il nous dit:

« Elles sont effrayées de l'annoncer à leur mari, terrorisées à l'idée d'avoir à lui demander d'utiliser un préservatif. Parfois elles disent seulement : « Le médecin a dit de l'utiliser. »

Les modes de révélation du test au conjoint offre un objet d'étude intéressant pour décrire les modalités de constructions des rapports sociaux de sexe dans le contexte du sida. Des travaux menés en Afrique et en Europe documentent une persistance des difficultés liées à cette révélation (Traoré, 2006). En Inde, des travaux montrent par exemple que la révélation des résultats du test dans le cercle conjugal, familial ou social est souvent partielle (les personnes infectées ne mentionnent pas le VIH

⁵⁵⁷ Je préciserai cet aspect dans la Partie IV. Chapitre 4.

comme cause de la maladie) (Chandra et al, 2003)⁵⁵⁸. Un autre niveau d'analyse permet d'appréhender cette question non pas à l'échelle du couple, mais au niveau des représentations sociales du genre à l'origine des modalités, de la mise en œuvre et des effets des stratégies de PTME du VIH. Voici les propos du Dr. Ramesh à ce sujet :

« Pourquoi faire un programme où les femmes sont ciblées et prennent l'entière responsabilité de ce qui va se passer pour la suite. Si les hommes étaient d'abord testés, peut-être qu'ils amèneraient plus facilement leurs femmes à l'hôpital, ça pourrait être plus efficace pour réduire la stigmatisation ! »

Le propos de ce médecin invite à ouvrir une perspective au sujet de la construction sociale du genre dans la prévention et le traitement du VIH/sida. Il apparaît nécessaire de discuter le postulat selon lequel les comportements et les « choix » des femmes infectées par le VIH déterminent les taux de transmission verticale du virus. Ce postulat est à l'origine des stratégies de prévention et de traitement communément proposées dans les guides de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH élaborés par les institutions internationales de santé publique (Cohen, 2005; Desclaux, Taverne, 2000). Selon ces guides, les femmes doivent se présenter à la consultation prénatale et se faire tester. Il leur est demandé d'accoucher dans le lieu prescrit et de suivre les protocoles de traitement antirétroviraux. Dans certains protocoles dits de « PTME Plus »⁵⁵⁹, où les femmes reçoivent aussi un traitement antirétroviral sur le long terme⁵⁶⁰, les femmes infectées par le VIH sont parfois désignées comme un moyen d'accès au traitement pour les autres membres de la famille. Dans ces deux cas, les femmes deviennent un objet de médiation entre le système sanitaire et leur conjoint, voire d'autres membres de la famille. Enfin en miroir des stratégies de PTME, il est intéressant de relever, qu'à

⁵⁵⁸ Je vais revenir sur cette question dans le chapitre suivant à propos de la catégorisation des risques effectuée par les patientes.

⁵⁵⁹ L'initiative PTME Plus a été conçue en 2001 en réponse à un appel à l'action contre le sida lancé par Kofi Annan, alors Secrétaire général des Nations Unies (Rabkin, El-Sadr, 2004). Ces programmes ont la spécificité de fournir les soins et le traitement liés au VIH aux femmes infectées et à leurs familles, tout en améliorant la prévention de l'infection chez le nourrisson. Ils représentent donc un point d'entrée important aux traitements antirétroviraux (OMS, 2004).

⁵⁶⁰ A Namakmal, le programme de PTME Plus n'incluait pas le traitement des autres membres de la famille. Le manque de suivi, les défauts d'observance et le partage des médicaments étaient souvent supposés par l'équipe médicale lorsque l'examen clinique constatait une absence d'amélioration physique des patients et lorsque les examens médicaux ne révélaient pas les résultats biologiques attendus.

ma connaissance les centres généraux de dépistage volontaire et de traitement n'ont été envisagés officiellement ni comme une porte d'entrée à l'accès au traitement des épouses et/ou des enfants des hommes testés, ni au dépistage, comme les propos du Dr. Ramesh semblent le suggérer.

A l'hôpital de Namakkal, l'histoire personnelle de la patiente, sa motivation à se rendre à la maternité et la présence du conjoint ou d'un autre membre de la famille sont des facteurs qui influencent certainement l'acceptation du test VIH en consultation prénatale. Cependant, les modalités d'organisation de cette activité sont aussi à considérer. La façon dont les moments successifs du conseil (l'information, l'évaluation des connaissances pré et post test, l'obtention du consentement à la réalisation du test) sont présentés ainsi que le contexte de la consultation prénatale (attente, organisation, déroulement) vont déterminer l'utilisation des services proposés par les patientes. Le contexte d'affluence des patientes durant les jours de consultations prénatales impose de longues heures d'attente avant tout examen obstétrical. Selon les patientes avec lesquelles j'ai eu l'occasion de parler, les activités supplémentaires du conseil et du test - dont elles reconnaissent par ailleurs les bénéfices pour leur enfant à naître - viennent augmenter et compliquer le temps alloué à la consultation. L'attente du conseil, du test, du résultat et du post-test représente aussi une source de stress, d'inquiétude et de malaise pour des femmes non préparées à cette expérience. Dans ce cadre, le déroulement du conseil et la façon dont les différents moments de la rencontre patient/soignant conduisent ou non à l'effet attendu par chacun des individus en présence peuvent être regardés et entendus comme une forme nouvelle de pratique orale de soins. La parole ne tient pas lieu d'acte thérapeutique immédiat. Mais le suivi des préceptes qui ordonnent cette parole détermine l'accès futur aux traitements de la patiente qui reçoit ces informations. Les femmes reçues dans le cadre des activités mises en places par le programme VIH n'ont pas toujours la conduite attendue par les soignants. Cependant, le déroulement des activités et l'attitude du personnel soignant à leur

égard sont aussi des critères déterminants de la prise en charge effective des patientes⁵⁶¹.

En amont du conseil pré-test et de ses modalités, d'autres facteurs peuvent agir comme des barrières à la réalisation d'un dépistage et du traitement du VIH. Un matin, alors que j'observais la séance de conseils, je vis trois patientes se faire renvoyer à leur domicile par une conseillère du programme PTME sous prétexte qu'elles s'étaient présentées sans la « carte verte de grossesse ». La responsable justifia son attitude par ces propos:

« Elles doivent d'abord faire enregistrer leur grossesse au *balwadi*⁵⁶², et la Village Health Nurse a le rôle de leur remettre ce carton. »

L'étude du rituel et de la symbolique de l'écrit ainsi que des travaux sur les exigences bureaucratiques dans les services de reproduction en Inde (et ailleurs) constituerait un domaine de recherche à part entière de l'anthropologie de la santé⁵⁶³. En ce qui concerne Namakkal, la surcharge des travaux de rédaction de rapports et de remplissage de divers dossiers faisant suite à chaque acte médical ou paramédical est un point commun aux « temporaires » qui doivent tout justifier aux bailleurs de fonds étrangers et aux « permanents » sommés de satisfaire les exigences de leur administration. Le « diktat du papier » pénalise aussi les patients lors de l'accès aux services. Il vient suspendre une disponibilité, une écoute et une compréhension que les soignants n'ont pas toujours le temps, ou l'esprit, de leurs consacrer.

Dans ce contexte, les paramètres liés aux patientes et à l'ensemble des pratiques et des acteurs mobilisés autour de l'organisation du conseil vont déterminer le franchissement, ou non, de la première étape du soin de la patiente enceinte infectée par le VIH. Voyons comment, après le premier tri des patientes en consultation prénatale, les pratiques médicales et sociales en salle d'accouchement déterminent aussi l'accès à la prévention de la transmission verticale du VIH.

⁵⁶¹ L'étude de Painter et al (2004) menée à Abidjan sur les difficultés expérimentées par les femmes avec le personnel chargé des programmes de PTME du VIH, est pertinente à ce sujet.

⁵⁶² Rappel : Le *balwadi* est en zone rurale une crèche gouvernementale gratuite pour les enfants en âge préscolaire. Chaque femme enceinte a le devoir de faire enregistrer sa grossesse auprès du personnel du *balwadi*. Elle recevra en retour des rations alimentaires durant toute la période de gestation et dans l'année suivant son accouchement.

⁵⁶³ Rappel : Par exemple dans ce domaine, voir les travaux de Fainzang au sujet de l'ordonnance (2001a).

LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT

Pour l'équipe de PTME du VIH, les nouvelles activités de la salle d'accouchement représentent la plus grande difficulté de mise en œuvre du programme. Lors de mon premier séjour à Namakkal, en 2003, Esther, l'infirmière qui avait la responsabilité de cette tâche m'avait dit :

« C'est un beau projet qui fonctionne bien. Le seul problème que nous avons concerne l'équipe des infirmières et des médecins de l'hôpital. Ils ne veulent pas s'occuper des personnes infectées par le sida. Ils quittent l'hôpital lorsqu'on veut leur confier une patiente. Ils disent, pourquoi devons-nous nous en occuper gratuitement, s'ils vont dans une clinique privée, ils devront payer ! »

Trois ans plus tard, l'équipe de l'hôpital et l'équipe du programme PTME constatent de nombreuses améliorations. Néanmoins, la prise en charge de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH reste parfois difficile. Elle se heurte aux pratiques sociales des soignants (par exemple, liées à la peur persistante de la contamination) et à celles des soignées (par exemple, liées à la peur de la discrimination). L'équipe du bloc obstétrical pratique depuis de nombreuses années des accouchements sans avoir connaissance du statut sérologique de la patiente. Pourtant, l'annonce du « cas VIH+ » soulève parfois des réactions de peur et de rejet.. Selon les personnels du programme, la réalisation des césariennes pour des femmes infectées par le VIH est un problème récurrent. Une auxiliaire infirmière sage-femme exerçant en salle d'accouchement rapportait le cas d'une femme infectée par le VIH qui devait subir une césarienne en urgence en raison du diagnostic d'une détresse fœtale. Selon cette soignante, l'argument du refus de l'équipe médicale de réaliser la césarienne fut le suivant :

« Pourquoi faut-il sauver l'enfant ? La mère est séropositive, elle va mourir de toute façon ? »

En un an, selon les propos de la coordinatrice du programme VIH, il y aurait eu sept morts fœtales dues à des césariennes faites trop tard sur des patientes infectées par le VIH. Lors d'un entretien avec le « General Medical Officer » (directeur médical de l'hôpital) et chirurgien orthopédiste, je l'avais convié à évoquer le

problème récurrent de refus des chirurgiens - dont les gynécologues - d'opérer des patients infectés par le VIH, et il m'avait dit:

« Si ces patientes ont une césarienne en clinique privée, elles devront payer 15.000 roupies⁵⁶⁴, parfois plus. Si elles l'ont à l'hôpital, le médecin ne gagnera rien. Le problème, ce n'est pas la stigmatisation. C'est la peur. On a les kits de protection, on a les kits de traitements antirétroviraux prophylactiques pour le personnel, mais cela ne suffit pas. Que se passera-t-il pour leur famille si les chirurgiens sont contaminés? Il faudrait avoir un système d'assurance. S'ils sont contaminés par le VIH dans le cadre de leur exercice professionnel, après leur décès, on donne une pension à leur famille. »

Le NACO a soutenu une politique très précise concernant les accidents d'exposition au sang par les professionnels de la santé. Les conduites à tenir immédiates en cas d'accident sont dès lors bien détaillées. Cependant, aucune information n'est mentionnée au sujet d'éventuelles indemnités au personnel soignant en cas d'infection à VIH (NACO, 2004b). De plus, les traitements ARV sont censés être disponibles dans tous les hôpitaux indiens dans l'éventualité d'une contamination au VIH d'un membre du personnel dans un cadre professionnel. Mais selon l'étude menée dans un hôpital de Bombay par Chogle et al (2002) il s'avère que parmi le personnel hospitalier, peu de personnes sont au courant de cette mesure. Par ailleurs, le Central Government Health Scheme CGHS⁵⁶⁵, initié en 1954, et mis en oeuvre par le Ministère de la santé et des affaires familiales est le programme principal de sécurité sociale dont peuvent bénéficier les employés du gouvernement et leurs familles. (Parallèlement à ce système, de nombreuses compagnies d'assurance privées proposent des contrats à des personnes appartenant aux classes moyennes et aisées) (Srinivasan, 2001). Aucune clause particulière concernant la contamination professionnelle par le VIH n'est mentionnée. Face à ce manque d'informations claires, les craintes des chirurgiens liées aux risques de contamination semblent légitimes. Il faut ajouter qu'il n'était aucunement question dans le discours du GMO des autres catégories de personnel de l'hôpital. Pourtant, si les chirurgiens sont effectivement des praticiens à risque élevé d'accident d'exposition au sang contaminé par le VIH, l'ensemble du personnel de l'hôpital l'est également. Ainsi, Leila, une infirmière de l'hôpital d'une quarantaine d'année rapportait les faits

⁵⁶⁴ Soit 270 euros environ. Pour une femme non infectée par le VIH, le coût d'une césarienne dans une clinique privée est de 7000 à 10000 roupies.

⁵⁶⁵ Voir le site <http://mohfw.nic.in/cghsinfo.pdf>

suivants à propos des pratiques spécifiques aux accouchements des femmes infectées par le VIH.

« Dans ce cas, en urgence on met deux paires de gants et après on se lave bien les mains. Les instruments utilisés pour ces accouchements ne sont pas jetables. On les stérilise en les mettant dans de l'eau chaude et on ajoute de la poudre désinfectante. On fait les accouchements des femmes VIH+ dans une pièce séparée, pas dans la salle principale. Lors de l'accouchement d'une femme qui n'est pas infectée par le VIH, les déchets sont collectés dans une poubelle, comme tous ceux des accouchements de la journée. Quand la poubelle est pleine, l'*ayyab* va la vider dans le coin derrière l'hôpital. Quand c'est l'accouchement d'une femme VIH+ les déchets sont collectés dans un plastique mis dans la poubelle et quand l'accouchement est terminé, on ferme le sac et on va le jeter immédiatement. »

Selon mes observations en salle d'accouchement, aucune mesure de précaution n'était mise en place pour la gestion du matériel de ponction et des déchets. Le recapuchonnage des aiguilles était fréquent et les aiguilles utilisées ainsi que les compresses souillées étaient jetées dans une poubelle. La persistance de ces pratiques, contraires aux « précautions universelles » recommandées par l'OMS (Anonyme, 1988a) n'étaient pas mentionnées par l'équipe « permanente » comme des prises de risques répétées de contamination par le VIH. Par contre, l'absence de gants couvrant les avant-bras⁵⁶⁶ lors de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH était régulièrement désignée par le personnel permanent de la salle d'accouchement comme une insuffisance des moyens de protection mis à leur disposition par l'équipe de PTME. Une infirmière sage-femme de garde m'avait dit à ce sujet:

« Les gens du programme de PTME nous envoient des femmes infectées par le VIH et nous demandent de les accoucher. C'est d'accord, on est là pour faire les accouchements. Mais si quelque chose ne va pas pour nous suite à ces accouchements, qui va prendre soin de nous ? Maintenant, vous êtes là et vous observez directement comment on travaille ici. Quand j'examinais la femme enceinte pour savoir à quel moment elle allait accoucher, la membrane amniotique s'est rompue et j'ai reçu du liquide sur les mains jusqu'à l'avant-bras. Ceci arrive très souvent. Et s'il y a des blessures sur mon bras et que le liquide amniotique va dessus alors je serai moi aussi infectée. »

Des kits de protection sont mis à disposition dans le cas de l'accouchement d'une patiente dont l'infection à VIH est connue. Cependant, aucune autre mesure n'est disponible en routine. Ce problème est connu de l'équipe du programme VIH.

⁵⁶⁶ Dans les pays du Nord, ces gants sont mis à disposition du personnel médical de la salle d'accouchement pour la pratique des révisions utérines.

Selon sa coordinatrice, l'utilisation des kits de protection est impossible dans ce cadre puisque dans l'éventualité d'une séronégativité de la patiente, l'utilisation du kit serait difficilement justifiable auprès des bailleurs de fonds du projet. Au-delà de la mise à jour de cette contrainte budgétaire du programme, ces données montrent que l'efficacité protectrice des gants est surestimée par le personnel de la salle d'accouchement. L'absence de gants est ressentie par ces femmes comme un risque majeur de prise de risque alors que le risque de contamination par une aiguille souillée avec du sang contaminé est beaucoup plus élevé⁵⁶⁷. Ces discours des infirmières au sujet de recevoir des gants reflètent la manière dont ceux-ci peuvent être vus comme une métonymie de la reconnaissance professionnelle du personnel paramédical (Desclaux, 1998b). L'importance accordée aux gants reflète peut-être, pour les soignants, la nécessité de mettre en avant des « marques identitaires » qui comme la blouse blanche symbolise la distinction entre infirmiers et malades (Ibid : 554).

Ajoutée à la peur persistante de contamination parmi le personnel de la maternité, la peur de la discrimination, chez les patientes et leur famille, est une autre difficulté de la mise en œuvre du programme de PTME du VIH en salle d'accouchement. Ainsi, certaines femmes accouchent sans que leur statut sérologique à VIH soit connu, soit parce que le contexte d'urgence d'une situation ne permet pas la réalisation du test, soit parce que les patientes refusent de communiquer le résultat d'un test rendu positif lors de la consultation anténatale. Les femmes suivies depuis la première consultation anténatale et ayant bénéficié des séances de conseil peuvent aisément bénéficier de l'ensemble des procédures de prise en charge de la PTME du VIH. Dans le cas d'une femme amenée dans l'urgence, ces mesures sont difficilement applicables. Le respect des règles de consentement éclairé empêche la réalisation d'un test à l'insu de la patiente. Si l'état de celle-ci ne lui permet pas de donner son accord sur la pratique du test, l'autorisation du conjoint ou d'un membre de la famille présent est sollicitée. Mais selon les dires du personnel de la maternité et du programme VIH, il apparaît que les familles n'ayant pas reçu d'information préalable

⁵⁶⁷ En effet, le risque d'infection suite à une exposition des muqueuses oculaires, nasales et buccales, ou suite à un contact d'une peau écorchée ou griffée avec du sang contaminé est inférieur à 0,1%. Le risque suite à une piqûre ou une blessure avec une aiguille ou un instrument souillé est estimé à 0,3 %. (NACO, 2004b).

sur le test n'acceptent pas sa réalisation dans l'urgence. Au total, l'absence du temps de l'information, conjuguée à l'urgence de la situation obstétricale et vitale, ne permet pas la pratique du test VIH. Selon la coordinatrice du programme VIH, cette situation conduit l'équipe médicale à pratiquer les gestes nécessaires de « sauvetage » de la mère et de l'enfant, en oubliant ceux de protection vis-à-vis du VIH et de mise en place d'un protocole ARV. De plus, certains témoignages de soignants relatent des pratiques de certaines patientes qui montrent clairement la crainte de stigmatisation et ses conséquences dans l'établissement bénéficiant d'activités de prévention du VIH. Une auxiliaire infirmière sage-femme s'exprimait ainsi à ce propos:

« Elles [les patientes] nous donnent tous leurs papiers, tous leurs tests, sauf celui du VIH, elles disent qu'elles l'ont perdus. Dans ce cas, on refait le test, mais souvent elles accouchent avant que le résultat soit communiqué. Quand on a les mains pleines de sang, et qu'on a parfois reçu du liquide amniotique sur le visage, là on apprend qu'elle est séropositive. »

Dans le cadre d'un programme VIH, on pourrait s'attendre à ce que cette situation d'absence de déclaration de l'infection d'une patiente soit aisément gérée par la personne de garde en salle d'accouchement. La récurrence de ce problème semble tenir aussi bien du manque de visibilité du programme VIH dans l'hôpital que des carences en formation du personnel de la salle d'accouchement chargé, indirectement, de le faire fonctionner.

En salle d'accouchement, la présence d'accompagnatrices de la parturiente est parfois difficile. Les pratiques de protection non habituelles peuvent être à l'origine de questions de la part des membres de la famille des patientes présentes dans la salle. Une infirmière du programme s'exprimait ainsi au sujet de la difficulté du maintien de la confidentialité du test à VIH :

« Les auxiliaires infirmières sages-femmes vont dire aux accompagnatrices que la patiente est infectée par le VIH. Ces dernières vont le dire à son mari. Donc, il vaut mieux le dire tout de suite au mari. »

L'exemple qui va suivre est une seconde illustration à ce sujet. Une auxiliaire infirmière sage-femme nous racontait qu'un jour où elle s'occupait d'une femme infectée par le VIH devant subir une césarienne, les parents de la patiente l'avaient

supplée de ne pas révéler le résultat du test VIH au mari de celle-ci. Cette soignante nous avait dit:

« La fille avait quinze ans environ. Je n'ai pas discuté avec elle du VIH, et comment elle l'avait eu. Son mari était très jeune. Il n'avait pas encore de moustache. Je lui ai promis que je ne dirais rien à personne, ni à son mari. Par contre, je lui ai dit de pratiquer le « safer sex » avec son époux. "S'il est en vie" lui ai-je dit, "il s'occupera de toi et de ton bébé. Ne lui transmets pas la maladie." »

La pratique des soignants ne se limite pas aux soins médicaux. Les soins sont aussi une rencontre, qui « par leur caractère essentiellement relationnel, (...) se déploient en soulevant les questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité » (Saillant, Gagnon, 1999 : 6). Le soignant devient alors un confident, un médiateur ou comme dans le cas suivant un médiateur « par omission », doublé d'un conseiller. L'exemple que j'ai rapporté plus haut (à propos des conseils donnés par la soignante à la jeune patiente) montre comment se construit la réponse de la soignante face à une demande d'aide. Premièrement, la soignante accepte de ne pas révéler l'infection à VIH de la patiente. Ce discours peut être perçu par la famille, et peut-être par la soignante, comme un signe de compassion. Il est aussi une façon de ne pas « remuer » l'histoire étiologique de la contamination de la jeune patiente. Dans un cadre professionnel médical stricto sensu, cette attitude n'est généralement qu'un simple respect du code de déontologie et du secret médical. Elle consiste à ne pas divulguer à un tiers une information concernant un patient sans l'autorisation de celui-ci. En pratique, le maintien de la confidentialité d'un test VIH est un dilemme⁵⁶⁸. Le respect du secret médical n'est pas clairement explicité par le Indian Medical Council⁵⁶⁹, dont le dernier amendement précise, au contraire, que les registres médicaux peuvent être consultés par les patients, par les personnes qui les accompagnent s'ils ont reçu l'autorisation de ces derniers (aucune information sur les modalités de l'octroi de cette autorisation n'est mentionnée) et par une autorité légale (Divan, 2002)⁵⁷⁰.

⁵⁶⁸ Voir le rapport de Mukhopadhyay (1997) au sujet de la déontologie médicale en Inde.

⁵⁶⁹ (Professional Conduct, Etiquette and Ethics) Regulations, 2002, passed under Sections 20A and 33(m) of the Indian Medical Council Act, 1956. Voir le site du Medical Council of India: <http://www.mciindia.org/>

⁵⁷⁰ Ce document n'envisage pas la situation où la révélation d'une information à caractère médical à un membre de la famille pourrait porter un préjudice au patient.

Le déroulement des activités du programme PTME du VIH à Namakkal en salle d'accouchement se heurte à des contraintes variées qui déterminent la construction des pratiques et des rôles professionnels des personnes chargées de le mettre en oeuvre. Ces contraintes sont de l'ordre des carences d'information du personnel « permanent » de la maternité en matière de protection médicale et sociale face aux accidents d'exposition au sang ainsi que le défaut d'application des pratiques de protection. Les difficultés de mise en œuvre du conseil et le manque de visibilité du programme VIH pour le public ainsi que les déficits de formation et d'implication de cette équipe dans les activités liées au VIH sont les contraintes supplémentaires de ce programme. Selon moi, la verticalité⁵⁷¹ du programme est en partie responsable des nombreuses difficultés de mise en œuvre. Les travaux de Gruénais encouragent, certes, à une relativisation de ce facteur. Selon cet auteur, en effet : « C'est sans doute moins la verticalité des programmes que la conception initiale des programmes et la complexité de l'épidémie qui explique la faible appropriation de la lutte contre le sida par les systèmes de santé nationaux » (Gruénais, 2001 : 11). Cependant à Namakkal, la stratégie de mise en œuvre verticale du programme VIH a pour conséquence une catégorisation sociale des soignants. Celle-ci tend à rendre plus difficile l'appropriation du programme par les soignants de l'hôpital, complexifie le déroulement des activités et explique, en partie, l'incohérence des pratiques en salle d'accouchement. Les activités spécifiques de PTME du VIH - utilisation des kits d'accouchements spécifiques au « cas VIH » et application du protocole ARV - sont en effet menées en l'absence d'activités nouvelles de formation et d'organisation destinées à améliorer la qualité des soins généraux et obstétricaux⁵⁷². Cette dichotomie ne représente pas seulement une option stratégique peu pertinente. Elle est à mettre en perspective avec le contexte indien de la lutte contre le sida. L'étude de la construction des pratiques et des rôles professionnels à l'hôpital à Namakkal nous permet en effet de décrire certains enjeux sociaux de l'épidémie à VIH tels que le déni de la maladie, la persistance de la stigmatisation et d'actes de discrimination ainsi que les insuffisances d'information du public et de formation des acteurs de santé. Cette ethnographie illustre par ailleurs certains effets

⁵⁷¹ Le programme de PTME du VIH de Namakkal est dit « verticale ». Il est mené de manière autonome et séparée des autres activités de la maternité de l'hôpital.

⁵⁷² Je vais revenir plus en détails sur cette question dans le chapitre suivant.

de la construction sociale du genre dans les programmes de PTME et de l'inadéquation de certaines mesures dites « universelles » énoncées par les instances internationales de santé publique.

*

* *

Les récits des acteurs de l'hôpital de Namakkal nous enseignent que, dans le contexte du sida, les pratiques et représentations des soignants sont bousculées. Le personnel « permanent » de l'hôpital est confronté à une situation dans laquelle le projet ne lui donne pas les moyens de répondre aux objectifs fixés. Alors que l'ancienneté de ces personnes pouvait les laisser supposer d'une légitimité désormais acquise, la venue des acteurs du programme VIH, vient renverser l'ordre hiérarchique des statuts. L'origine de leur désinvestissement vis-à-vis des activités du programme et des patientes infectées par le VIH repose en partie sur cette intrusion « mal vécue ». Contrairement à l'équipe permanente de l'hôpital, le personnel « temporaire » trouve une valorisation professionnelle évidente à s'engager dans de nouvelles activités. Ces jeunes soignants forment une nouvelle catégorie de professionnels dont la valeur est déterminée autant par leur implication professionnelle et par la prise en compte du contexte social que par leurs compétences (Desclaux, 1998a). Leurs récits individuels relatent la façon dont une prise de responsabilité accrue, un gain de supériorité vis-à-vis des soignants « permanents » de l'hôpital, et une reconnaissance des patientes (souvent rapportées par ces dernières) sont « les voies de leur enchantement professionnel »⁵⁷³. Pourtant, les entretiens menés avec cette équipe ont révélé la difficulté de la moitié des personnes à informer leur entourage de la nature exacte de leurs activités professionnelles. Par exemple, une infirmière m'expliquait qu'il était hors de question pour ses parents en recherche d'un « good match » - un bon parti pour leur fille - de révéler la spécificité de sa profession aux familles des époux potentiels ou aux intermédiaires rencontrés. Pour ces derniers, la jeune personne travaillait comme infirmière. Mais il n'était jamais mentionné que son exercice se faisait dans

⁵⁷³ En référence au titre « Les voies du ré enchantement professionnel » (Bouchayer, 1994).

le cadre d'un programme VIH/sida. Un étudiant en fin de doctorat me dit que ni ses parents, ni sa famille n'étaient au courant de ses activités de recherche sur le sida à l'hôpital de Namakkal et qu'ils n'avaient pas non plus connaissance de son sujet d'étude, soit la transmission du VIH par l'allaitement. Ce silence de certains acteurs de la « PTME du VIH » vis-à-vis de leurs familles nous oblige à réfléchir sur la façon dont la réalité professionnelle « recomposée » pour l'entourage est intimement vécue par ces jeunes recrues. Au cours de mes observations en Inde, il m'est apparu à plusieurs reprises que la part du choix donné à l'individu est souvent minime. L'éventualité d'un tel choix est aussi présentée par l'entourage familial et social comme une prise de risque individuel et communautaire. De plus, en Inde, dans un contexte où les personnes atteintes par le VIH/sida sont majoritairement rejetées, le choix professionnel de s'impliquer dans la lutte contre le VIH/sida représente un écart de la norme dans un système de pression sociale à la conformité. Ainsi, ce choix, et le non-dit sur celui-ci semblent fournir aux jeunes soignants de l'hôpital de Namakkal le moyen de s'approprier l'espace d'autonomie désiré et souvent difficile à revendiquer.

UNE « EPIDEMIOLOGIE SOCIOCULTURELLE » DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

La notion de transmission mère-enfant du VIH comporte deux spécificités. D'une part, c'est le seul mode de transmission défini par le transmetteur, la mère. Les autres modes de transmission sont, en effet, définis par un acte lié à la sexualité, à la transfusion de produits sanguins ou dérivés du sang ou à la consommation de drogues injectables. La transmission mère-enfant du VIH définit également trois modes de transmission, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Ceci semble dénoter la responsabilité donnée à la mère dans la transmission du virus du VIH à son enfant. Le concept de « transmission mère-enfant du VIH » attribuerait donc à la mère un rôle surestimé (par rapport à celui des hommes) comme source de transmission (Vidal, 2000). Néanmoins, les taux de transmission verticale du VIH résultent aussi d'une combinaison de nombreux facteurs individuels, collectifs, institutionnels et contextuels, présents en amont et en aval de la grossesse et de l'accouchement, que je propose de décrire en partie grâce aux données recueillies à l'hôpital de Namakal, fils conducteurs de ce chapitre, et en utilisant les outils conceptuels proposés par l'épidémiologie socioculturelle.

FAITS CONJONCTURELS

Parler avec des femmes infectées par le VIH dans un cadre hospitalier n'était pas toujours aisé. Parmi l'ensemble des personnes présentes en consultations prénatales, un nombre restreint de femmes étaient infectées par le VIH⁵⁷⁴. Echanger avec des femmes enceintes à qui un test VIH était proposé n'était pas non plus commode. La salle d'attente des consultations prénatales n'était souvent guère propice à cette activité. Le temps d'attente du film d'information sur la prévention de la transmission verticale du VIH était toujours trop court pour instaurer une relation de confiance avec les femmes avec lesquelles j'aurais souhaité discuter. Les

⁵⁷⁴ En 2004, sur une période de 6 mois, 58 femmes ont eu un test à VIH positif lors du dépistage proposé en consultations prénatales (Vijayakumari *et al*, 2004).

femmes fréquentant le service de PTME du VIH étaient souvent pressées. Les activités requises par le protocole, le conseil, la séance vidéo, la réalisation du test à VIH, le post-test puis la consultation prénatale, occupaient déjà pour la plupart une demi-journée. Une sortie au plus vite de l'hôpital était un souhait partagé et toute perturbation extérieure, comme une demande d'entretien de ma part, pouvait apparaître, à juste titre, comme un moyen de la retarder. La salle d'accouchement permettait une observation riche mais elle était peu favorable au recueil des discours des femmes. Le temps d'hospitalisation du *post-partum* de quelques heures à deux jours aurait pu être utilisé pour rencontrer les époux et les familles des accouchées mais ce n'était pas non plus un lieu opportun pour aborder le sujet du sida. En effet, dans les salles d'hospitalisation de huit lits, les visiteurs se succédaient et les jeunes mères et les nouveau-nés étaient rarement laissés seuls. Cependant, le temps d'une hospitalisation pour des personnes vivant avec le VIH en protocole de traitement et ne nécessitant ni soins intensifs, ni repos allongé, pût constituer un lieu favorable au recueil de données.

Depuis le mois d'avril 2004, des traitements antitétroviraux sont mis à disposition dans des hôpitaux gouvernementaux du secteur tertiaire des régions de l'Inde les plus touchées par le VIH. L'hôpital de district de Namakkal est le seul de sa catégorie à fournir ces traitements⁵⁷⁵. La gravité de l'étendue de l'épidémie dans cette région, la présence de l'équipe formée sur place pour mettre en œuvre cette nouvelle activité⁵⁷⁶ ainsi que le dynamisme de l'équipe du département de médecine expérimentale de la faculté de médecine T.N. M.G.R. de Chennai sont à l'origine de cette exception. A Namakkal, la mise en œuvre des protocoles de traitements antirétroviraux nécessite une semaine d'hospitalisation obligatoire pour les patients. Selon les responsables médicaux du programme, cette semaine a pour objectif l'évaluation et la correction des éventuels effets secondaires aux traitements ainsi que l'amélioration de l'observance des patients.

⁵⁷⁵ Les critères d'inclusion dans les protocoles ART nationaux sont pour les adolescents et les adultes: VIH confirmé et une des conditions suivantes: Stade IV (stade avancé sans tenir compte du taux de CD4), Stade III avec CD4 < 350/mm³, Stade I,II,III avec CD4 < 200/ mm³.(NACO, 2004a).

⁵⁷⁶ La prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH était réalisée par l'équipe des soignants du programme de PTME du VIH. Depuis fin 2004, il est prévu qu'une nouvelle équipe gouvernementale s'occupe de cette activité. Mais en avril 2005, ces personnes n'étaient toujours pas en poste à Namakkal.

Le petit bâtiment réservé à ces personnes comprenait deux salles distinctes d'une dizaine de lits avec deux entrées séparées, l'une pour les femmes, l'autre pour les hommes. Ainsi, lors de nos séjours à Namakkal, Pragathi et moi passions une partie de nos soirées à discuter avec celles que nous avons nommées les « HAART⁵⁷⁷ Ladies ». Le soir, les femmes avaient dîné et, contrairement à leur vie ordinaire, elles ne devaient s'affranchir d'aucune obligation domestique à l'hôpital. La douceur de la nuit faisait disparaître la sensation désagréable de lenteur et de torpeur dans laquelle la chaleur accablante de la journée nous enveloppait. Ce moment semblait propice au partage de récits trop longtemps gardés. La nature de nos échanges, la convivialité de ces instants et les amitiés qui se créaient entre ces femmes étaient les témoins flagrants des bénéfices de cette hospitalisation. Ce temps obligé permettait à ces femmes de se rencontrer, d'échanger et de réaliser qu'elles n'étaient pas seules à vivre la situation d'isolement, parfois de désespoir, dans laquelle le sida les avait conduites pour la plupart. Deux d'entre elles prenaient des antirétroviraux depuis plusieurs mois. Leur médecin les avait adressées à l'hôpital de Namakkal au moment où elles n'avaient plus les moyens financiers d'acheter les médicaments. Une femme et son mari (hospitalisé dans la salle voisine) avaient eu l'information salvatrice par un ami. D'autres avaient appris la disponibilité des antirétroviraux à Namakkal grâce à l'information délivrée par des acteurs de BATHWAY, une petite ONG récemment installée dans la région. La plupart s'étaient rendues à l'hôpital accompagnées d'un membre de l'organisation HUNS (HIV Ullor Nala Sangam) dont j'avais rencontré la coordinatrice locale. Cette jeune femme était elle-même infectée par le VIH et militait activement pour le droit des personnes atteintes. HUNS travaillait en partenariat avec le Tamil Nadu Aids Control Society⁵⁷⁸ et mettait en oeuvre le projet « Indian Network for People Living with HIV/AIDS ». Les objectifs de cette initiative étaient de soutenir matériellement et psychologiquement les personnes vivant avec le sida ainsi que leurs familles et d'améliorer leur accès aux soins⁵⁷⁹. Aux dires des femmes hospitalisées à Namakkal

⁵⁷⁷ Acronyme de Highly Active Antiretroviral Therapy. Thérapie Anti Rétrovirale Hautement Active.

⁵⁷⁸ Malgré les riches entretiens que j'avais menés avec cette personne, je ne traiterai pas cette question afin de ne pas m'éloigner de mon propos.

⁵⁷⁹ Ce programme est financé par USAID et le FHI (Family Health International). Cette initiative a pour origine la déclaration des principes du GIPA (Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS) faite par les représentants de 42 pays, dont l'Inde, en 1994 à l'occasion du Sommet de Paris sur le sida (UNAIDS, 2003).

et du personnel de l'activité PTME du VIH de l'hôpital, HUNS semblait effectivement parvenir à de bons résultats. Selon Valarmathi, arrivée à l'hôpital avec l'une des représentantes de cette organisation, la méthode utilisée par les membres de HUNS pour aborder la question du sida avec les villageois était la suivante :

« Ils [les travailleurs de HUNS] sont très actifs dans les villages. Ils arrivent, ils parlent de tout et de rien, puis ils abordent le sujet des relations entre les hommes et les femmes et ils finissent par nous faire parler du sida ! »

« Parler du sida » fut la ligne directrice de nos échanges avec ces femmes. Il n'était nul besoin d'avoir en tête une trame d'entretien soigneusement préparée à l'avance, partagée et discutée avec Pragathi. La parole jaillissait spontanément pour nous livrer des récits de vies bouleversées par la maladie. Ainsi, cette ethnographie de la souffrance vise à décrire, dans une perspective synchronique⁵⁸⁰, « (...) le premier plan des préoccupations des acteurs (...) et l'arrière plan des conditions qui informent leur situation (...) » (Moore 1987 in Farmer, 1996 : 359). Les récits de ces femmes proposent par ailleurs de documenter, de leur point de vue, l'ensemble des facteurs qui ont contribué à leur infection à VIH et parfois à celle de leur enfant. Combinés aux données rapportées dans les chapitres précédents concernant les pratiques médicales et sociales autour de la grossesse et de l'accouchement ces récits permettent donc de proposer une « épidémiologie socioculturelle » de la transmission mère-enfant du VIH.

EPIDEMIOLOGIE SOCIOCULTURELLE. APPROCHES ET METHODES

Un inventaire des sous-disciplines développées dans le champ de l'anthropologie médicale permet de distinguer l'épidémiologie socioculturelle parmi l'ethnopsychiatrie, l'ethnopharmacologie, l'ethnomédecine, la socio-anthropologie, l'anthropologie médicale appliquée, l'anthropologie médicale critique et l'écologie médicale. Cette discipline est aussi une branche de l'épidémiologie qui étudie les

⁵⁸⁰ Et non dans une perspective historique comme le propose Moore 1987.

effets de l'organisation sociale sur la santé (Trostle, 2005). L'épidémiologie socioculturelle est née de la collaboration entre l'épidémiologie et l'anthropologie. Certes, sur le plan historique et méthodologique, ces deux disciplines sont très différentes. L'épidémiologie tend à utiliser des méthodes statistiques et quantitatives. L'anthropologie, par contre, se définit par sa méthode qualitative. Néanmoins, leur objectif commun est d'expliquer les déterminants de la santé d'une population à l'aide de techniques d'observation. En 1940, l'expérience menée en Afrique du Sud par Kark et connue sous l'appellation Pholela Project fut un des premiers exemples de collaboration de ces deux disciplines (Trostle, 2005 : 27). Ultérieurement, d'autres dialogues ont été engagés par des anthropologues et des épidémiologistes en faveur d'une collaboration interdisciplinaire (Par exemple : Fleck and Ianni 1958, Dunn et James 1986 ; Inhorn 1995) (*Ibid* : 4). L'épidémiologie fut largement développée au cours des années 1990 afin de répondre aux problèmes de santé publique posés par l'épidémie à VIH (Massé, 1995)⁵⁸¹. Des anthropologues ont remis en question la construction des variables communément utilisées en épidémiologie telles que les notions de « race », de « stress », de « risque », de « niveau socioéconomique » ou de « communauté ». Ils ont mis en évidence que les définitions et les variables employées dans le milieu de la santé publique à propos des notions de personne, de temps et d'espace étaient des constructions culturelles « arbitraires » (Trostle, 2005 : 43-50). Enfin, les modes de recueil de données utilisés en épidémiologie ont fait l'objet de critiques variées, alors que d'autres études ont mis en évidence comment la méthode utilisée (questionnaire ou ethnographie) pouvait avoir un impact majeur sur les réponses obtenues autour d'une problématique donnée⁵⁸². En effet, l'épidémiologie socioculturelle a conduit à intégrer les facteurs sociaux, communautaires et culturels dans l'étiologie des problèmes de santé. Par ailleurs, elle a permis de remettre en cause l'utilisation des modèles biomédicaux classiques et de contextualiser la définition et la mesure de ces facteurs (Massé, 1995). De plus, l'épidémiologie socioculturelle prend en compte le rôle des facteurs sociaux tels que le soutien social et les événements critiques dans l'étiologie des problèmes de santé. Elle tend à faire de l'épidémiologie « une science de la quotidienneté ou tout du

⁵⁸¹ Le chapitre 3 de Massé (1995) propose une analyse des travaux menés en ce domaine.

⁵⁸² Voir par exemple à ce sujet les travaux de Stone et Campbell (1984) conduits au Bangladesh au sujet de l'utilisation par les femmes des services de santé de la reproduction (Trostle, Op Cit : 88).

moins une science des circonstances sociales à l'origine de la maladie. » (Ibid : 95). Enfin, l'épidémiologie socioculturelle ne se limite pas à étudier les facteurs individuels, elle examine le contexte de la communauté et le fonctionnement des institutions dans lesquelles il évolue (Ibid : 94). Elle propose un élargissement de l'épidémiologie « par le social et par le culturel ».

L'utilisation des outils développés par l'épidémiologie socioculturelle, « qui compare la prévalence des pathologies dans des populations que distinguent leur organisation sociale et leur culture » (Desclaux, Lévy, 2003 : 5), est particulièrement pertinente pour l'étude de la transmission verticale du VIH. Les taux de Transmission Mère Enfant du VIH calculés dans des situations sociales et sanitaires variées sont révélateurs des inégalités des personnes face à l'infection au VIH et face à la prévention et à l'accès aux soins. Selon les données produites par des représentants d'institutions internationales de santé publique, dans les pays du Sud, la transmission materno-infantile du VIH est responsable de plus de 90 % des infections à VIH chez les enfants. 10% sont infectés soit lors de transfusion et d'injection soit par abus sexuel (De Cock et al, 2000). En l'absence de traitement, les taux de transmission sont estimés de 15 à 30% pendant la grossesse et l'accouchement et de 5 à 20% pendant l'allaitement (Ibid : 1176)⁵⁸³.

Actuellement, ce taux est inférieur à 2% lorsque les mesures de prévention requises sont mises en œuvre de manière optimale (traitements antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement, césarienne prophylactique et dons de substituts du lait maternel à l'enfant) (Newell, 2001; WHO, 2004g). Ainsi, il est nécessaire de décrire les facteurs à l'origine des écarts entre ces taux de transmission. Sont-ils d'ordre logistique et financier et relatifs à la complexité de l'intervention ou à son coût ? Relèvent-ils de déterminants culturels ? Sont-ils liés aux pratiques sociales des femmes et de leurs familles et des acteurs de la santé ? Ces différences observées entre les taux de transmission du VIH sont-elles la conséquence des effets plus globaux de politiques mises en œuvre à l'échelle locale et internationale ?

⁵⁸³ Aucune estimation récente et correcte n'a été fait à ce sujet. Communication personnelle de Philippe Msellati, épidémiologiste, IRD.

La transmission mère-enfant du VIH est une réalité sociale désormais reconnue comme un problème de santé publique par les institutions internationales. Cette désignation résulte de la mise en évidence de critères d'objectivation de ce problème (la fréquence, la gravité, les caractéristiques de la population concernée, le rapport coût/efficacité, etc.) et de l'attention portée par les représentants de la société civile et des communautés scientifiques, médiatiques et politiques (Fassin, 2004a). Les écarts des taux de transmission verticale du VIH entre les femmes qui bénéficient de l'ensemble des mesures de prévention et de traitement pendant et après la grossesse et l'accouchement et celles auxquelles une prise en charge minimum et à moindre coût est proposée sont des indicateurs des catégorisations sociales à l'œuvre dans la gestion de l'épidémie à VIH. De manière similaire aux catégorisations sociales effectuées par rapport à l'accès gratuit aux traitements antirétroviraux, ou aux substituts du lait maternel, « ces catégorisations ne sont pas que des faits sociaux : elles ont des incidences très concrètes sur la survie et la reproduction des individus, construisant le corps social à partir du traitement des corps biologiques. » (Desclaux, 2003b : 13). L'objectif de ce chapitre est donc de montrer comment l'épidémiologie socioculturelle, « (...) plus qu'un ensemble de méthodes d'analyse et de distribution et de l'étiologie de la maladie (...) [peut] déboucher sur une manière différente de penser les problèmes de santé et de les investiguer (Massé, 1995 : 143)⁵⁸⁴. L'épidémiologie socioculturelle de la transmission mère-enfant du VIH proposée ici s'intéresse surtout aux facteurs sociaux de la transmission verticale du VIH. Il est vrai que l'ensemble des représentations populaires de la « transmission » mère-enfant du VIH mériterait une investigation à part entière. Elle devrait traiter de la rencontre du corps et des affections morbides, de celle des mots, des catégories conceptuelles et des savoirs avec une population donnée à un moment donné de son histoire (Jaffré dans Bonnet et al, 2003 : 29). Contrainte par des limites d'ordre méthodologique, j'ai fait le « choix » de rendre compte de la pluralité et de l'intrication des facteurs sociaux individuels, collectifs et institutionnels qui déterminent les taux de transmission verticale du VIH ainsi que le devenir des mères infectées par le VIH et celui de leurs enfants. Je souhaite montrer comment

⁵⁸⁴ Ce chapitre ne présente pas de données épidémiologiques chiffrées. Je me permets cependant d'utiliser le terme d' « épidémiologie culturelle » qui me semble à même de définir l'approche utilisée pour conceptualiser les facteurs de la transmission verticale du VIH. C'est la raison de l'utilisation des guillemets.

l'épidémiologie socioculturelle peut tendre vers une anthropologie critique de la santé. Enfin, la culture ne définit pas seulement le domaine des représentations et des pratiques individuelles. « Libérées du culturalisme » comme la propose Fassin (2001), les variables culturelles, au côté des variables économiques et sociales organisent les pratiques sociales (Fainzang dans Saillant, Genest, 2005). La culture est caractérisée par un ensemble de catégorisations sociales qui ont des conséquences sur la façon dont des individus ou des groupes ont accès aux ressources. La culture représente aussi un ensemble de décisions politiques qui attribue des budgets, décide du degré d'urgence des problèmes et se mobilise autour d'une cause donnée que l'épidémiologie socioculturelle se doit de questionner.

L'épidémiologie socioculturelle de la transmission mère-enfant du VIH que je présente ici propose d'examiner cinq aspects de la transmission mère-enfant du VIH. L'approche que j'ai choisie est chronologique. Elle considère les facteurs de transmission du VIH en amont de la conception puis ceux liés à la transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et pendant l'accouchement. Nous verrons que les déterminants de l'infection à VIH des femmes indiennes sont de plusieurs ordres. Ils relèvent de l'organisation des rapports sociaux de sexe et de la construction sociale de la responsabilité des femmes quant à la diffusion de l'épidémie à VIH dans ce pays. J'aborderai ensuite les dimensions sociale et biologique du risque d'infection à VIH. En second lieu, je m'intéresserai à certains déterminants sociaux et structurels de l'accès aux traitements antirétroviraux et de l'accès aux soins de PTME. Ensuite, je proposerai une épidémiologie socioculturelle de la TME du VIH au moment de l'accouchement. Je relaterai les effets de certaines pratiques sociales des patientes et des soignants sur cette transmission. Par ailleurs, je décrirai les effets des pratiques obstétricales utilisées dans des « systèmes de naissance » variés sur l'augmentation ou la diminution des taux de transmission verticale du VIH. En dernière instance, dans le contexte indien où une majorité des accouchements ont lieu à domicile avec l'aide des matrones, j'aborderai certaines questions à propos de l'implication éventuelle des matrones dans les programmes de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH.

**EN AMONT DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH,
LA « VULNERABILITE » DES FEMMES INDIENNES AU VIH**

Les catégorisations sociales de la maladie peuvent être appréhendées sous l'angle de clivages variés. Celui opposant les pays du Nord et du Sud ne s'avère pas toujours pertinent dans le domaine de la prévention et du traitement du sida dans un contexte de globalisation de la santé en général et dans le contexte de l'Inde en particulier. Les clivages peuvent être désignés par les oppositions urbain-rurale, riche-pauvre ou plus exactement solvable-non solvable et par l'opposition femme-homme. Cependant, les déterminants contextuels du traitement social du sida sont aussi à la mesure de l'intrication des relations sociales pré-existantes à la survenue de la maladie. Par exemple, Herzlich et Pierret (dans Cohen, 2005: 55) ont proposé une analyse générale de la gestion sociale initiale de l'épidémie à VIH en montrant comment la gestion antérieure du mal, lors d'autres épidémies en Occident, avait modelé les représentations sociales du sida⁵⁸⁵. Le niveau d'analyse qui va m'intéresser ici est celui de l'individu dans son contexte social « immédiat ». Dans ce cadre je vais aborder la question de la « vulnérabilité » des femmes au VIH. Ce terme, emprunté au langage des experts internationaux de santé publique, n'est pas une notion anthropologique. En effet, notre discipline distingue par exemple la vulnérabilité sociale de la vulnérabilité biologique. De plus, la notion de vulnérabilité doit s'entendre en fonction d'un contexte, d'une situation et d'un objet donnés. Par exemple, les travaux de Desclaux & Desgrées du Loû (2006) en Afrique ont montré que les femmes sont plus vulnérables sur le plan biologique et social et plus nombreuses à être touchées par l'épidémie à VIH. Néanmoins, de façon paradoxale, elles bénéficient mieux que hommes des nouveaux programmes d'aide et de soins.

Du rôle des femmes dans la diffusion de l'épidémie à VIH

Selon les dernières estimations de l'UNAIDS (2006), en Inde, parmi les 5.7 million de personnes vivent avec le VIH/sida, 38,4% sont des femmes, soit un

⁵⁸⁵ J'ai abordé cette dimension dans le premier chapitre de cette partie.

nombre absolu de 1 600 000⁵⁸⁶ personnes. Contrairement à ce qui a été observé en Afrique (Desclaux, Desgrées du Loû, 2006), ces chiffres ne se posent pas d'emblée en faveur d'une féminisation de l'épidémie à VIH. Néanmoins, un historique des données épidémiologiques montre que, chaque année, une plus grande proportion de femmes indiennes sont infectées par le VIH. Par ailleurs, peu de femmes ont accès au test. Enfin, la persistance des inégalités des sexes en Inde laisse présager une grande vulnérabilité des femmes indiennes au VIH. En dehors d'une vulnérabilité biologique⁵⁸⁷ plus importante, la vulnérabilité sociale et économique des femmes indiennes est amplement documentée. Les disparités de sexe en terme de statut nutritionnel, de statut économique, de pouvoir décisionnel ainsi que la construction patriarcale de la sexualité semble à l'origine de cette vulnérabilité (Sharma, 2005)⁵⁸⁸. Ainsi, la hiérarchie des rapports sociaux de sexe établie en Inde dans le cadre du mariage et de la procréation fait l'objet de nombreuses études menées par des anthropologues féministes (Das, 1998; Ghadially, 1998; Karkal, 1996a; 1996b; 1998b; 1998c; Tambiah, 1973)⁵⁸⁹. Ces relations ont tendance à se transformer et à évoluer vers des formes plus égalitaires principalement en zone urbaine et dans les milieux sociaux de niveau moyen et aisé en particulier (Uberoi, 1993). Cependant, tout comportement d'une femme non conforme aux prescriptions sociales est vue comme un risque pour la moralité de la famille, de la communauté et de la société. Le mariage précoce des filles et les impératifs de procréation apparaissent comme les solutions socialement instituées en vue de contrôler la sexualité des femmes (Ramasubban, Jejeebhoy, 2000). Dans ce système, une jeune femme avant son mariage, une femme mariée ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes que son mari, ou une femme non mariée, divorcée, ou veuve⁵⁹⁰ est potentiellement perçue comme un danger pour son entourage et pour la

⁵⁸⁶ Estimation comprise entre 820 000 – 2 800 000, pour la population féminine âgée de plus de 15 ans.

⁵⁸⁷ Le risque de transmission est environ deux fois plus élevé de l'homme à la femme que de la femme à l'homme au cours d'un rapport hétérosexuel : l'appareil génital féminin présente en effet une plus grande surface de muqueuses exposée aux sécrétions sexuelles et aux microtraumatismes, et en cas d'infection par le VIH, le sperme contient une concentration plus élevée de virus que les sécrétions (CRIPS, 2000).

⁵⁸⁸ J'ai référencé d'autres auteurs dans des chapitres précédents. Le texte de Sharma (2005) me semble intéressant à citer ici parce qu'il présente une synthèse des travaux menés à ce sujet.

⁵⁸⁹ Ce champ de recherche communément appelé *women's studies* s'est développé dans les sciences humaines en partie sous l'impulsion de la renaissance et de l'impact des mouvements de libération des femmes dans les pays occidentaux puis dans les pays du Sud. La relation entre ce courant théorique et les mouvements féministes fait l'objet de dissension. Certains chercheurs admettent le lien entre ces deux variables, d'autres le défendent et d'autres n'en font pas mention (Mathieu, 1985).

⁵⁹⁰ La typologie des statuts féminins au Tamil Nadu a été décrite dans la partie I.

société (Kapadia, 1995). Par conséquent, selon les représentations sociales dominantes, le statut des femmes est souvent déterminé par deux alternatives possibles, conforme aux prescriptions ou déviant, femme mariée et mère ou prostituée (Cohen, 2005).

En Inde, le premier cas de sida fut identifié chez une femme prostituée. Ceci aurait joué un rôle central dans la construction sociale de l'épidémie à VIH pour la population indienne. Les femmes et les prostituées ont été vues comme responsables de la transmission de la maladie, au même titre que d'autres groupes à risque (Cohen, 2005)⁵⁹¹. Néanmoins, à l'hôpital de Namakkal, toutes les femmes hospitalisées dans le secteur « HAART » se présentaient comme mariées et disaient avoir été infectées par leur époux⁵⁹². Selon leur propos, dans le même temps, elles étaient souvent désignées comme étant responsables et coupables de la maladie par les personnes de leur entourage. Voici que certaines m'avaient dit à ce sujet :

« Dans le village de mon mari tout le monde sait que nous sommes malades et ils nous regardent et parlent dans notre dos, ils disent que nous avons cette maladie, parce qu' "elle l'a eu, elle a eu du sexe avec d'autres" » (Radjalaksmi⁵⁹³)

Ranni, une femme non infectée par le VIH, avec qui j'ai discuté dans la salle d'attente de la consultation prénatale quasi déserte à ce moment-là, s'exprimait ainsi au sujet de la responsabilité des femmes dans la diffusion de l'infection à VIH :

« C'est une mauvaise maladie, ça vient par les mauvaises relations. Beaucoup de femmes qui ont du sexe avec des partenaires multiples disent qu'elles veulent de l'argent, et c'est la raison pour laquelle elles y vont. Sans argent comment allons-nous vivre dans ce monde ? On ne peut pas blâmer les hommes pour cette maladie, c'est les femmes. Si tu es gentille avec ton mari, si tu t'occupes bien de lui, si tu fais ce qu'il veut, il n'ira pas voir ailleurs. Sinon, bien sûr il aura envie d'avoir *udal uravu*⁵⁹⁴ avec une autre femme. Donc ce sont les femmes qui font toujours la même erreur. »

Hamseveni, 30 ans, est hospitalisée avec son petit garçon âgé de cinq ans. Ce dernier n'est pas infecté par le VIH. Elevée par sœur, Hamseveni s'est mariée tard, après avoir constitué elle-même sa dot en travaillant comme servante. Elle est illettrée et son mari, ouvrier, l'est également. Elle parle de ce dernier comme d'un homme

⁵⁹¹ Je reviendrai sur ce point dans la conclusion de cette partie.

⁵⁹² Face à ce constat présentant apparemment une situation homogène, je précise que le programme PTME du VIH de Namakkal concerne également des couples sérodifférents dans lesquels seules les femmes sont infectées par le VIH (Vijayakumari *et al*, 2005).

⁵⁹³ Je décrirai la biographie de Radjalaksmi ultérieurement.

⁵⁹⁴ Littéralement « avoir les corps reliés » : *udal* (corps) *uravu* (relié) : avoir des relations sexuelles.

alcoolique, volage et violent. Elle rapporte ici les propos de son mari au sujet de la responsabilité des femmes dans l'infection à VIH.

« Quand je me dispute avec mon mari il a l'habitude de dire : “Pour cinq minutes de plaisir j'ai amené cette maladie dans notre maison et elle nous fait souffrir tous les deux. Tu sais que cette maladie vient des femmes; je l'ai eu d'une femme.” Il a toujours l'habitude de se plaindre des femmes ! »

Ainsi, d'un point de vue émique, les femmes sont perçues comme les responsables « directes » ou « indirectes », de l'infection à VIH. C'est respectivement le cas lorsqu'elles sont supposées avoir été infectées par le VIH lors de relations sexuelles extraconjugales, ou lorsqu'elles sont à l'origine de l'infection à VIH de leur époux pour ne pas avoir su répondre aux attentes de ce dernier en matière de sexualité.

De nombreuses études conduites en Inde sur les répercussions sociales de l'épidémie de sida ont rapporté les conséquences désastreuses de la maladie, en particulier pour les femmes⁵⁹⁵. Par exemple, les travaux de Bharat, Aggleton et al. (2002) ont mis en évidence que parmi la population de personnes ayant informé leur famille de leur infection à VIH, les hommes, contrairement aux femmes, bénéficiaient le plus souvent de soins et d'appui. Parmi les formes de discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH, ces auteurs notaient le refus de les héberger, de leur donner la part de biens qui leur revenait et la privation de l'accès au traitement et à la prise en charge. L'étude rapporte qu'une majorité de femmes était tenue pour responsable de l'infection à VIH de leur époux, en particulier lorsque ce diagnostic était posé peu après le mariage. Les autres facteurs influant sur l'offre ou non d'un soutien familial aux femmes infectées par le VIH étaient notamment la qualité des rapports familiaux dans le passé, l'âge, la situation économique et le niveau d'instruction.

⁵⁹⁵ J'en ai mentionné plusieurs au cours des chapitres précédents.

Construction sociale du risque et rapport au risque

En Inde, en raison du petit nombre des institutions proposant un dépistage, peu de personnes savent qu'elles sont infectées par le VIH⁵⁹⁶. Selon les soignants de l'hôpital de Namakkal, de nombreuses femmes qui ont eu un test VIH lors de la consultation prénatale ne reviennent pas chercher les résultats du test ou ne déclarent par leur infection à leur conjoint par peur des stigmates et de la violence. Ce constat a été documenté ailleurs. Par exemple, pour résoudre ce problème, un programme de PTME a été mis en œuvre en Zambie, en incluant une session de conseil en couple. Hors, une évaluation concluait que cette session avait un effet limité sur la réduction des faits de violence associés à la révélation de la maladie. (Semrau *et al*, 2005b). Les récits des « HAART Ladies » sont suffisamment explicites pour appréhender ces réactions et la possible opération de hiérarchisation des risques effectuée par les patientes lorsque le test VIH leur est proposé en consultations prénatales par exemple. Dans un contexte particulier de discrimination et de nonaccès au traitement, le risque social du sida peut paraître en effet supérieur à son risque biologique. Par exemple, Umamaheswari m'avait expliqué les raisons qui l'ont conduite à retarder le test après la mort de son mari décédé du sida.

« Mon mari avait cette maladie depuis 1991 et il est mort en 1998. Je n'ai pas fait ce test jusqu'en 2001. J'avais un dilemme, je ne voulais pas savoir. Si je le savais, je commencerais à m'inquiéter et je me sentirais coupable. »

L'approche anthropologique du risque est un thème de réflexion qui a donné lieu à de nombreux travaux en anthropologie médicale, par exemple à propos de l'accouchement au Maroc (Obermeyer, 2000), des représentations de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement au Burkina Faso (Taverne, 1999), ou des constructions sociales populaires du risque génétique (Parsons, Atkinson, 1992). Cette approche considère que le risque s'inscrit dans un contexte social donné et que la gestion du risque est construite en fonction de ce contexte. Un autre témoignage de Hamseveni⁵⁹⁷, dont l'époux ne lui aurait annoncé sa maladie que

⁵⁹⁶ J'ai traité cette question dans le premier chapitre de cette partie.

⁵⁹⁷ Au sujet du premier témoignage rapporté par cette femme voir ce chapitre page 322.

quelques mois auparavant alors qu'il était atteint par le VIH depuis plusieurs années, est très éclairant à ce sujet. Elle nous dit :

« Je ne veux pas vivre avec mon mari. Il est malade du sida. Je ne veux pas avoir de relation sexuelle avec lui. Parce que je veux vivre pour mon fils, jusqu'à ce qu'il soit âgé de dix ou quinze ans. Je dois faire attention à ma santé. Quand mon mari vient vers moi pour avoir des relations sexuelles je refuse mais il dit: "Quand j'ai envie d'avoir du sexe, avec qui je peux en avoir si tu ne me donnes pas ce que je veux. Tu es ma femme, c'est ton rôle de le faire avec moi, que tu en aies envie ou non. Si tu ne me donnes pas ce plaisir, pourquoi devrais-je rester avec toi ? Pourquoi devrais-je te donner de l'argent pour acheter à manger ? Tu vas dehors !" Il m'insulte et me bat. Alors souvent, quand il m'appelle pour avoir du sexe, j'y vais.»

Ce récit est explicite pour appréhender l'opération de catégorisation des risques effectuée par cette femme pour laquelle le risque biologique du VIH apparaît d'emblée inférieur à celui de recevoir des coups et d'être rejetée du foyer familial. Ce propos illustre donc la proposition de Fainzang selon laquelle « (...) la plupart du temps, il ne s'agit pas tant pour les individus de prendre un risque que de refuser d'en prendre un autre. » (Dans Saillant, Genest, 2005: 162). Ce témoignage permet d'appréhender par ailleurs la difficulté et la complexité de la mise en œuvre des recommandations faites par le corps médical à propos de la prévention de l'infection au VIH. Hamseveni sait que chaque rapport sexuel avec son mari est une source de « ré-infection » par le VIH. Cependant, elle n'est pas en mesure de mettre en application les moyens de se protéger. Sa demande d'abstinence est refusée. Par peur des représailles, elle nous a dit n'avoir jamais osé négocier l'utilisation du préservatif lors de ses rapports sexuels conjugaux forcés⁵⁹⁸. Ceci présente une illustration des effets de la construction sociale de la violence entre les sexes sur la diffusion du VIH décrits par une littérature abondante⁵⁹⁹. En ce qui concerne l'Inde, de nombreux travaux ont abordé la question de la sexualité conjugale en dehors du contexte du sida⁶⁰⁰. D'autres auteurs ont montré certains effets de la construction sociale de la sexualité sur la diffusion de l'épidémie à VIH. Il s'agit par exemple de Ramasubban (1995) à propos du modèle patriarcal, Bourdier (2001a) au sujet du déni de la maladie par gouvernement et la société civile et Sharma (2005) en ce qui concerne la construction sociale de la subordination des femmes indiennes.

⁵⁹⁸ Des travaux menés en Inde ont montré que la négociation du port du préservatif avec le partenaire était souvent difficile (Bhattacharya, 2002; Bhattacharya, 2004; Godbole, Mehendale, 2005; Rajendran *et al*, 2004).

⁵⁹⁹ Voir par exemple le travail de synthèse proposé par Preston- Whyte dans Saillant & Genest (2006).

⁶⁰⁰ J'ai cité certains de ces travaux dans des chapitres antérieurs.

En Inde, sur le plan national, la transmission sexuelle du VIH est responsable de 80% des infections et de plus en plus de femmes mariées sont infectées par le VIH lors des relations sexuelles avec leur époux. Dans ce contexte, le NACO et les institutions internationales de santé publique font la promotion de l'utilisation des préservatifs lors des rapports conjugaux. Cependant, cette recommandation est difficilement applicable à l'échelle du couple dans un contexte où les normes sociales et les obligations familiales jouent un rôle majeur dans les choix des femmes en matière de reproduction. Des travaux récents, dont ceux de Bhattacharya (2004), ont décrit les difficultés des femmes et des hommes à appliquer cette mesure de prévention en partie en raison de certaines représentations culturelles du corps et de la santé et principalement à cause de l'incompatibilité posée entre le souci de se protéger du VIH et l'impératif de concevoir un enfant⁶⁰¹. L'étude menée par Suryavanshi et al. (2006) révèle aussi que le nombre de grossesses non programmées et non souhaitées était significativement plus important pour les femmes infectées par le VIH, bien que leur niveau de connaissances en termes de contraception ait été jugé satisfaisant.

Les discours rapportés à Namakkal permettent donc de décrire certains facteurs sociaux en jeu par rapport à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH/sida en amont des problèmes posés par la transmission mère-enfant du VIH. Ils rappellent aussi que la connaissance d'une personne quant à son infection à VIH ou la perception du risque sanitaire n'engendre pas forcément le comportement souhaité par les instances internationales de santé publique en termes de prévention et de protection. Le risque sanitaire défie en effet d'autres risques sociaux, familiaux, affectifs ou économiques⁶⁰².

LES DÉTERMINANTS DE L'ACCÈS AUX SOINS

⁶⁰¹ Ce constat est aussi fait en Afrique. Voir à ce propos Desclaux et Desgrées du Lou (2006).

⁶⁰² A propos des comportements à risques des femmes dans des contextes de précarité économique, sociale ou affective voir par exemple les travaux de Preston Whyte en Afrique du Sud (dans Saillant & Genest 2006) ou le récent ouvrage dirigé par Micollier (2004) au sujet de la construction sociale de la sexualité en Asie du Sud-Est au temps du sida.

Les déterminants socio-culturels

Dans les chapitres précédents, nous nous sommes intéressés à certains des effets sociaux de la transmission du VIH, en partie liés avec les inégalités des sexes. Nous avons besoin ici de mentionner certaines situations où des femmes infectées par le VIH parviennent à renverser une situation sociale peu favorable. Ce changement peut avoir des effets non négligeables sur leur devenir en général et leur accès au traitement en particulier. Sur le plan épidémiologique, ce facteur social sera un déterminant du taux mortalité de ces femmes. Parfois, la survenue du sida peut « catalyser » un bouleversement des rapports sociaux. En matière d'accès au traitement antirétroviraux, il a été montré, par exemple en Afrique, que plus de femmes sont incluses dans des protocoles et bénéficient de traitement. Ceci s'expliquent par leur plus grande proximité avec les services de soins lors du suivi des grossesses et des accouchements, et lors des consultations où elles ont souvent la charge d'accompagner leurs enfants (Desclaux, Desgrées du Loû, 2006; Kinsman, 2005)⁶⁰³. Par ailleurs, la recherche ethnographique sur la santé des femmes dans le domaine de la reproduction permet de « vaincre l'illusion de l'absence de pouvoir des femmes » (Petchesky, 2001 : 279). Tout en documentant le contexte général de subordination économique et culturelle des femmes, ces travaux montrent que certaines peuvent être des actrices capables d'agir et de revendiquer leurs droits à choisir leur destinée.

Ainsi, Ranni, une femme hospitalisée à Namakkal avait découvert sa séropositivité lors du test réalisé en consultation prénatale plusieurs années auparavant, à une époque où peu de services d'informations et de soins du VIH/sida étaient mis en œuvre en Inde. Elle raconte les événements qui ont suivi le décès de son enfant.

« J'ai décidé de divorcer. Les membres de ma famille m'ont beaucoup aidés. Ils ont parlé avec les anciens du village. En face d'eux j'ai enlevé mon *tāli* et je l'ai rendu à mon mari.

⁶⁰³ Ces travaux ont également précisé que si l'accès aux ARV était plus aisé pour les femmes, elles avaient cependant beaucoup plus de difficultés que les hommes pour suivre l'ensemble des mesures requises par les protocoles en raison de contraintes sociales et économiques.

Ensuite j'ai dit : " je ne veux pas vivre avec lui parce qu'il a le sida. J'ai moi aussi le sida il me l'a transmis, et notre bébé est mort du sida." Ensuite nous n'avons pas eu de contact. Je ne suis pas allée à son enterrement. »

Suguna est une jeune femme de trente ans appartenant à une famille de commerçants. Ce témoignage me semble fort intéressant pour montrer certains facteurs à l'œuvre dans la construction sociale de la maladie et déterminants de l'accès aux soins.

« J'ai eu un mariage arrangé. Nos horoscopes ont été vérifiés pour voir s'ils étaient compatibles, et les parents ont accepté. On nous a dit que nous aurions une belle vie. Pour mon mariage mes parents ont dépensé beaucoup d'argent, quinze souverains d'or⁶⁰⁴ et tout le nécessaire pour la cuisine. Mon mari avait un bon salaire pour s'occuper de la famille. Il avait de très mauvaises habitudes. Il buvait, il partait plusieurs jours et avait des conduites sexuelles immorales avec des étrangères. Cela je l'ai su seulement après mon mariage. Un jour j'ai senti que quelque chose se passait dans mon corps, comme une suffocation. A force de répéter à mon mari que je voulais aller voir un médecin, il a fini par m'emmener à YRG Care⁶⁰⁵ à Chennai. Je ne connaissais pas ce centre, je ne comprenais pas pourquoi il m'emmenait là. J'ai appris que mon mari était infecté par le sida et suivi ici depuis deux ans et que mon test VIH était positif. Quand je suis rentrée chez mes beaux-parents je n'ai rien dit au sujet de l'infection à VIH de mon mari. J'ai commencé le traitement à YRG Care. J'étais maltraitée par ma belle-mère. J'avais l'habitude de me plaindre à mon mari quand il revenait du travail, mais quand il entendait les plaintes de sa mère, il m'insultait, me battait et me mettait dehors. Ma belle-mère me disait que j'avais dû aller coucher avec d'autres hommes et que c'est comme ça que j'avais eu cette maladie. Je n'arrivais plus à tolérer cette torture, je suis retournée chez mes parents. Ils ont accepté de me reprendre chez eux. Et puis j'ai eu envie de me venger contre mon mari et ma belle-famille. J'en ai parlé à personne. J'ai pris les dossiers de YRG Care, j'ai collé ma photo et celle de mon mari et j'ai écrit une petite note expliquant ma situation. J'en ai photocopié deux cents exemplaires. Lors d'une grande réunion organisée à notre temple où mon père et mon beau-père sont membres exécutifs, j'ai distribué ces rapports à chaque personne présente. Depuis, ma belle-mère ne va plus au temple. Elle a honte et elle se sent coupable de parler avec les autres, parce que dans cette notice, il est clairement écrit qu'elle a fait des erreurs. Avant ma belle-mère avait l'habitude de s'occuper de mon mari avec beaucoup d'affection puisqu'il était celui qui faisait vivre la famille. Maintenant son attitude a changé, elle le hait, c'est à cause de lui que tout ce malheur est arrivé. »

Certes, la véracité de ce discours est peut-être à pondérer. Il est possible, mais pas certain, que Suguna ait recomposé certains événements lors de sa narration. Cependant, ce récit permet de décrire les enchaînements des situations autour de l'infection à VIH et de rappeler la nécessité d'une approche interprétative de la maladie (Massé, 1995). Cette approche visant à documenter l'impact social de la maladie doit rendre compte du soutien social, de l'intégration et de la participation sociale de l'individu (Ibid : 93). Dans le cas de Suguna, son origine sociale lui a

⁶⁰⁴ Soit 60.000 roupies indiennes environ

⁶⁰⁵ YRG Care est une ONG indienne de prévention et de traitement du VIH. Voir partie IV chapitre 1.

permis d'avoir un certain niveau d'éducation. Malgré les précautions prises par la famille (le choix de l'époux en fonction de ses revenus et du calendrier astrologique) la survenue de l'événement infection à VIH vient renverser l'ordre prévu. Plus tard, l'absence de bienveillance de sa belle-famille à son égard, puis le soutien assuré de ses parents ont été des éléments déterminants de sa réaction de défense face à son agression. Ce récit invite également à s'interroger sur les modalités de révélation de l'infection à VIH par l'époux. Suguna dresse certes un portrait peu louable de ce dernier. Cependant, cet homme est aussi à l'origine de sa prise en charge médicale par les services de YRG Care. Il choisit cette institution comme le premier recours aux soins face à la plainte de Suguna.

L'accès aux médicaments ARV

Un des objectifs de la lutte contre le sida, désormais reconnu au niveau international, est la mise sous traitement antirétroviral des personnes le nécessitant⁶⁰⁶.

A Namakkal, le programme d'accès gratuit aux médicaments ARV a été lancé en 2004. La semaine d'hospitalisation des patientes débutant un traitement antirétroviral s'apparentait à un accompagnement vers une autonomie de la prise médicamenteuse. Ainsi, Ashok, le conseiller du programme PTME de l'hôpital de Namakkal, prenait du temps, parfois en dehors de ses heures de travail, pour discuter avec les hommes et les femmes hospitalisées dans le service « HAART ». Cependant, cette activité « sociale », non planifiée par les coordinateurs du programme en attente de personnel de renfort, apparaissait secondaire par rapport à l'objectif premier d'instaurer, en une semaine, une trithérapie, gratuite et efficace, aux patients hospitalisés. La liste d'attente des personnes en demande de traitement à Namakkal s'allongeait chaque jour, et le service n'avait pas les ressources humaines et matérielles pour augmenter sa capacité d'accueil dans ce service d'hospitalisation. A leur sortie de l'hôpital, les femmes recevaient un traitement pour une durée de trois semaines. Au terme de cette période, une date de rendez-vous était fixée afin

606 Dans les pays du Sud, l'efficacité de la prévention de la transmission du VIH/sida grâce à un meilleur accès aux antirétroviraux a été démontrée par des scientifiques en 2003 par exemple lors de la deuxième conférence de l'IAS (International Aids Society) sur la pathogenèse et le traitement du sida organisée par l'IAS et l'ANRS à Paris du 13 au 16 juillet.

de faire un bilan clinique et biologique des patients et de fournir à nouveau les médicaments. Cette consultation de suivi, souvent chaleureuse et sympathique, était très rapide. Son principal objectif était d'identifier les éventuels manquements aux traitements. Une fois encore, l'équipe PTME du VIH, débordée par l'ensemble des activités quotidiennes du programme sida n'avait souvent ni l'espace, ni le temps, ni parfois l'envie, de s'enquérir des conséquences sociales de la prise des traitements. Pour Pragathi et moi, qui avions la tâche, le luxe et le goût d'avoir du temps, les paroles des « HAART Ladies » nous permettaient d'appréhender intimement les bouleversements sociaux engendrés par le sida. Les deux premiers jours, le conseiller Ashok, distribuait, à quatre reprises dans la journée, les médicaments ARV aux personnes hospitalisées. Le moment de la distribution des médicaments s'accompagnait de la répétition des heures de prises des traitements et d'un court état des lieux au sujet des effets secondaires éventuellement observés par les patientes. Les deux jours suivants, les patientes recevaient les médicaments pour une durée de vingt quatre heures. Il leur était demandé d'acheter deux boîtes en plastique qui, à leur retour à domicile, leur seraient utiles pour préparer leurs médicaments journaliers à l'avance. Le jour de la sortie, une répétition générale des consignes de prise des traitements permettait à tous de s'assurer que les objectifs du séjour à l'hôpital avaient été atteints. Avant de poursuivre, il me faut consacrer quelques lignes au sujet des logiques sociales à l'œuvre dans la généralisation de l'accès aux antirétroviraux. Ceci permettra de mieux cerner d'une part les raisons pour lesquelles ces femmes étaient hospitalisées et de poser les limites d'accès aux antirétroviraux en tant que facteur institutionnel déterminant de la transmission du VIH.

Depuis 1996, la mise sur le marché de trithérapie antirétrovirale a radicalement transformé la vie des personnes atteintes par le VIH qui pouvaient avoir accès à ces médicaments. Dans les pays du Sud, la mise en place d'un accès aux ARV a soulevé de nombreuses questions. Les arguments en faveur du paiement des médicaments se sont multipliés⁶⁰⁷. De plus, des arguments économiques ont été

⁶⁰⁷ Par exemple, en Afrique de l'Ouest, ces arguments reposaient principalement sur trois raisons, la dépréciation des médicaments gratuits par les malades ayant pour conséquence des défaut d'adhérence au traitement, la distribution gratuite de médicaments comme source potentielle d'humiliation des patients en

avancés pour montrer que la généralisation de l'accès aux trithérapies antirétrovirales n'était pas une option rentable⁶⁰⁸. Par ailleurs, la crainte des défauts d'observance (ayant pour conséquence le développement de souches de virus résistantes aux médicaments) a été invoquée régulièrement comme un facteur de restriction (Desclaux, 2002b). Les défauts supposés de l'observance des médicaments dans les pays du Sud étaient présentés par les institutions des pays du Nord comme un argument majeur justifiant la « prudence » dans la distribution des ARV (Desclaux, 2003b)⁶⁰⁹. Depuis, des études conduites par des anthropologues en Afrique ont mis en avant les facteurs structurels de l'observance dans des contextes à faible ressources. Ainsi, dans l'étude menée au Sénégal, les causes de l'inobservance étaient à rechercher moins dans les comportements des patients, que dans l'organisation du système de soins et dans les prix trop élevés de ces médicaments (Desclaux *et al*, 2002). Ces travaux conduits ont montré que les facteurs individuels de l'observance chez des patients africains étaient identiques à ceux observés au Nord. L'adhésion dépendait des représentations sociales des ARV. Elle était modulée par la perception corporelle des effets désirés ou indésirables (*Ibid* : 109). Par ailleurs, les déterminants institutionnels de l'observance renvoyaient également aux identités, aux rôles et aux cultures professionnelles (Delaunay et Vidal 2002 in Desclaux 2003)⁶¹⁰. En Inde, les travaux conduits par l'ONG YRG Care ont également confirmé que les arrêts définitifs ou passagers des traitements antirétroviraux étaient liés principalement à l'incapacité financière des patients à se les procurer sur le long terme (Kumarasamy *et al*, 2003). Au total, ces études font apparaître les enjeux politiques des débats autour de l'accès gratuit aux ARVs. En effet, « l'accès aux traitements antirétroviraux est un domaine où s'illustrent certains effets majeurs de la mondialisation qui rend rapidement disponibles des biens (tels que les médicaments) et des modèles (de traitement technique et symbolique) tout en créant ou en reconduisant les inégalités

bénéficiaire, et enfin le rôle supposé de la solidarité traditionnelle africaine jouant en faveur d'une aide à l'achat des médicaments ARVs (Desclaux, 2004d).

⁶⁰⁸ Ces arguments ont permis de légitimer un refus de distribution de services non rentables sans offrir d'alternative aux personnes qui ont besoin de ces services mais n'ont pas les moyens financiers de les acheter (Farmer, Castro, 2004).

⁶⁰⁹ Un des critères d'efficacité des médicaments est en effet le respect strict des prescriptions médicales. Pour être pleinement efficaces, les antirétroviraux nécessitent un taux d'observance très élevé, supérieur à celui habituellement admis pour d'autres pathologies puisque plus de 90 % des doses de médicaments prescrites doivent être ingérées (ANRS, 2001).

⁶¹⁰ Comme je l'ai décrit dans le chapitre précédent à propos du fonctionnement de la PTME du VIH à Namakkal, les conduites des patients dépendent en effet du fonctionnement des services biomédicaux et du comportement du personnel chargé de la prise en charge des patients.

qui, localement, rendent inaccessibles les biens virtuellement disponibles.» (Desclaux, 2003b : 41).

Jusqu'à 2003, aucune mesure du gouvernement indien n'était prise en faveur d'un accès gratuit à ces médicaments. Depuis, l'Inde est entrée dans l'ère du traitement médical du sida avec une distribution d'antirétroviraux à grande échelle. Le changement de contexte dû à la présence du Fond Mondial en 2002 fut propice à une déclaration majeure du gouvernement indien à propos de l'accès aux antirétroviraux. Lors de la journée mondiale de lutte contre le sida en décembre 2003, le ministre de la santé au niveau fédéral, Sushma Swaraj, avait annoncé que des traitements antirétroviraux seraient donnés gratuitement aux patients le nécessitant dans les Etats les plus touchés par l'épidémie à compter du mois d'avril 2004 (Tamil Nadu, Andra Pradesh, Karnataka, Maharastra, Manipur et Nagarland) (Cohen in Cohen, Salomon, 2004 : 246). Depuis lors, le NACO, présent dans 32 Etats, est chargé de la distribution de traitements antirétroviraux⁶¹¹ principalement dans les hôpitaux publics de niveau tertiaire. En 2004, il a été estimé qu'en Inde 770 000 personnes avaient besoin des ARV (WHO, 2005b). L'objectif posé en Inde par l'initiative 3X5 était de fournir gratuitement des ARV à 100 000 personnes en 2005. Les principaux bénéficiaires désignés par ce programme étaient les femmes infectées par le VIH ayant participé aux programmes de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH, les enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH et les personnes atteintes de sida déclaré se présentant dans les institutions où le programme est mis en œuvre (WHO, 2005b 1)⁶¹². En juin 2005, 35000 personnes dans la tranche d'âge 15-44 ans recevaient des ARVs dans le cadre de ces programmes⁶¹³. Ils étaient 55 473 en novembre 2006 à en bénéficier, soit, selon les dernières estimations, 6 à 15% des personnes qui ont besoin de ces traitements. (WHO, 2007).

611 Principalement zidovudine et lamivudine (nucléoside reverse-transcriptase inhibitors, NRTI) et névirapine (non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor) (Anonyme, 2004a).

612 Les protocoles thérapeutiques recommandés sont les suivants: (stavudine + lamivudine + nevirapine) ou (zidovudine + lamivudine + nevirapine) ou (stavudine + lamivudine + efavirenz) ou (zidovudine + lamivudine + efavirenz) Le coût de la combinaison (stavudine + lamivudine + nevirapine) est estimé à 160 dollars US par personne et par an (WHO, 2005b).

613 (WHO, 2005b): Tableau "HIV Indicators"

Au problème des approvisionnements insuffisants en ARV dans les institutions de santé par le biais des programmes de santé publique internationaux s'ajoute l'augmentation du coût des médicaments en raison d'une mesure récente prise par l'Etat indien. Ainsi, en Inde, des médicaments génériques, dont les antirétroviraux, sont fabriqués et exportés à destination de certains pays du Sud. Cependant, la législation adoptée en 2005 par l'Inde pour se conformer aux accords dits ADPIC⁶¹⁴ de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) sur la propriété intellectuelle interdit désormais à ce pays, premier exportateur au monde de médicaments génériques (dont des antirétroviraux) de copier et de vendre des médicaments sous brevet (ANRS, 2005). Le parlement indien aurait pu utiliser une mention spéciale des ADPIC concernant certains médicaments utilisés pour le traitement de maladies prioritaires. A cet égard, l'amendement signé est restrictif. Il annule la possibilité de produire de nouveaux médicaments antirétroviraux génériques⁶¹⁵. Les conséquences de cette décision sont dramatiques pour les personnes nécessiteuses de ces traitements, en Inde et dans d'autres pays à ressources limitées⁶¹⁶.

L'accès aux programmes de PTME du VIH

En Inde de nombreuses femmes ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH⁶¹⁷. Selon Pallanie l'une de mes informatrices du village de Karik, le contexte de manque d'informations auxquelles certaines personnes sont confrontées est le suivant :

« Il n'y a pas de meeting HIV dans notre village, aucune organisation n'est venue pour ça. De toute façon personne dans notre village n'est intéressé par ces questions. Ils se sentent honteux d'en parler, parce que cela vient de gens qui ont des contacts sexuels avec des prostituées. Dans la maternité de l'hôpital Général de Pondy et dans le PHC de Karik, ils font des tests sanguins, mais ils ne nous donnent pas le résultat. Sur les cartes de ANC [[consultations prénatales], ils n'écrivent rien à ce sujet, ils écrivent seulement le nom de la femme enceinte et de son mari et l'adresse de sa maison. Si elle a eu des injections de TT [vaccination antitétanique], c'est mentionné, mais c'est tout. »

614 Cet acronyme signifie Aspects de Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce.

615 La section 92A du projet de Loi de 2004 est plus restrictive que la décision de l'OMC du 30 août 2003.

616Au Burkina Faso par exemple 80% des personnes sous ARVs utilisent des génériques indiens (Desclaux, 2005).

617 J'ai traité amplement cette question dans le chapitre 1 de cette partie.

A Namakkal, Ranni, une jeune femme raconte la façon dont elle a vécu l'annonce de son infection à VIH et les événements qui l'ont suivi.

« J'ai été mariée à l'ami du mari de ma sœur aînée et j'ai été enceinte le mois qui a suivi mon mariage. Quand je suis allée en consultation prénatale à l'hôpital de Rassipuram⁶¹⁸, j'ai eu un test à VIH. Il était positif. Mon mari aussi a eu le test, et il était aussi positif. C'était il y a cinq ans, il n'y avait pas de traitement à ce moment là. Il n'y avait pas non plus d'information, et on n'était pas inquiets pour cela. J'ai accouché d'un enfant et il est mort du sida. »

Le gouvernement indien a mis en place des programmes de PTME du VIH en 2001⁶¹⁹. Il a choisi officiellement de remplacer l'appellation « Prévention de la transmission mère-enfant du VIH » par « Prévention de la transmission parent-enfant », ceci afin de mettre en avant le rôle important des deux parents dans la transmission de l'infection au nouveau-né (Cohen in Cohen, Salomon, 2004). Néanmoins, la stratégie de prise en charge de la PTME du VIH en Inde ne semble guère avoir innové en terme d'implication des hommes dans la prévention et le traitement de la transmission verticale du VIH. Des hommes sont parfois impliqués dans les rares programmes PTME+⁶²⁰ proposés dans certains hôpitaux mais cette activité est loin d'être généralisée.

En Inde, avant 2001, aucune mesure de prévention et de traitement du VIH/sida n'était proposée aux femmes enceintes afin de limiter la transmission du virus à leur enfant pendant la grossesse et l'accouchement (Cohen, Salomon, 2004). Parmi les femmes hospitalisées à Namakkal, deux avaient des enfants vivants. Certaines avaient accouché quelques années auparavant d'enfants infectés par le VIH et décédés. D'autres exprimaient leur résignation à ne pas être mères. L'évocation des événements dramatiques de leur maternité m'invite à décrire les circonstances qui les ont éloignées des programmes de prévention. Ces dernières permettent de proposer un cadre de réflexion sur les « opportunités manquées » des programmes de PTME du VIH. Sur le plan théorique, ce choix s'inscrit dans le courant de la recherche en anthropologie sur l'accès au ARV engagée dans les années 2002-2003. L'apparition récurrente de la catégorie des patients inclus dans des protocoles et « perdus de

⁶¹⁸ Cette commune est située dans le district de Namakkal.

⁶¹⁹ Voir à ce propos la section consacrée à ce sujet dans le chapitre 1 de cette partie.

⁶²⁰ Ces programmes consistent à donner, si nécessaire des antirétroviraux aux femmes et à parfois à leur conjoint, après l'accouchement. Voir le chapitre précédent.

vue » révèle en effet la limite d'une approche anthropologique à partir des seules « cohortes de patients ». Elle impose donc un déplacement du regard vers la relation patient/programme d'accès aux ARV (Desclaux, 2003b).

Depuis 2004, l'OMS prône une utilisation des services médicaux et une étendue de leur champ d'action ainsi qu'une exploitation de toutes les possibilités de recenser les personnes susceptibles de bénéficier du dépistage du VIH, du conseil et de l'accès au traitement antirétroviral (OMS, 2004). Dans cette perspective, il est envisagé que les programmes de PTME du VIH soient une porte d'entrée vers l'accès aux antirétroviraux (Dabis et al, 2004). Cette éventualité pourrait permettre d'améliorer la prise en charge de la transmission verticale du VIH, qui pour les femmes pauvres des pays du Sud est souvent réduite à son minimum. Dans de nombreux rapports, les institutions internationales de santé publique ont défendu, pour des raisons sociales et économiques, la pertinence des protocoles à schéma court à la névirapine dans les contextes à ressources limitées⁶²¹. L'ethnographie a permis de révéler que ce présupposé n'était pas toujours valide, ni du point de vue des soignants, ni du point de vue des patientes et de leurs familles. Par exemple, pour le cas de l'Inde, une étude conduite à Namakkal montrait que les femmes suivies en protocoles PTME du VIH étaient souvent enclines à accepter des protocoles plus complexes que ceux à schéma court à la névirapine qui leur étaient proposés de première intention (Dharmarajan et al, 2005).

En Inde, à partir de 2001, certains programmes de PTME du VIH ont été mis en œuvre dans des hôpitaux gouvernementaux de niveau tertiaire. Par conséquent, les « HAART Ladies » n'ont pu bénéficier d'aucun soin durant leurs grossesses menées quatre à sept ans auparavant. Ainsi, Radjalakhmie a accouché d'un enfant infecté par le VIH en 2000. Elle nous fait part des circonstances douloureuses du décès de cet enfant.

« Quand mon fils a eu huit mois il a commencé à avoir des diarrhées très importantes. On l'a montré au médecin du quartier et il n'a pas été guéri. Ensuite on nous a dit d'aller au TB sanatorium de Tambaram. On y est allés et il a eu un bon traitement, mais ça n'a pas marché pour lui. Il est devenu très maigre et il ne pouvait plus parler, il avait trois ans,

⁶²¹ Le paragraphe suivant est consacré à ce sujet.

mais il en paraissait moins. Nous avons pensé qu'il était inutile de le faire souffrir. On l'a ramené à la maison et il est mort. »

L'année suivante, Radjalakhmie fut à nouveau enceinte. Elle choisit d'avorter afin de ne pas revivre son expérience précédente. Deux ans plus tard, mieux informée des possibilités de traitement du VIH, elle et son mari décidèrent d'avoir un enfant. Sur les conseils de son médecin traitant, elle bénéficia avec succès du protocole de prévention de la transmission verticale du VIH qu'il avait mis en place.

Les catégorisations sociales opérées par les soignants

Conjugués à l'absence d'information et d'activité de prévention, les stigmates associés à la maladie et la catégorisation sociale des patients opérés par les soignants peuvent parfois être à l'origine de manque de soins. La mère de Vasoki, une des femmes hospitalisées, nous avait rapporté les faits suivants :

« On a un docteur de famille. C'est une femme. Elle nous traite avec respect et nous parle gentiment. Quand ma fille était enceinte, elle a suivi sa grossesse et l'a aidée à accoucher. Pendant la grossesse et l'accouchement on ne savait rien au sujet du VIH et le docteur ne nous a pas demandé d'avoir le test. Quand notre gendre est mort à cause de cette maladie je suis allée parler avec elle et elle m'a dit : « Je connais votre caractère et le caractère de votre fille, mais je ne connais pas le caractère de votre gendre, je croyais que vous aviez arrangé ce mariage en faisant toutes les vérifications. C'est pourquoi je n'ai pas demandé de test VIH. »⁶²²

Ce témoignage illustre comment le médecin construit sa pratique de conseil en fonction de certains éléments biographiques de sa patiente (la connaissance personnelle des parents de la fille, la grossesse survenue dans le cadre du mariage arrangé). De manière similaire à d'autres professionnels de santé dont j'ai décrit les pratiques thérapeutiques⁶²³, il s'appuie donc sur des implicites culturels pour moduler et adapter son approche du conseil et son choix de traitement.

Egrot (2001) a fait un constat similaire lors de travaux conduits en France au sujet du désir d'enfant dans le contexte du sida. Le plus souvent, en France, en l'absence

⁶²² J'ai évoqué dans le chapitre 1 Partie IV la façon dont au Tamil Nadu la prise en charge de la prévention de VIH et des traitements du sida est tout à fait aléatoire d'un médecin à l'autre et ne repose pas sur le suivi strict d'un protocole de dépistage par exemple.

⁶²³ J'ai évoqué cet aspect dans le chapitre 1 Partie IV.

d'infection à VIH, la décision de faire ou non un enfant relève d'une décision d'ordre privé et intime. Cependant, dans le contexte du sida, l'étude de Egrot montrait que cette décision résultait d'une articulation entre le désir initial du couple et le discours médical produit autour de ce projet. Dans ce contexte, lorsque toutes les mesures de prévention sont mises en place, la probabilité de transmission verticale du VIH est de moins de 1%. Le risque pris par une femme infectée par le VIH qui désire avoir un enfant est, en première intention, acceptable socialement. L'étude de Egrot soulignait que les médecins continuaient de donner des conseils à leurs patientes en matière de procréation. Ainsi, le taux de 1% pouvait être présenté soit comme élevé, à certaines femmes en situation sociale difficile soit comme facilement gérable à d'autres. Dans ce contexte, malgré une référence commune à un taux qui quantifie précisément la probabilité de transmission, des représentations et des normes collectives sont appliquées de manière différente, à certains individus et dans certaines situations. En Inde, des discours et des pratiques similaires pourraient être probablement constaté pour certaines couples bénéficiant de soins répondant aux critères optimaux de prise en charge médicale du VIH. Cependant, dans les cas étudiés, au contraire, la possibilité de bénéficier d'une prise en charge de la PTME du VIH est aléatoire en raison de l'hétérogénéité de l'offre de soins. Dans ce contexte, comme en témoignent les deux exemples précédents, la décision de la procréation appartient uniquement au couple concerné. De plus, le déroulement de la grossesse est déterminé par le parcours thérapeutique des personnes ; elle est tributaire de la rencontre, ou non, avec des soignants proposant une prise en charge de l'infection à VIH.

En Inde, de nombreuses femmes accouchent à domicile ou dans des institutions - centres de santé primaire ou cliniques privées - où aucune prise en charge de l'infection à VIH n'est disponible le plus souvent. Certaines femmes des classes moyennes et aisées peuvent bénéficier de programme de prévention de la transmission du VIH dans le cadre de protocoles prophylactiques et/ou thérapeutiques lorsqu'ils sont mis en œuvre par des praticiens et des institutions privées. Ces femmes et celles appartenant à des milieux défavorisés peuvent bénéficier gratuitement de programme de PTME du VIH mis en place dans des

hôpitaux. Après avoir décrit certains facteurs sociaux qui entrent en jeu dans la transmission verticale du VIH pendant la grossesse et en amont de la procréation d'un enfant, les paragraphes suivants présentent une étude des circonstances spécifiques qui peuvent augmenter ou diminuer cette transmission au moment de l'accouchement.

LES PRATIQUES D'ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL

D'un point de vue médical, lors d'accouchement à l'hôpital deux facteurs majeurs vont limiter la transmission mère-enfant du VIH : la mise en application de pratiques obstétricales spécifiques et l'absence de travail d'accouchement prolongé (WHO, 1993; 2004e)⁶²⁴. A ce titre, le contexte social et institutionnel dans lesquelles s'insèrent les pratiques des patientes et des soignants en salle d'accouchement ont un impact direct sur la transmission verticale du VIH.

Des pratiques des patientes

Selon les recommandations internationales de santé publique, l'une des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH est la mise en place de protocole de traitement au moment de l'accouchement. Cependant, comme c'est le cas à Namakkal, les femmes ne peuvent pas toujours accoucher dans l'institution biomédicale où les activités de PTME du VIH sont mises en œuvre. A la maternité de l'hôpital de district de Namakkal, 16% des patientes infectées par le VIH et suivies en consultation prénatale ne reviennent pas accoucher à l'hôpital chargé de leur prise en charge médicale. Dans l'éventualité où ces femmes ont informé l'équipe de leur « choix » de ne pas accoucher à l'hôpital, le comprimé de névirapine leur est remis lors de la dernière consultation prénatale. Il leur est demandé de prendre le comprimé lors des premières heures du travail et d'informer la matrone de leur infection à VIH. Cette dernière est censée connaître et prendre les mesures

⁶²⁴ Les aspects biomédicaux de la transmission Mère-enfant du VIH dans les pays du Sud sont décrits en annexe.

appropriées pour se protéger d'une éventuelle contamination. Cependant aucune activité spécifique n'a été développée à l'égard des matrones vis-à-vis de ce problème.⁶²⁵ Selon les personnes de l'équipe du programme de PTME du VIH à Namakkal chargées d'effectuer le suivi des patientes à domicile, les femmes « perdues de vues » prenaient le comprimé de névirapine en cachette et n'avaient pas les moyens de transmettre une quelconque information à la matrone au moment de l'accouchement. En effet, l'événement de la naissance en zone rurale est « public », et de nombreuses femmes de la famille et amies de la parturiente sont présentes lors de son accouchement⁶²⁶. Selon les responsables du programme de PTME du VIH mené à Namakkal, les femmes ainsi « perdues de vues » sont souvent désireuses de protéger leur enfant de l'infection à VIH mais n'ont pas toujours les moyens de suivre les modalités des protocoles de prévention telles que définies dans les guides. Ces femmes ne peuvent se rendre aux visites anténatales régulières requises par de nombreux protocoles et préfèrent accoucher en dehors de l'institution. Selon la coordinatrice du programme à Namakkal, l'éloignement était un facteur majeur expliquant que certaines femmes incluses dans le protocole ne revenaient à l'hôpital ni pour les visites de suivi, ni au moment de leur accouchement. Lorsqu'elle avait accompagné une des infirmières de l'équipe chargée des visites à domicile elle avait fait le constat suivant :

« On ne sait pas ce que ces femmes sont devenues et on ne sait pas si elles ont pris le comprimé de névirapine. Mais on sait pourquoi elles ne reviennent pas. C'est trop loin ! Pour aller chez elles il faut d'abord prendre un bus, puis un véhicule à deux roues sur un petit chemin puis continuer à pied ! »

Ajoutée à la contrainte géographique, la raison pour laquelle les femmes ne revenaient pas à l'hôpital après leur accouchement était, selon les soignants, la peur de la suspicion que des visites trop fréquentes à l'hôpital peuvent entraîner. Enfin, malgré les précautions prises pour assurer la plus grande discrétion possible lors des visites, les personnes de l'équipe du programme relataient la difficulté de ce suivi

⁶²⁵ Je vais détailler les normes internationales en matière d'implication des matrones dans la PTME du VIH ultérieurement.

⁶²⁶ Voir partie I chapitre 2.

dans un contexte où les personnes refusaient parfois de les recevoir à leur domicile⁶²⁷.

Ainsi, quand les mères n'accouchent pas dans les maternités chargées de leur suivi, l'administration de la deuxième dose de névirapine aux enfants nés de mères infectées par le VIH pose de nombreux problèmes. Au total, les contraintes économiques et sociales poussent les femmes à accoucher à la maison ou dans des lieux autres que ceux où se déroule le programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (Vijayakumari et al, 2004). Dans ce contexte, comme me l'avait fait remarquer le Dr. Samuel, directeur du programme à Namakkal, l'éventualité d'une implication des matrones dans les programmes de PTME du VIH pourrait être envisagée⁶²⁸.

Des pratiques des soignants

Les nombreuses difficultés de mise en œuvre du programme de PTME du VIH se traduisent par les effets suivants. A Namakkal, la persistance de la peur de la contamination des soignants et de la peur de la discrimination envers les patients, le refus des chirurgiens de pratiquer une césarienne pour une femme infectée par le VIH, la confusion des soignants au sujet des pratiques à appliquer au moment de l'accouchement ou à recommander aux patients en matière d'allaitement étaient des facteurs récurrents ⁶²⁹. Selon mes observations, la rapidité des soignants pour la prise en charge d'une patiente qui arrive à l'hôpital ne dépend pas toujours du degré d'urgence médicale relative à son état mais d'une combinaison de facteurs divers. L'emploi du temps des personnes de garde en salle d'accouchement est souvent surchargé en raison du nombre important de patientes venues pour accoucher. D'autres activités, d'ordre administratif ou personnel, peuvent parfois retarder le moment de la prise en charge d'une patiente. De plus, la nature du réseau social précédemment établi par les patients au moment de l'arrivée à l'hôpital est le premier facteur décrit par les femmes lors de leur accouchement à l'hôpital. Leur admission à l'hôpital est plus rapide si leur mari connaît le gardien ou la belle-sœur

⁶²⁷ En raison de ces difficultés, je n'ai pas eu l'autorisation de l'équipe d'assister à ces visites.

⁶²⁸ Je reviendrai sur cette question dans la section suivante.

⁶²⁹ Voir le chapitre précédent à ce sujet

l'une des infirmières. Parfois, la matrone qui les accompagne va servir d'intermédiaire, en particulier si elle a rencontré les membres du personnel hospitalier lors d'une formation ou à l'occasion d'autres accouchements⁶³⁰. Lorsque ce réseau est inexistant le délai de prise en charge est souvent lié aux catégorisations sociales effectuées par les soignants qui construisent un ordre de priorité des patients en fonction de facteurs divers tels que l'apparence de la patiente et l'autorité des personnes qui l'accompagnent. Ajouté à l'ensemble de ces facteurs, « être infecté par le VIH » peut représenter pour les soignants un critère de catégorisation sociale supplémentaire pour la prise en charge des patients. Selon une infirmière surveillante de la salle d'accouchement avec qui je discutais des difficultés liées à la prise en charge des patientes infectées par le VIH, les comportements de rejet ou de négligence des soignants vis-à-vis de ces personnes n'étaient pas condamnables et pouvaient s'expliquer comme suit :

« Pourquoi les personnes infectées par le VIH changeraient-elles de comportement s'il n'a pas de conséquences fâcheuses à leurs écarts de conduites. » ⁶³¹

Selon les propos de cette même infirmière, ces difficultés étaient minimales. Les patients infectés par le VIH et les soignants chargés de leur prise en charge bénéficiaient d'une attention particulière de la part de l'institution médicale⁶³² :

« Au niveau de l'hôpital, quand on a besoin de quelque chose et qu'on le demande c'est rare quand on l'obtient, et si c'est le cas, cela prendra beaucoup de temps. Par contre dans le secteur d'hospitalisation des malades du sida dès que les soignants demandent quelque chose ils l'obtiennent. Quand les patients HIV+ ont besoin de sang ils en trouvent tout de suite pour la transfusion. Mais dans les cas non HIV c'est toujours difficile. »

La représentation de la maladie en tant que sanction et conséquence du non-respect des normes sociales est une des logiques sous-jacentes de la discrimination envers les personnes malades (Desclaux, 2003a). Dans ce cadre, selon cette infirmière, les actes de discrimination des soignants envers les patients ont du sens et se justifient en tant que « vecteur » d'un changement de comportement des personnes infectées par le VIH. En second lieu, l'infirmière décrit comment les catégorisations des

⁶³⁰ Voir les parties II et III à ce sujet.

⁶³¹ J'ai traité la question du stigmatisation et de la discrimination envers les personnes infectées par le VIH en Inde dans le chapitre 1 de cette partie.

⁶³² Ce propos n'est pas isolé. Plusieurs soignants et des femmes du village de Karik m'ont rapporté des propos similaires à ce sujet.

malades et des soignants chargés de leur traitement sont opérées en faveur du service de soins des personnes infectées par le VIH. Cette logique institutionnelle semble à l'origine de sa frustration (de son manque de reconnaissance professionnelle?). Elle entretient aussi la logique discriminatoire. En dehors des actes de négligence ou de discrimination, d'autres pratiques sociales des soignants peuvent être des déterminants de la transmission verticale du VIH. Les pratiques de soins s'organisent en effet en fonction de situations sociales diverses et ne correspondent pas toujours aux protocoles standards de PTME énoncés dans les guides publiés par les instances de santé publique.

Ainsi, lorsque des patientes arrivent à l'hôpital alors que le travail d'accouchement est bien avancé la mise en œuvre des pratiques recommandées se heurte soit aux patientes qui refusent le test, soit aux soignants qui décident de ne pas appliquer les procédures. Une femme médecin responsable d'un programme de PTME dans une maternité de Chennai m'avait expliqué les contraintes suivantes :

« Une partie des patientes arrivent en urgence, elles n'ont jamais été suivies par les consultations prénatales et elles n'ont pas eu de test. Quand c'est possible, on leur demande de faire un test HIV, mais la plupart refusent. Quand elles n'ont pas eu de *counselling*, c'est très rare que les femmes et leurs familles acceptent le dépistage. Pour elles, on fait comme si elles étaient séronégatives, les procédures pour les femmes séropositives sont trop lourdes, on ne peut pas les appliquer juste si on a un doute. »

Enfin, l'inéquation de certaines pratiques spécifiquement médicales peut conduire à augmenter le taux de transmission verticale du VIH. A ce que j'ai pu observer à la maternité de Namakkal aucune recommandation spécifique n'est faite aux soignants en ce qui concerne les pratiques à éviter lors de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH. Des pratiques obstétricales standardisées sont effectuées. Elles consistent en la pose d'une perfusion d'un sérum glucosé systématique, additionné d'ocytocine⁶³³, d'une injection de pentocine⁶³⁴ en intra-musculaire et à la rupture artificielle de la membrane amniotique si l'avancée de la dilatation cervicale est jugée

⁶³³ Rappel : L'ocytocine est une hormone sécrétée par l'hypophyse. Elle produit et renforce les contractions utérines du travail. Elle est utilisée en perfusion intraveineuse pour diriger et accélérer le travail d'accouchement.

⁶³⁴ Rappel : La pentazocine à haute dose est identifiée comme un opiacé par les toxicomanes. Ce produit est utilisé en obstétrique pour "calmer" la patiente, relâcher et dilater le col de l'utérus. En France, cette pratique a été interdite dans les années 1980 suite à l'observation de cas de détresse respiratoire du nouveau-né.

insuffisante Il ne semble pas exister de distinction du statut sérologique VIH de la patiente dans l'application de ces pratiques, alors qu'il est connu que certaines d'entre elles favorisent la transmission verticale du VIH⁶³⁵. De plus, j'ai observé de nombreuses fautes d'asepsie lors des accouchements. Alors que le matériel (ciseaux, pince Kocher, sonde urinaire) est censé être lavé et stérilisé avant chaque utilisation, il ne fait l'objet, après un accouchement, que d'un nettoyage rapide au Dettol (produit antiseptique) et d'un rinçage à l'eau chaude.

Ainsi, en salle d'accouchement, les représentations sociales de l'épidémie à VIH et l'ensemble des facteurs en jeu à un moment donné, face à un patient donné et dans une situation donnée vont moduler les pratiques des soignants⁶³⁶. Ces pratiques résultent de logiques sociales à l'œuvre à des niveaux variés de l'organisation des soins au sein de l'hôpital et à des échelles diverses relatives à la construction des rôles professionnels dans le contexte du sida. Enfin, la transmission mère-enfant du VIH est aussi conditionnée par les logiques d'ordre institutionnel. Ces logiques conduisent à deux processus. Premièrement problèmes relatifs au contexte social de l'infection à VIH, au fonctionnement de l'hôpital en général, à l'hygiène et aux soins obstétricaux sont peu pris en compte. Deuxièmement, ces logiques se font au profit d'une polarisation d'un programme sanitaire sur l'impératif de réduire le taux de transmission verticale du VIH au moyen d'une prise médicamenteuse n'est pas spécifique aux activités menées à Namakkal. Les mêmes constats ont été faits dans d'autres contextes : par exemple, au Malawi par Buhandwa et al. (2004) ; au Botswana par Creek et al. (2004), en Côte d'Ivoire par Gobatto et Lafaye (2005). Enfin, Gordon, Bombardella (2004) en Afrique du Sud, Osborne et al. (2004) en Guyane et Sanou et al. (2004) au Burkina Faso ont observé des faits similaires. Ce constat ne relève pas seulement de problèmes d'ordre sanitaire. Il s'inscrit dans une dimension d'ordre politique de la santé, perspective que j'explorerai dans la section suivante. Pour conclure ce chapitre consacré à l'épidémiologie socioculturelle de la PTME du VIH, je vais m'éloigner du cadre contextuel de l'accouchement en

⁶³⁵ Ce déficit des soins obstétricaux est d'autant plus préjudiciable que la grossesse et l'accouchement d'une femme infectée par le VIH, en particulier si l'infection est symptomatique, ont une probabilité de complication élevée (Berer, 1999).

⁶³⁶ J'ai traité cette question dans le chapitre précédent et je reviendrai sur ce sujet, selon une autre perspective dans le chapitre suivant.

institution biomédicale pour revenir à mon investigation initiale à propos de l'accouchement en milieu populaire. Dans ce « système de naissance », aucune mesure préventive n'est envisagée et ni les femmes infectées par le VIH, ni les matrones n'ont le plus souvent connaissance d'une éventuelle infection à VIH. Je vais donc poursuivre mon investigation en documentant certaines logiques sociales à l'œuvre vis-à-vis de l'éventuelle implication des matrones dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

LES MATRONES ET LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

L'implication des matrones dans la lutte contre le sida en général et la prévention de la transmission du VIH en particulier est proposée par certains représentants des institutions internationales de santé publique pour palier aux carences des services mis en place dans les pays du Sud. En Inde, cette option est choisie par certaines ONG impliquées dans des activités de prévention du VIH (Kulkarni et al, 2004; Reedzu, 2005). Elle n'est pas (encore ?) envisagée en tant que programme de prévention du VIH par les autorités gouvernementales indiennes. Cependant, il me semble pertinent de discuter de cette option dans le contexte de l'Inde. En effet, les limites des programmes de prévention du VIH mis en œuvre actuellement en Inde sont corrélées, entre autre, avec un pourcentage important de femmes accouchées à domicile avec l'aide des matrones. La dimension de recherche appliquée proposée par cette section n'est pas son unique raison d'être. Sur le plan théorique, cette option s'impose en tant qu'objet d'une anthropologie de la naissance soucieuse d'étudier les nouvelles formes de domination, de résistance ou d'indifférence à l'œuvre face à la procréation (Jenkins, Inhorn, 2003).

Risque de transmission verticale du VIH et accouchement à domicile

En Inde, les pratiques de soins des matrones sont variées. Elle dépendent principalement de leur localité géographique et de leur pouvoir économique ainsi

que des modalités de leur apprentissage, de leur statut social dans leur village, de leurs rapports sociaux avec les représentants du milieu biomédical et des relations qu'elles entretiennent avec leurs patientes et leurs familles⁶³⁷. Je vais donc décrire brièvement comment les pratiques sociales autour de l'accouchement ainsi que les pratiques spécifiquement obstétricales peuvent avoir un effet sur les taux de transmission du VIH.

Voyons, dans un premier temps, les facteurs directs de la transmission mère-enfant au moment de l'accouchement⁶³⁸. Au Tamil Nadu, certaines matrones ont recours à des pratiques qui augmentent la transmission mère-enfant du VIH. Il s'agit de la pratique du massage abdominal lorsque l'enfant tarde à venir et des épisiotomies « à la frappe » réalisées par certaines matrones au moment de l'accouchement. De plus, la section du cordon ne se fait pas immédiatement après la naissance de l'enfant mais après l'expulsion du placenta. Les matrones et les femmes expliquent en effet l'importance pour l'enfant de recevoir le sang de sa mère le plus longtemps possible après l'accouchement. D'autres pratiques des matrones ont tendance à limiter la transmission verticale du VIH. Par exemple, la plupart de celles que j'ai rencontrées n'utilisent pas de produit ocytotique pour augmenter l'intensité des contractions utérines, aucune n'ont recours à la rupture artificielle des membranes amniotiques. Enfin, elles ne font ni forceps, ni ventouse dont l'utilisation augmente la transmission verticale du VIH.

En plus de ces pratiques de soins, le contexte social de l'accouchement à domicile peut donner lieu à plusieurs facteurs indirects de la transmission verticale du VIH. L'allongement du temps de travail de l'accouchement est un facteur d'augmentation de la transmission verticale du VIH. Il est parfois dû à l'absence de reconnaissance d'une complication obstétricale par la matrone et par les personnes présentes lors de l'accouchement⁶³⁹. Il est aussi expliqué par les difficultés financières des familles pauvres qui préfèrent éviter un accouchement à l'hôpital en raison des dépenses

⁶³⁷ Voir la partie I chapitre 3 et la partie II à ce sujet

⁶³⁸ Rappel : Voir en annexe les aspects médicaux de cette transmission.

⁶³⁹ Voir le chapitre 4 partie I.

inhérentes à cette situation⁶⁴⁰. De plus, les activités mises en place dans les villages par les services de santé publics ne sont pas toujours pertinentes pour améliorer la prise en charge médicale des femmes qui accouchent à domicile⁶⁴¹. Enfin, les prescriptions sociales selon lesquelles les femmes qui accouchent ne doivent pas manifester leur douleur⁶⁴² font que les soins de l'accouchement peuvent être retardés et la durée du temps de travail anormalement allongée. Par exemple, Venilla, une femme d'une trentaine d'année qui travaille comme cuisinière à la crèche du village de Karik nous rapporte les circonstances de son deuxième accouchement :

« Les douleurs on commencé quatre jours avant l'accouchement. Elles venaient par intervalles mais je ne l'ai dit à personne. Le quatrième jour, c'était l'anniversaire du frère de mon mari. Sa femme avait apporté du mouton et elle m'a demandé de le cuisiner. Avec ces douleurs, j'ai fait tout ce travail à la maison puis j'ai préparé toutes les affaires nécessaires pour l'accouchement. Puis, quand la douleur est devenue très importante, j'ai commencé à pleurer. Ma belle-mère a appelé la matrone pour faire mon accouchement. Elle a fini par arriver à la maison. Elle a attendu longtemps en pensant que j'allais accoucher normalement. Elle m'a pressé et massé l'abdomen mais le bébé n'est pas venu dehors. Alors elle nous a dit d'aller immédiatement à la maternité de l'hôpital de Pondichéry. On y est allé en rickshaw. A l'hôpital, j'ai attendu puis j'ai accouché par césarienne. »

Ce récit permet de décrire certains facteurs en jeu dans la transmission verticale du VIH lors d'un accouchement à domicile. Il rapporte en effet la somme des événements qui retarde la prise en charge de l'accouchement soit la place sociale de la femme enceinte, les prescriptions à propos du comportement des femmes lors de l'accouchement (relatifs à la question générale des rapports sociaux de sexe), la disponibilité de la matrone, la construction des pratiques de soins de la matrone dans une situation particulière, le contexte géographique et économique qui détermine le mode de transport de la femme en couche lors de son transfert vers l'hôpital, puis la succession des événements en jeu lors de la prise en charge biomédicale de la patiente dont nous avons vu divers aspects dans la partie consacrée à l'accouchement à l'hôpital⁶⁴³.

Un contexte social

⁶⁴⁰ Voir le chapitre 1 partie III

⁶⁴¹ Voir le chapitre 2 Partie II.

⁶⁴² Voir le chapitre 2 Partie I.

⁶⁴³ Voir la partie III à ce sujet

En 2001, l'étude du NACO concernant la surveillance des comportements indiquait un niveau de connaissance accrue de l'épidémie de sida par rapport à une étude précédente conduite en 1996⁶⁴⁴. Cette étude révélait aussi que peu de gens avaient compris les moyens de prévenir la transmission de l'infection. La connaissance du sida était estimée particulièrement faible chez les femmes. L'étude montrait que 70% des hommes connaissaient la fonction protectrice des préservatifs contre 48% des femmes (NACO, 2001). Ces chiffres sont à prendre avec précautions tant le relevé de données quantitatives sur des questions sensibles comme le sida est souvent sujet à de nombreuses erreurs d'interprétation⁶⁴⁵. Au village de Karik, par exemple, peu de femmes, en dehors de mes informatrices principales, m'ont affirmé connaître l'infection à VIH. Parmi les matrones, hormis Satchadie - la seule ayant bénéficié d'une formation à l'hôpital dix ans auparavant et qui exerce en ville - aucune de celles que j'ai rencontrées n'avait entendu parler du sida. Varaddamma, une matrone avec qui j'avais discuté dans les couloirs du service de PTME du VIH de l'hôpital de Namakkal alors qu'elle accompagnait une femme de son village pour un accouchement m'avait dit :

« Je passe souvent dans ce couloir. Au début je n'avais pas compris ce que les gens faisaient ici. Mais maintenant à force de venir par ici, je commence à savoir des choses, j'ai l'impression que je connais cette maladie. Je voudrais en savoir plus pour informer les gens de mon village et leur parler des soins qu'ils donnent à l'hôpital. »

Aujourd'hui, au Tamil Nadu, les matrones sont moins sollicitées pour les accouchements. De nombreuses femmes accouchent dans des maternités publiques ou privées. Les pratiques de soins et les rôles des matrones sont transformés en partie en raison du contexte de biomédicalisation de l'accouchement. Parfois, la participation des matrones à un programme sanitaire est non planifiée. Elle se fait de manière passive, comme nous l'avons vu lors d'un chapitre précédent⁶⁴⁶. Cette implication peut être volontariste, par simple diffusion de modèles ou de pratiques de soins, comme le suggère le propos de cette matrone rencontrée à Namakkal. C'est également selon ce modèle, qu'une autre matrone s'était impliquée,

⁶⁴⁴ Il s'agit de l'étude intitulé « prevention indicator survey » conduite par le NACO.

⁶⁴⁵ En Inde le comportement d'une femme parlant librement du sida ou signifiant une connaissance de cette épidémie peut parfois être vu comme la manifestation évidente d'une pratique libérée de la sexualité (Bourdier, 2001a)

⁶⁴⁶ Avec l'exemple de la matrone Palavankodie. Partie III. Chapitre I.2.

spontanément, dans ce genre d'activité. En effet, Bala Rathnam était une matrone qui résidait dans un village du Maharashtra. Je l'ai rencontrée à Chennai, à l'occasion de la cinquième Conférence Internationale sur le sida organisée en Inde en octobre 2005. De nombreuses femmes l'accompagnaient et j'ai pu discuter en anglais avec l'une d'elle, Sharmila Brahmhatt, coordinatrice de Prithvi, une ONG indienne impliquée récemment dans la lutte contre le VIH. Cette femme m'avait expliqué que la matrone en question avait commencé seule une activité de référence des femmes enceintes de son village dans une maternité mettant en place des programmes sida. Plus tard, elle avait été recrutée par l'organisation Prithvi.

Une logique stratégique

L'implication des matrones dans la lutte contre le sida suit parfois une logique stratégique. Parfois, la transformation d'activités « classiques » de soutien à des personnes défavorisées des zones rurales en la mise en œuvre de programmes de prévention contre le sida peut être le moyen « choisi » par certaines ONG indiennes pour assurer la poursuite de leurs activités (Bourdier, 1997). En sus de proposer une réponse aux nouveaux problèmes posés dans le contexte du sida, cette option leur permet de prétendre à l'attribution des financements rendus disponibles par le gouvernement et par les institutions internationales (Ibid :450). Par exemple, l'ONG Prithvi a été établie et enregistrée en 1999 dans le cadre de la mise en œuvre de programmes d'aides communautaires aux personnes résidant dans des bidonvilles au Maharastra. Depuis, le projet intitulé « Positive HOPE⁶⁴⁷ », lancé par cette ONG, a développé plusieurs activités de lutte contre le sida. Dans ce cadre, certaines matrones, dont celle rencontrée à la conférence de Chennai, sont recrutées pour bénéficier de la formation de travailleurs volontaires chargés de donner des messages d'information et de prévention du sida.

Cependant, force est de constater qu'en Inde, ce genre d'activité est peu fréquente. Pourtant, de nombreux auteurs se sont intéressés aux matrones⁶⁴⁸. Ces praticiennes

⁶⁴⁷ Sources : <http://www.prithvi.org.in/projects/pph>

⁶⁴⁸ J'ai cité ces travaux dans la partie II Chapitre 3.

sont parfois vues comme les détentrices d'un « Monumental Heritage » par les représentants des institutions indiennes chargés d'activités en faveur de la reconnaissance et de la légitimation des médecines traditionnelles et par les défenseurs de l'accouchement « naturel ». Les savoirs ancestraux des matrones sur l'utilisation des remèdes, des chants et des prières sont documentés⁶⁴⁹. Les soins qu'elles prodiguent à domicile sont décrits comme « holistiques », et souvent mentionnés comme préférés par les femmes dans certaines régions en comparaison de ceux effectués à l'hôpital (Chawla, 2006). Selon cette perspective visant à promouvoir le rôle des praticiens « traditionnels », la lutte contre le VIH en zone rurale pourrait être présentée, par ces auteurs, comme un argument en faveur de la reconnaissance du rôle des matrones. Cependant, aucune des publications récentes consacrées à leur sujet⁶⁵⁰ ou au sujet du sida en Inde⁶⁵¹ ne fait mention de la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH par les matrones, alors que tous Etats indiens confondus, la majorité des femmes accouchent à domicile avec l'aide de ces dernières.

Pourtant, en plus d'être une stratégie parfois mise en œuvre localement pour répondre à des logiques diverses, l'implication ou non les praticiens de médecine traditionnelle dans la lutte contre le sida a fait l'objet de discussions dans les organisations internationales de santé publique. Ce débat s'inscrit parmi ceux concernant la place des médecines traditionnelles dans le champ biomédical, en particulier dans les contextes où la disponibilité des institutions sanitaires et l'accès aux soins biomédicaux sont insuffisants (WHO, 2004e)⁶⁵².

Les enjeux d'un débat de santé publique

Hors de l'Inde, des auteurs ont envisagé que les praticiens de médecine « traditionnelle », dont les matrones, participent à des activités de soins de proximité dans la lutte contre l'épidémie à VIH (Balaba et al, 2004; Bulterys et al, 2002; Homsy et al, 2004; King, Homsy, 1997; Msaky et al, 2004; Omowunmi et al, 2004; Reedzu,

⁶⁴⁹ Idem.

⁶⁵⁰ Chawla 2006

⁶⁵¹ Indian Anthropologist n° 35 (1&2)

⁶⁵² J'ai traité cet aspect dans la partie II Chapitre 3.

2005; Staugaard, 1992; Walraven, 2002; Yao, 2002). Cette stratégie vise à répondre aux limites des programmes de PTME du VIH observées dans différents contextes au Sud. Ces limites sont le nombre de femmes qui refusaient de participer aux activités de suivi avant la mise en place des protocoles ARV prophylactique (Painter et al, 2004), les carences de soins en général et de soins obstétricaux en particulier (Zucca et al, 2004) et les différents problèmes liés à la pauvreté (Skinner et al, 2004; Songok et al, 2003). Parmi les femmes dont les grossesses ont été suivies dans les maternités mettant en place un programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant, et qui nécessiteraient une prise en charge médicale de la prévention verticale du VIH, certaines sont perdues de vues avant l'accouchement (Buhendwa et al, 2004). De plus, par peur des stigmates et de la discrimination liés au VIH/sida, de nombreuses femmes ne révèlent pas leur infection à leur conjoint et/ou aux membres de leurs familles (Balaba et al, 2004; Chandra et al, 2003; Deepthivarma, Chandra, 2004; Mkhathshwa, Magagula, 2004). Cette absence de révélation est présentée également comme l'un des facteurs d'éloignement des soins. Ainsi, parce qu'ils sont supposés avoir un rôle central dans le maintien de la stabilité sociale et dans la diffusion d'information sur la sexualité, les praticiens de médecine traditionnelle sont parfois vus comme le moyen de diffuser des messages d'éducation et comme des agents possibles du changement (Staugaard, 1992; UNAIDS, 2002). Cette proposition est l'objet de nombreux débats qui s'inscrivent dans la lignée de ceux concernant le rôle des matrones dans les programmes de santé publique visant à réduire la mortalité maternelle. J'exposerai donc les arguments avancés au sujet de l'éventualité d'impliquer les matrones dans les programmes de PTME du VIH et je les confronterai aux observations faites sur mon terrain.

La base argumentaire du refus d'impliquer les matrones dans les programmes de PTME du VIH repose sur le constat d'échec des formations des matrones pour réduire les taux de mortalité maternelle. Cet échec a été documenté depuis plus de vingt ans (Harrison, 1989). Le suivi rigoureux des recommandations de l'OMS sur la PTME du VIH est encouragé. Les activités des programmes de PTME du VIH ne peuvent être mises en oeuvre en l'absence d'accès aux soins anténataux, de prise en

charge médicale de l'accouchement et de soins du post-partum (WHO, 2004e). Selon des experts internationaux de santé publique, face au dysfonctionnement des services obstétricaux dans les zones rurales, la question des femmes échappant aux programmes de PTME du VIH ne peut être résolue uniquement par une implication concrète des décideurs, des chercheurs et des soignants. Une approche intégrée des soins de santé maternelle et des activités de PTME du VIH s'avère nécessaire (Graham, Newell, 1999). Les arguments médicaux sur lesquels se construit le refus d'impliquer les matrones dans les programmes de PTME du VIH sont nombreux. L'événement de l'accouchement représente, en l'absence de prise en charge biomédicale, non seulement un risque potentiel de mort différée du nouveau-né (infecté par transmission verticale du VIH), mais aussi un risque de morts maternelle et infantile immédiates, en cas de complication obstétricale. Pour les femmes dont la maladie est à un stade avancé, le sida a la particularité d'être une cause directe et indirecte de mort maternelle puisque la grossesse peut contribuer à la progression de la maladie et de l'immunodéficience. De plus, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des avortements provoqués sont plus fréquentes chez les femmes infectées par le VIH, particulièrement en cas de symptomatologie (C. Abouzahr, 1998). Face à cette mise en garde, la nécessité d'une prise en charge biomédicale systématique des accouchements des femmes infectées par le VIH est proposée (Berer, 2003).

Si cet argument médical semble difficilement réfutable, par contre celui concernant l'échec des formations des matrones mérite d'être discuté. En effet, les chapitres précédents ont montré premièrement que les échecs des formations de matrones ne reposent pas toujours sur l'incapacité supposée des matrones à intégrer les enseignements reçus dans leurs pratiques quotidiennes, mais découlent parfois de l'ensemble des méprises faites à leur sujet. Ces échecs dépendent aussi des déficits pédagogiques des enseignements. Deuxièmement dans certaines régions, comme au Tamil Nadu, les matrones ont souvent un statut favorable dans leur village. Certaines savent adapter leurs pratiques au nouveau contexte donné⁶⁵³.

653 Voir Partie II. Chapitre 1& 3.

Voyons maintenant les arguments de santé publique favorables à l'implication des matrones dans les programmes de PTME du VIH. Des scientifiques prônent en effet l'invention de nouveaux modèles de prévention de la transmission mère-enfant du VIH avec le développement de soins décentralisés et fournis au domicile des patientes. Ils proposent que ces actions soient menées en collaboration avec les travailleurs médicaux communautaires (Homsy et al, 2004) avec parfois des objectifs précis en ce qui concerne le rôle à donner aux matrones: la dissémination de l'information sur le sida, l'identification des femmes enceintes dans le village et leur référence au centre de santé, la pratique du conseil et du test, et la supervision de la prise de la névirapine (Bulterys et al, 2002). Ces dernières propositions ont été rejetées en masse par Berer (2003) sur les arguments développés dans la section précédente. Cependant des auteurs se montrent en faveur d'une position plus nuancée à l'égard de l'implication éventuelle des matrones dans les programmes de PTME du VIH. Ils insistent sur la nécessité de penser d'autres modèles de distribution des services. Ils invitent les personnes en défaveur de cette option à revoir leur position face à la somme des erreurs faites précédemment dans les programmes divers des formations de matrones (Walraven, 2002). Les succès en matière d'implication des matrones dans les programmes de PTME du VIH sont décrits en Afrique (Balaba et al, 2004; Msaky et al, 2004). La stratégie choisie par ces programmes porte principalement sur la formation des matrones à la diffusion de messages d'information sur le VIH et à l'incitation au dépistage soit en consultations anténatales soit dans les centres de dépistage volontaire. Ces auteurs proposent aussi que les matrones suivent en post-partum immédiat, les femmes infectées par le VIH afin que leur nouveau-né puissent bénéficier de la prise de la névirapine sirop. Bulterys, Flower et al. (2002) ont envisagé que les matrones soient aussi formées aux pratiques de conseil et de dépistage du VIH et à la distribution des traitements ARV prophylactiques à schéma court pour les femmes infectées par le VIH et leurs nouveau-nés. Dans le cadre de notre étude, ces mesures apparaissent possibles à envisager en raison de la poursuite des activités des matrones dans leurs villages. Bien que celles-ci fassent peu d'accouchement, plusieurs facteurs non négligeables seraient à considérer. En effet, les matrones ont toujours des activités de soins. Leur rôle dans la pratique de certains rites en lien avec la reproduction (puberté, grossesse

et premier bain du nouveau-né) est souvent maintenu⁶⁵⁴. Elles bénéficient d'un statut social favorable. Par ailleurs, elles jouent bien souvent, de façon officielle ou non, un rôle de médiation entre les familles et les institutions de soins biomédicales⁶⁵⁵.

Une réponse indienne ?

En Inde, l'implication des matrones dans la lutte contre le sida n'est pas envisagée par les institutions sanitaires gouvernementales alors qu'une majorité des femmes accouchent toujours à domicile. L'absence de formulation de cette alternative ne semble pas non plus corrélée avec la mise à disposition d'un accès généralisé aux trithérapies antirétrovirales. Certes le NACO a publié un guide d'utilisation des ARV (2004a). Cependant la généralisation de l'accès gratuit aux ARV n'est toujours pas mentionnée comme l'une des stratégies du gouvernement fédéral dans la lutte contre le sida⁶⁵⁶. Cette activité, ainsi que celles développées en matière de PTME du VIH sont réservées à certains hôpitaux du secteur tertiaire. Au Tamil Nadu, le TANSACS, l'unité régionale du NACO, en partenariat avec l'UNICEF a lancé, en décembre 2006, des programmes d'accès aux antirétroviraux pour des enfants (Kannan, 2006). Néanmoins, l'implication des matrones dans la PTME du VIH n'est pas non plus envisagée par les autorités sanitaires de cet Etat⁶⁵⁷. Enfin, cette alternative n'est pas défendue par les représentants des organisations chargées de la promotion du rôle et des pratiques de soins des matrones. Ce constat semble illustrer deux aspects fondamentaux de la naissance dans le contexte de l'Inde contemporaine : la persistance de l'ambiguïté de la réponse gouvernementale face au sida et l'absence de pertinence des défenseurs de l'accouchement « naturel » en ce qui concerne les aspects sanitaires de la naissance en Inde rurale.

⁶⁵⁴ Voir Partie I.

⁶⁵⁵ Voir Partie II.

⁶⁵⁶ "These drugs, though most of them are available in India, are very costly and the government of India does not support the treatment by these drugs in the program, as, inspite of the reduction of the cost per patient cost of treatment of these drugs is about Rs. 11,000 - Rs 15,000 per month. However, in the training programs the physicians are apprised about the utility of these drugs as well as their side effects." http://www.nacoonline.org/prog_sche_carePLWHA.htm. Consultée le 21.06.07.

⁶⁵⁷ Il faut rappeler cependant que contrairement à d'autres Etats indiens, au Tamil Nadu, une majorité de femmes accouchent à l'hôpital.

* *

*

L'étude de la transmission mère-enfant du VIH en anthropologie médicale peut être explorée selon le cadre conceptuel proposé par Scheper-Hugues et Lock (1987) et suivre une typologie du corps en corps individuel, corps social et corps politique. Ainsi, comme nous l'avons vu au cours de ce chapitre, les facteurs de transmission mère-enfant du VIH sont à rechercher dans l'ensemble du contexte dans lequel s'inscrit le traitement social de la procréation. Il s'agit de l'organisation des rapports sociaux de sexe, de classe et de caste, de la construction sociale des pratiques des soignants et du rôle des institutions locales, nationales et internationales dans la mise en place des services de soins. L'autre approche est celle proposée par Fassin (1996) qui considère le corps individuel en tant que corps social et politique et utilise le concept d'« espace politique de la santé ». Dans ce cas, il s'agit de confronter notre objet d'étude à l'anthropologie politique du corps, de la médecine et de la santé publique dans une double perspective « constructiviste » et « réaliste » (Fassin dans Saillant, Genest, 2005: 384). En utilisant cet outil conceptuel, il s'agit premièrement d'objectiver la construction sociale de la transmission mère-enfant du VIH dans le contexte étudié. Ainsi, selon la perspective « constructiviste », qui ne fait pas l'objet de cette recherche, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH résulte de conduites individuelles, collectives et contextuelles qui ont permis dans le contexte indien de faire exister le problème de la transmission verticale du VIH et de le considérer comme une des priorités de santé publique. A l'échelle internationale, il s'agirait de décrire l'ensemble des facteurs politiques et économiques à l'origine de la mobilisation des bailleurs de fonds, des institutions de santé publique, des organismes de recherches et des compagnies pharmaceutiques pour mettre en œuvre des moyens techniques et des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'étude des logiques sociales à l'origine du programme sanitaire menée à l'hôpital de Namakkal grâce à l'instigation du Dr. Samuel permettrait de documenter le niveau national et local de cette analyse. Deuxièmement, selon la perspective « naturaliste » il convient d'analyser la production sociale de la transmission mère-enfant du VIH en tant que résultat de

mécanismes sociaux, économiques et de choix politiques. Dans cette ligne sur laquelle porte notre recherche, il s'agit de documenter les constructions sociales à l'origine des limites de la mise en œuvre de stratégies qui ont fait leur preuve dans d'autres contextes (où les taux de transmission verticale du VIH sont inférieurs à 2%), des inégalités de l'accès aux soins et globalement de la pauvreté et de l'iniquité.

Cette lecture « constructiviste » et « réaliste » de la transmission mère-enfant du VIH fait écho aux analyses développées par l'anthropologie critique de la santé. En parallèle des perspectives de proposées par Castro et Singer (2004) dans ce domaine, une anthropologie « critique » de la naissance dans le contexte du sida pourrait se donner les objectifs suivants. Il s'agit premièrement de poser la question de la transmission verticale du VIH comme un problème politique puis de proposer une vision critique des représentations et des actions de la biomédecine en ce domaine. Deuxièmement, sur un plan épistémologique, les facteurs liés au manque d'études scientifiques menées sur cette question dans le domaine de l'accouchement nécessitent d'être analysés à partir du postulat selon lequel, la connaissance scientifique est produite selon des circonstances sociales, historiques et politiques particulières. Troisièmement, l'ethnographie doit documenter la construction sociale des inégalités en terme de genre, de classes, de castes et d'appartenance géographique par rapport à plusieurs paramètres : la distribution des soins de santé maternelle et du VIH/sida, les modalités de la transmission verticale du VIH ainsi que les conditions générales d'existence dans lesquelles s'inscrit la transmission verticale du VIH. Quatrièmement il s'agit de documenter les processus de distribution et de mise en œuvre du pouvoir dans les institutions chargées de la désignation des recherches et des stratégies en terme de prévention de la TME du VIH. Cinquièmement, la séparation artificielle entre les observations faites à un niveau local auprès d'une « micropopulation » et le contexte général de la prise en charge des accouchements et du VIH/sida doivent faire l'objet d'une étude qui s'attachera à mettre en perspective les deux niveaux d'information. A ceci s'ajoute un niveau de recherche supplémentaire qui concerne le consensus présenté actuellement à propos de la vulnérabilité des femmes au VIH. Ce consensus mérite d'être interrogé. Il invite à décrire les stratégies mobilisées à l'échelle collective et

individuelle pour améliorer l'accès au traitement des femmes. Il convient par ailleurs de documenter afin de savoir dans quelle mesure l'institutionnalisation de la vulnérabilité des femmes aux VIH a une fonction politique et si elle vise à neutraliser d'autres problématiques⁶⁵⁸. Enfin, au-delà des niveaux de lecture « constructiviste » et « réaliste » de ce phénomène, l'étude anthropologique de la transmission mère-enfant du VIH a aussi à nous apprendre sur les dynamiques sociales des savoirs autour de la naissance, perspective transversale de ce travail et que nous proposons en conclusion.

⁶⁵⁸ Ces questions ont émergé lors de l'atelier « Genre et anthropologie des ARVs dans les pays du Sud » organisé par le Network of Anthropology of ARV in Ressources Poor Settings (NAARPS) à la MMSH de Aix le 28 avril 2006.

CONCLUSION ET PERSPECTIVE :

NAISSANCES ET « SAVOIR D'AUTORITÉ »

UN CHANGEMENT DE PARADIGME ?

Le « savoir d'autorité »⁶⁵⁹ en obstétrique est un concept élaboré en 1978 par Jordan, dans son ouvrage « Birth in four cultures ». Plus tard, Jordan a défini plus précisément ce concept dans plusieurs publications (Jordan 1977, 1983, 1987a, 1987b; 1988, 1989, Jordan & Irwin 1987, 1989 ; Irwin et Jordan 1987, Suchman et Jordan 1991 dans Jordan 1997 :56). Selon Jordan, dans un système de naissance biomédical, le savoir d'autorité appartient au médecin obstétricien. Dans ce cadre, la femme qui accouche occupe le dernier rang hiérarchique parmi les personnes présentes au moment de l'accouchement. Ultérieurement, Jordan a validé le concept de savoir d'autorité lors de travaux menés dans des centres de soins de santé primaire de pays en développement (1990). Selon cette auteur, dans ces contextes, la médicalisation de l'accouchement a des effets divers sur les représentations et les pratiques sociales de l'accouchement. Elle note que ce processus modifie la distribution du pouvoir décisionnel parmi les personnes présentes au moment de l'accouchement ainsi que la capacité des femmes à s'approprier les décisions mises en oeuvre lors de leur accouchement. Son argument est que l'apport des techniques biomédicales et le remplacement de gestes simples par des procédures plus élaborées instaurent un changement de pratiques corporelles. Dans le cas du Yucatan mexicain, par exemple l'usage d'une table d'accouchement remplace le hamac communément utilisé. Ce changement d'ordre matériel a pour effet de modifier la position de la femme en couches. De plus, le changement de posture (où la position allongée remplace la position assise) n'est pas toujours bénéfique pour la femme qui accouche. L'effet principal de cette variation de pratique se fait au bénéfice de l'accoucheur qui peut ainsi assister la femme en couches dans une position plus aisée. Selon Jordan, ces changements ont des effets notables sur la

⁶⁵⁹ Soit le savoir qui fait autorité, terme traduit de l'anglais « authoritative knowledge ».

répartition du pouvoir entre les personnes présentes lors de l'accouchement. Dans d'autres travaux, Jordan mentionne qu'avec l'apparition de l'électrocardiographie foetale, l'information qui fait autorité concernant la vitalité du fœtus in utero n'est plus celle liée à l'expérience et aux sensations corporelles éprouvées par la femme enceinte. Cette information est celle fournie par la personne compétente pour utiliser l'appareil et lire les données qu'il transmet. Enfin, les cas d'obligation de pratiques de césarienne proclamés en justice (dans des situations où des femmes refusent de subir une césarienne) représentent, selon Jordan, un exemple de manifestation du savoir d'autorité (Jordan, Irwin, 1987). Selon cette auteure, la constitution d'un savoir d'autorité est un processus social continu qui construit et reflète les relations de pouvoir dans une communauté de pratiques. Ainsi, le savoir d'autorité est posé comme un paradigme puisque:

« Quel que soit le domaine en question, plusieurs systèmes de savoir existent, certains d'entre eux, par consensus, ayant plus de poids que d'autres, soit parce qu'ils procurent une meilleure explication de l'état des choses dans le monde dans le contexte en question (efficacité), ou bien parce qu'ils sont associés à une source de pouvoir plus puissante (supériorité structurelle) ou les deux, comme c'est le cas en général. (Jordan 1993: 152)
⁶⁶⁰».

Dans un chapitre plus récent (dans : Davis-Floyd, Sargent, 1997), Jordan ajoute que dans des situations diverses, plusieurs formes de savoir d'autorité coexistent et que les acteurs peuvent aisément passer d'un registre à l'autre. Néanmoins, la plupart du temps, l'un des système de savoir est reconnu comme légitime et faisant autorité (Ibid : 55). De plus, la dévalorisation des autres systèmes de savoir est un mécanisme général par lequel les savoirs sont rangés selon un classement hiérarchique. Les travaux de Bourdieu et Passeron ont décrit à ce propos les processus de dévalorisation des savoirs folkloriques dans une société de classe (1977: 42 dans Ibid : 57). Dans ce cadre, ces auteurs ont documenté les modalités selon lesquelles les enseignements fournis par le système éducatif français étaient organisées. Ainsi, les savoirs de la classe dominante reconnus comme légitimes, sont enseignés (le droit, la biomédecine, la technologie) alors que les autres formes de connaissance (loi coutumière, médecine populaire, artisanat) sont discréditées. Par conséquent, le processus à considérer dans la notion de savoir d'autorité est celui mis en œuvre par

⁶⁶⁰ Traduction dans Saillant et Genest ; 2005 : 362.

un groupe social afin de légitimer un savoir de manière à le faire apparaître convaincant, parce qu'il semble être naturel, raisonnable et construit de façon consensuelle (Ibid : 58).

Au terme de cette thèse, il nous appartient de reformuler les questions posées par Jordan et de discuter la validité du concept de savoir d'autorité dans le contexte de la naissance en Inde contemporaine. En premier lieu nous verrons comment la théorie foucaldienne du biopouvoir (Foucault, 1975), qui a largement orienté les travaux de Jordan, est pertinente pour l'étude de l'accouchement à l'hôpital dans notre contexte d'étude. Secondairement, nous décrirons les effets de la construction du savoir d'autorité sur l'élaboration des normes pratiques en milieu biomédical et dans le contexte de l'épidémie à VIH. Ensuite, nous nous intéresserons à de nouvelles formes de construction et d'utilisation du savoir des matrones. Puis, nous verrons comment le concept de savoir d'autorité se révèle un outil pertinent pour une anthropologie critique de la naissance. Avant de présenter ces aspects, rappelons certaines propositions faites par les auteurs des travaux menés dans la ligne directrice proposée par Jordan.

L'ECOLE DE JORDAN

Ultérieurement aux travaux menés par Jordan, de nombreux auteurs ont décrits plusieurs aspects du concept de savoir d'autorité. Par exemple Sargent et Bascope (1996) ont mis ce concept à l'épreuve lors de travaux menés au Mexique, au Texas et à la Jamaïque. Ainsi, l'étude de l'accouchement à domicile dans le Yucatan mexicain mis en évidence que la technologie n'était pas le seul facteur de construction du savoir d'autorité. La construction sociale de l'autorité d'une matrone lors d'un accouchement dépend, par exemple, de son statut familial, de sa position dans la communauté et de son expérience. L'ouvrage dirigé par Davis Floyd et Sargent (1997) discute aussi le concept de savoir d'autorité. Premièrement, il décrit la relation entre la distribution hiérarchique du savoir autour de la naissance et la dépendance à l'utilisation de la technique durant la grossesse et l'accouchement. Deuxièmement, les auteurs documentent l'expertise relative du savoir biomédical et

des autres formes de savoir autour de la naissance dans trois systèmes de naissance (populaire et biomédical avec et sans utilisation de la technologie). Enfin, ils étudient la relation entre la manifestation du savoir d'autorité et les positions hiérarchiques occupées par les personnes, membres de la famille et personnel soignant, qui assistent la femme en couches. Ainsi, Jordan et les chercheuses qui se sont réclamées de son école ont déclinés le concept de savoir d'autorité en suivant une seule perspective. Elles se sont intéressées en particulier à la façon dont la distribution du pouvoir autour de l'accouchement est plus ou moins liée à la place hiérarchique occupée par les personnes présentes dans le système biomédical et à leur niveau respectif de maîtrise des techniques de l'obstétrique.

SAVOIR D'AUTORITÉ ET BIOPOUVOIR

L'influence des travaux de Foucault sur les travaux menés par l'école de Jordan est évidente. Le concept de « biopouvoir », élaborée par Foucault (1975) décrit les techniques spécifiques du pouvoir s'exerçant sur les corps des individus et sur l'ensemble d'une population. Ce concept est pertinent, en effet, pour analyser les pratiques de la naissance instaurées et mises en œuvre par les représentants des institutions sanitaires publiques. Certes, le travail de Foucault a été contesté. La validité scientifique de certains aspects de son travail a été remise en question (Dreyfus, Rabinow, 1984). En effet, l'uniformité des situations de relation de pouvoir décrite par Foucault dans le fonctionnement de l'armée, de l'école, ou de l'asile présente le défaut d'ignorer « la place du désordre » inhérente à toute situation. En ce sens, selon Boudon « les théories du changement social à prétention généralisante (...) lorsqu'elles ont la prétention de produire des propositions à la fois empiriques et générales (...) s'exposent au démenti de la réalité » (1984 : 219). Cependant, le concept de « biopouvoir » permet d'éclairer les processus selon lesquels le pouvoir s'exerce sur l'individu en tant qu'entité biologique potentiellement productrice d'autres individus, dans le cadre de la reproduction. C'est la raison pour laquelle ces « théories formelles en tant que telles, directement

inapplicables à la réalité, mais proposant un langage, ou décrivant des cas de figures idéalisés (...) peuvent être utiles à l'analyse de certain processus. » (*Ibid* : 219).

Selon cet angle d'approche, et comme nous l'avons constaté lors de ce travail (partie III), le corps enceint tel qu'il est traité à l'hôpital peut donc être vu comme un corps « docile ». C'est un « corps qu'on manipule, qu'on façonne, qu'on dresse, qui obéit, qui répond, qui devient habile ou dont les forces se multiplient » (Foucault 1975 : 160). Il est « soumis » par les règles de l'institution hospitalière, « utilisé » dans sa fonction de reproduction, « transformé si nécessaire » pour ne plus reproduire et « perfectionné » pour mieux accoucher. L'ethnographie de l'accouchement dans un hôpital public en Inde nous a permis de constater que, de manière similaire aux situations présentes dans d'autres contextes géographiques, toute femme enceinte, lorsqu'elle pénètre dans une maternité hospitalière, entre dans une institution avec des règles auxquelles elle doit se soumettre. Ce système lui impose de subir des examens biomédicaux dont le but est d'identifier le problème à résoudre, il l'oriente en fonction de critères de tri divers et opère une séparation des parties du corps et, d'un point de vue étique, une dissociation du corps et de l'identité sociale. Enfin, le corps de ces femmes subit des interventions (suppression du pouvoir de procréation, laparotomie, contrôle et accélération du processus de l'accouchement, épisiotomie ou césarienne). Il est soumis à « une machinerie du pouvoir, qui le fouille, le désarticule, et le recompose » (*Ibid* : 162). Ainsi, la perspective foucaldienne présente l'une des modalités de construction du savoir d'autorité. Elle permet de décrire les représentations et les pratiques propres au milieu biomédical en tant que manifestation du pouvoir institutionnel sur les corps lors de la grossesse et de l'accouchement.

Le concept de « biopouvoir » peut être appréhendé d'un autre point de vue. En effet, le biopouvoir est aussi localisé et individualisé dans la famille, les institutions et les communautés. Par exemple, en Inde, la demande de césarienne formulée par des patientes et leurs familles, dans certaines situations, témoigne du fait que les personnes ont aussi la capacité de choisir entre des discours et des pratiques du milieu biomédical, de les ré-interpréter et de les utiliser selon leur propre aspiration.

Ainsi, un savoir biomédical, s'impose en tant que savoir d'autorité par les patients parce qu'il est perçu comme le mieux à même de répondre efficacement à leurs préoccupations. Néanmoins, la perspective foucaldienne est insuffisante pour rendre compte de l'ensemble des processus sociaux autour de la rencontre des savoirs médicaux, de leurs représentants et des patients. Par ailleurs, elle ne se révèle pas forcément pertinente dans le contexte de l'Inde, où l'enjeu majeur autour de la médicalisation de l'accouchement n'est pas tant l'usage excessif de la technique, que l'indisponibilité et l'inaccessibilité des services pour une majorité de la population.

LES SAVOIRS MÉDICAUX, LES NORMES PRATIQUES ET LE VIH

Les travaux menés par Jaffré et de Sardan (2003) fournissent une autre perspective de la construction du savoir d'autorité en milieu biomédical. Ils montrent comment le savoir biomédical acquis par l'apprentissage est l'objet de transformations collectives et individuelles dans un contexte où:

« (...) aucun biopouvoir n'y gouverne les corps, imposant des normes de conduites ou orientant de véritables choix socio-économiques. (...). La santé reste idéale et la demande populaire serait donc d'être enfin prise en charge (...) plutôt que d'être « libéré » d'un excès de police sanitaire... » (Ibid : 350).

En milieu biomédical, l'autorité d'un savoir n'est pas forcément construite grâce à l'apprentissage de savoirs-faire médicaux et d'utilisation de la technique. Ce savoir est composé dans un espace qui englobe, à plusieurs niveaux, les déterminants des systèmes sanitaires, l'influence de l'histoire sur le fonctionnement des appareils de l'Etat et sur les « normes pratiques » des soignants. Dans ce cadre, les contraintes socio-économiques disjoignent le savoir théoriquement acquis de sa mise en œuvre.

Le contexte de notre étude est différent de celui étudié par Jaffré et Sardan. En effet, en Inde du Sud, les moyens mis à disposition des soignants pour la prise en charge des patients sont supérieurs et les pratiques d'abus et de négligence à l'égard des patients sans commune mesure avec les constats faits par ces auteurs en Afrique de

l'Ouest. Néanmoins, le cadre théorique qu'ils proposent permet de montrer une autre construction du savoir d'autorité en milieu biomédical, en l'absence totale de recours à la technologie. Nous avons vu (Partie III et IV) que les soignants mobilisent des stratégies diverses qui leur permettent, par exemple, d'utiliser la position sociale acquise par leur savoir professionnel à des fins personnels, ou d'opérer des processus divers de catégorisations des patients. Dans ce système, le savoir faisant autorité, dans la communauté des soignants, et vis-à-vis des patients, n'est pas toujours celui qui relève de l'usage de la technique où de la mise en œuvre pertinente de la théorie biomédicale. Ce savoir est le résultat d'une combinaison de plusieurs facteurs. Il résulte, en effet, de la nature de l'interaction sociale soignant-soigné, de la relation personnelle préexistante à cette interaction ainsi que de l'ensemble des paramètres mis en jeu dans la construction des normes pratiques professionnelles et extra-professionnelles (fonctionnement institutionnel, hiérarchie, organisation des soins, etc...).

Dans le contexte de l'épidémie à VIH, la construction du savoir d'autorité prend de nouvelles formes. Premièrement, les pratiques de discrimination des soignants à l'égard des femmes enceintes infectées par le VIH sont un autre exemple d'utilisation d'un savoir à des fins de catégorisations. Dans certaines situations, la position d'autorité des soignants peut se manifester en terme de refus de soins. En effet, dans le cadre de notre étude de l'accouchement dans une maternité mettant en place un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, nous avons constaté que les obstétriciens refusaient, parfois, de pratiquer une césarienne pour des femmes infectées par le VIH. Deuxièmement, les modifications recommandées par les institutions internationales en terme de pratiques d'accouchement vont parfois à l'encontre des pratiques apprises antérieurement par les soignants et les patients. Par exemple, le personnel de la salle d'accouchement a coutume d'utiliser des produits ocytotiques pendant la durée du travail alors que ces médicaments sont à proscrire lors de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH. Cette situation met en évidence une confrontation de deux formes de savoirs biomédicaux dont la mise en application, au travers des pratiques choisies par le soignant, dépend de facteurs individuels et contextuels divers. Troisièmement,

les exemples de réinterprétations locales des normes internationales, en matière d'organisation des pratiques de conseil réalisées en consultations prénatales présentent une autre forme de rencontre de savoirs. Ici, dans un premier temps, le savoir posé comme faisant autorité est celui de l'équipe soignante, qui organise les pratiques de conseil en conformité avec leurs représentations de cette nouvelle forme de soin. Le conseil est public, le savoir des soignants fait autorité sur la norme. Dans un deuxième temps, les changements de pratiques, imposées par les représentants des bailleurs de fonds du programme, peuvent se lire comme un renversement de l'autorité du savoir de l'équipe soignante, au profit du savoir des experts internationaux. Enfin, les questions posées au sujet de l'accès aux antirétroviraux et à propos de la simplification, parfois extrême, des protocoles de réduction de la prévention de la transmission mère-enfant offrent un axe de recherche passionnant au sujet de la construction du savoir d'autorité. Dans ce contexte, on observe que le savoir acquis par la biomédecine et la pharmacie ne fait pas toujours autorité. Il n'est pas toujours mis en œuvre pour le traitement des patients. La mise en application dépend, comme nous l'avons vu, de facteurs sociaux et économiques variés et de choix politiques divers. Les restrictions faites à l'autorité de ce savoir sont aussi à mettre en correspondances avec l'ensemble des facteurs liés à la persistance des taux de mortalité maternelle élevés alors que les moyens de résoudre ce problème sont connus depuis longtemps (Partie II).

DE L'AUTORITÉ DES SAVOIRS POPULAIRES : LE CAS DES MATRONES

L'étude des savoirs des matrones permet d'analyser la construction du savoir d'autorité selon d'autres perspectives. Nous avons abordé les questions diverses liées à la transmission du savoir des matrones, aux transformations contemporaines de leurs pratiques en raison de la biomédicalisation de l'accouchement et des formations dont elles ont bénéficié ou non (Partie II). Ainsi, la construction du savoir d'autorité peut être analysée en décrivant les effets des pratiques et des représentations du système biomédical sur les activités et la position sociale des matrones. Les aspects contemporains de la naissance à domicile

soulèvent de nouvelles questions. Par exemple, l'ouvrage dirigé par Davis-Floyd *et al.* (2001) présente des portraits divers de « praticiennes postmodernes de l'accouchement »⁶⁶¹, terme qui entend décrire des praticiennes différentes de celles mentionnées par les études conduites à leur sujet jusqu'à présent. Cet ouvrage présente notamment des travaux menés au sujet des matrones vivant en situation marginale dans diverses régions du monde. Il dresse aussi des portraits de sages-femmes du milieu biomédical et de matrones, éduquées, organisées et engagées, qui manipulent habilement les pratiques et les symboles empruntés aux deux systèmes traditionnel et biomédical de la naissance. Ces praticiennes optent pour une légitimation qui ne dépend plus de leur rang dans la hiérarchie du système biomédical. Cette légitimation est construite en fonction de leurs capacités à produire et à diffuser des nouvelles formes de soins dont la théorie et la pratique sont empruntées aux savoirs de la biomédecine et à ceux appartenant aux traditions populaires en matière d'accouchement.

En Inde, ce type de matrones n'existe pas. Des personnes isolées tentent de faire valoir les bénéfices de l'accouchement « naturel » auprès de femmes appartenant aux classes moyennes et aisées, mais ce courant reste minoritaire (Chawla, 1994, 2006; Gulati, 1999; Mira et Bajpai, 1996; Nagral, 1997). A la lecture de certaines des publications consacrées à ce sujet, trois objectifs majeurs de ce mouvement semblent se dégager. Premièrement, les pratiques traditionnelles des matrones sont documentées à partir d'entretiens et d'observations menées en zone rurale. Deuxièmement, la publication et la diffusion de ces données visent à sensibiliser les femmes des classes moyennes et aisées au sujet du bénéfice des pratiques des matrones. Troisièmement, à l'instar des mouvements féministes en faveur de la démedicalisation de l'accouchement menés en Europe et aux Etats-Unis, ce mouvement encourage la population visée à proscrire le technobirth et à accoucher dans des centres et/ou avec des praticiens de l'accouchement « naturel ». Cependant, à ma connaissance, aucune activité de promotion d'une institutionnalisation de

⁶⁶¹ Le terme anglais employé par les auteurs est « post-modern midwife ». J'ai choisi de traduire le terme midwife par praticienne de l'accouchement et non par sage-femme en raison de la confusion que produit l'application de ce terme à toutes les catégories d'accoucheuse, traditionnelle, populaire, et médicale. Par exemple il ne permet pas de distinguer une sage-femme formée au cours d'un cursus d'études supérieures d'une matrone ayant bénéficié d'une formation dans un cadre biomédical.

l'accouchement « naturel » où un rôle central serait donné aux matrones n'est décrite par ces personnes et ces organisations. Les matrones, en raison de leurs positions sociales défavorisées, de leur isolement dans des villages et de leur absence de connections avec des réseaux locaux ou internationaux n'ont guère pu utiliser leurs savoirs à leur profit. Elles n'ont pas non plus bénéficié de l'engouement de certaines femmes appartenant à des classes plus favorisées pour accoucher « naturellement ».

Les matrones indiennes sont l'objet d'un certain intérêt par des personnes, en Inde et en Occident, dont les intentions à visée idéologique et/ou marchande vantent, et/ou vendent, les bénéfices de l'accouchement à domicile par ces praticiennes. Les travaux scientifiques et à grand public et le développement d'outil et d'activités pédagogiques à ce sujet sont nombreux. Depuis une trentaine d'années, certains acteurs indiens et occidentaux tentent de collecter et de diffuser des savoirs « traditionnels » de la naissance en Inde. La publication d'ouvrages, de livres de photographies et la vente de cassettes vidéo témoignent de l'engouement croissant du public pour ces savoirs et ces pratiques. Des stages de formation divers se mettent en place afin de proposer un apprentissage des massages ancestraux des bébés pratiqués en Inde⁶⁶². Des pratiques de prélèvement de placenta pour une utilisation en homéopathie ou iso-thérapie⁶⁶³ ont été décrites lors d'accouchement à domicile pratiqué en France (Paumier, 2001)⁶⁶⁴. Selon ses utilisateurs, cette pratique « ancestrale » aurait une origine indienne. Néanmoins, je n'ai retrouvé aucun écrit justifiant cette origine. Il semble que la pratique de l'iso-thérapie présente non pas un exemple du déplacement de l'usage des savoirs des matrones hors du champ des activités de ces dernières mais une illustration d'une construction contemporaine d'une pseudo-légitimité traditionnelle. Ainsi, l'ensemble de ces observations est en faveur d'une redéfinition d'un savoir d'autorité qui ne serait ni en rapport avec ni construit par le pouvoir médical, ni rendu légitime pour le bénéfice des matrones. Ce savoir est détenu, utilisé et transformé par certains acteurs qui ont su anticiper et mettre à leur profit certains changements sociaux autour des pratiques de la

⁶⁶² Voir par exemple sur le site web : www.tapovan.com et www.messagebebe.com.

⁶⁶³ Traitement par des médicaments homéopathiques obtenus à partir d'un prélèvement biologique fourni par le patient, comme par exemple le placenta.

⁶⁶⁴ Cette pratique consiste après l'accouchement, à partir d'un prélèvement placentaire, à la fabrication de pilules homéopathiques destinées au traitement des rhumes, des toux et des fièvres du nouveau-né.

naissance. Il résulte de la combinaison d'opportunités individuelles, de contextes favorables et de représentations collectives autour de la naissance « naturelle » véhiculées par les sociétés contemporaines.

LES POLITIQUES DE LA NAISSANCE

L'étude du concept de savoir d'autorité en anthropologie de la naissance ne peut être réduite à la description et à l'analyse des événements liés à l'accouchement. Cette investigation nécessite la prise en compte de l'ensemble des pratiques médicales et sociales, de l'intégralité des acteurs concernés, directement ou indirectement, lors de la période de la conception, de la grossesse, lors de la naissance et du *post-partum*. L'étude des processus de construction et de légitimation d'un savoir d'autorité peut être menée selon une perspective qui engloberait les savoirs des acteurs en présence à plusieurs niveaux, populaire, médical, institutionnel, structurel et politique.

Par exemple, dans le cadre de l'Inde, la transformation opérée entre l'utilisation, limitée, des pratiques d'infanticide et le recours aux pratiques de foeticide, qui tend à se généraliser et à se banaliser, montre comment le savoir technique (échographie, amniocentèse), acquis dans le domaine de la reproduction, fait autorité sur les représentations et les pratiques de suppression des nouveau-nés et des fœtus de sexe féminin. En amont de la mise en œuvre de ces savoirs techniques, il semble pertinent de s'interroger sur la construction de leur légitimité, c'est-à-dire sur les origines et les modalités d'utilisation de ces savoirs et de leurs succès. Les pratiques de foeticide résultent de la préférence donnée à l'enfant mâle (en raison du prestige et du bénéfice économique associé à une telle naissance), du désir (ou de la pression sociale) des géniteurs à accéder à un pouvoir social et économique supérieur, de l'utilisation illégale du savoir technique par des praticiens peu scrupuleux. Ces pratiques sont aussi rendues possibles par le déploiement d'un marché officieux qui permet la fabrication et la vente de ces techniques et d'une autorité institutionnelle inapte (ou peu intéressée) pour en contrôler les excès (Patel, 2007).

Ainsi, les pratiques de foeticide, effets de la construction et de la légitimation de savoirs divers semblent être l'œuvre de logiques et de dynamiques sociales ainsi que de valeurs qui sous-tendent les choix faits par des sociétés contemporaines vis-à-vis de l'existence physique et sociale des individus de sexe féminin. De manière similaire, la persistance de la mortalité maternelle et néonatale (dans un contexte de biomédicalisation de l'accouchement), les carences de prévention et du traitement des femmes infectées par le VIH (à une époque d'élargissement de la disponibilité et de la gratuité des médicaments) ou les enjeux autour des usages sociaux des pratiques traditionnelles de l'accouchement (à une période où les matrones sont confrontées à une dévalorisation de leur pratique et de leur statut), sont à étudier de ce point de vue.

Le concept de savoir d'autorité apparaît alors comme un outil pertinent pour une anthropologie critique de la naissance. En suivant la ligne proposée par Castro et Singer (2004), on peut proposer que cette anthropologie s'intéresse à la construction de l'autorité des savoirs et des usages du pouvoir à l'origine de la persistance et de l'aggravation des inégalités sociales en matière de reproduction. Il s'agit de se demander, dans le cadre des soins de santé de la reproduction, quels sont les domaines d'interventions choisis, pourquoi et par qui ? Par exemple, « qu'est ce qui fait qu'une réalité sociale va devenir un problème de santé publique ? » (Fassin, 2004b : 1017). Un objectif serait de documenter les processus de distribution et de mise en œuvre du pouvoir dans les institutions chargées de la désignation des recherches et des stratégies en terme de santé maternelle. Enfin, la posture proposée par ce courant de recherche en anthropologie de la naissance ne se réduit pas à l'objectif de produire du savoir. Elle vise à le faire reconnaître en tant que savoir d'autorité apte à promouvoir la dévaluation d'autres formes de savoir, soit la suppression des mesures jugées inappropriées pour certains individus, dans certaines situations et dans certains contextes, en ce qui concerne les événements sanitaires entourant la naissance.

PERSPECTIVES

Au terme de ce travail, il nous apparaît que la conception théorique proposée par Jordan est toujours valide à condition d'opérer une reformulation des notions qu'elle englobe sous ce terme. Le « savoir d'autorité » fonde effectivement certains types d'explications envisageables et les faits à découvrir à propos de l'événement de la naissance. Néanmoins, des changements s'imposent en terme d'élargissement du champ de recherche qui ne se limite pas à l'étude de l'événement de la naissance et considère l'ensemble des phénomènes sociaux à l'œuvre autour de la reproduction humaine.

L'étude des modalités, de la mise en œuvre et des effets du savoir d'autorité dans le domaine des pratiques et des représentations liées à la reproduction humaine nécessite une approche scientifique pluridisciplinaire qui, dans certains cas pourrait combiner les apports de l'anthropologie sociale et culturelle et celle de la biologie et de l'épidémiologie. Avec la collaboration de ces deux disciplines, cette anthropologie de la reproduction pourrait se donner pour objectif de documenter plusieurs aspects de la manifestation du savoir d'autorité lors du traitement médical et social du corps des femmes en rapport avec la fonction de reproduction.

D'un point de vue thématique, cette recherche pourrait s'organiser selon deux axes principaux : l'un en rapport avec la localisation géographique de l'étude n'aurait pas lieu de différencier les pratiques effectuées au Nord de celles mises en œuvre dans les pays du Sud, opposition qui ne s'avère plus pertinente dans le contexte de mondialisation des pratiques de soins mais s'attacherait plutôt à distinguer ce qui relève de contextes sanitaires précaires, d'une part, ou favorisés, d'autre part. Le deuxième axe se situe sur une échelle temporelle. Il s'agit en effet de différencier les thématiques liées au traitement du corps féminin à la naissance, pendant la période de l'enfance, au moment de l'adolescence, pendant toute la période de fécondité et à la ménopause. Enfin les thématiques à explorer sont nombreuses. Il serait pertinent de distinguer, sans pour autant les séparer, celles qui relèvent de la dimension rituelle

liée à chaque période citée et celles en rapport avec les transformations physiques et les pratiques du corps reproductif aux âges différents de la vie.

L'étude du traitement du corps par les représentants des systèmes de soins populaire, traditionnel et biomédical présente des perspectives variées. Cette étude vise par exemple à décrire les pratiques et les représentations autour de la naissance (pratiques d'infanticide, traitement de l'hermaphrodisme), pendant la petite enfance (représentations émiques de ce que la biomédecine nomme par exemple, la puberté précoce, les infections uro-génitales), au moment de la puberté (contraception, pathologies gynécologiques liées à la reproduction). La période de fécondité ouvre de nombreuses pistes de recherche. En plus de l'étude de la grossesse, de l'accouchement et du *post-partum*, il s'agit ici de décrire l'ensemble des pratiques de contraception (dite « naturelle », orale, injectable ou chirurgicale), de traitement de l'infertilité et de prise en charge des avortements volontaires ou spontanés. L'événement de la naissance dans des cadres « hors normes » pourrait faire l'objet de travaux. Il s'agit des grossesses précoces; de celles de personnes handicapées ou des mères porteuses par exemple. Par ailleurs, les pratiques de Procréation Médicalement Assistée faites à l'étranger en raison de leur illégalité selon les critères français ou les pratiques « artisanales » de conception, telle que l'insémination artificielle avec sperme de donneur non anonyme auxquelles certaines femmes homosexuelles françaises ont recours seraient à documenter. De plus, nous avons besoin de traiter les aspects sociaux liés aux pratiques chirurgicales gynécologiques telles que la chirurgie plastique et/ou réparatrice (mammaire, vaginale, clitoridienne), curative (mamectomie, hystérectomie, ovariectomie) et thérapeutique (dans l'éventualité de prélèvement d'ovocyte à des fins de clonage thérapeutique). L'étude de la manifestation du savoir d'autorité en ce qui concerne les traitements hormonaux de substitution serait aussi à considérer.

Enfin, l'ensemble des pratiques concernant les formes d'accès ou de refus de la parentalité ouvre un axe de recherche passionnant pour l'anthropologie de la reproduction. L'approche sciences sociales du domaine de la reproduction nous oblige en effet à ne pas limiter le terme « reproduction » à ce qui relève de la part

biologique des événements. Ainsi, l'étude des pratiques et les représentations liées à la circulation des enfants à l'échelle intrafamiliale, nationale ou internationale présente un axe de recherche à part entière.

D'un point de vue conceptuel, l'ensemble des pratiques décrites serait à étudier selon des axes divers en lien, par exemple, avec les domaines des catégorisations sociales dans le traitement du corps féminin, de l'anthropologie du médicament, de la dynamique des systèmes médicaux, des essais cliniques, mais aussi en rapport avec l'anthropologie de la parenté et du genre. L'ensemble des analyses faites à un niveau local peuvent aussi faire l'objet de travaux menés à l'échelle globale ou selon une dimension comparative. Par ailleurs, les investigations devront prendre en compte l'ensemble des acteurs, se revendiquant de systèmes médicaux conventionnels ou non, intervenants dans le champ de la santé et de l'organisation de réseaux divers qui prennent le relais des institutions, à savoir les réseaux de soins ainsi que les réseaux associatifs et électroniques (tels que les forums) par exemples. Enfin, la question de la circulation des personnes en demande de traitement lié à la reproduction devra être prise en compte qu'elle soit contrainte en raison de leur illégalité sur certain territoire (comme c'est le cas pour des pratiques d'avortement réalisés au delà du terme de gestation autorisé) ou « choisie » selon des critères d'ordre économique (par exemple en raison du coût inférieur de certaines pratiques de chirurgie plastique dans certains pays du Sud). Quel que soit le sujet donné, l'investigation pourra être menée selon un axe qui va de l'individu concerné à sa famille, aux acteurs médicaux et non médicaux auquel l'individu est confronté, aux systèmes médicaux, culturels, opératoires dans lequel les pratiques de traitement de son corps sont effectuées, jusqu'à l'échelle des institutions locales, nationales et internationales dont les représentants ont la charge de décider des normes à adopter en matière de politique de la reproduction. Ces normes, construits culturels posés en tant que savoirs d'autorité dans leur cadre d'origine sont l'objet d'usages sociaux divers, d'interprétations locales et de contournements que l'approche empirique de l'anthropologie est à même de disséquer.

BIBLIOGRAPHIE

- 1924-1936. *University of Madras. Tamil lexicon*. Madras: University of Madras
2002. *Tamoul sans peine*. Paris: Assimil
- Abouzahr C. 1998. Maternal Mortality Overview. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, ed. C Murray. Geneva: World Health Organization.
- Abouzahr C. 2000. Measuring Maternal Mortality: What Do We Need to Know? In *safe motherhood initiatives: critical issues: Reproductive health matters*
- Abouzahr C. Wardlaw T. 2001. La mortalité maternelle à la fin d'une décennie :des signes de progrès? (VO anglaise). *Bulletin of the World Health Organization* 79 (6): 561-573.
- Abouzahr C.L. 1998. Lessons on Safe Motherhood. *World Health Forum*. 19(3): 253-260.
- Abraham S. 1997. Extending quality maternal care into the community: What is needed? *The Journal of Family Welfare*, Volume 43 June 1997: Page No.68-70
- Ales C. 1988. Pourquoi les Yanomamï ont-ils des filles ? In *La Production du corps*, ed. M Godelier, M Panoff, pp. 281-313. Amsterdam: Editions des Archives Contemporaines, Overseas Publishers Association.
- Allen D.R. 2002. *Managing Motherhood, Managing Risk. Fertility and Danger in West Central Tanzania*. University of Michigan
- Anderson S. Bauwens E. 1982. An Ethnography of Home Birth. In *Anthropology of Human Birth*, ed. M Kay, pp. 289-303. Philadelphia: FA.Davis.
- Anonyme. 1988a. Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Centers for Disease Control and Prevention* 37(24): 377-388.
- Anonyme. 1988b. *Rapport de la réunion du comité de gestion du programme mondial de lutte contre le sida.*, Genève, du 7 au 9 novembre, GPA/GMC(1)/88.
- Anonyme. 1998. Is the sale of placenta a healthy practice? *Biomedical Waste Management* <http://kspcb.kar.nic.in/BMW/FAQs.htm>. Page consultée le 16.12.2006
- Anonyme. 2001. Policy and People. *The Lancet* 357: 346:1647
- Anonyme. 2002. A Merely Legal Approach Cannot Root Out Female Infanticide Interview with Salem Collector J. Radhakrishnan. *India's National Magazine* Volume 19
- Anonyme. 2003a. NACO Spends less than Half its Funds: Comptroller and Auditor General (CAG). *Change News and Features*, October <http://www.infochangeindia.org/bookandreportsst78.jsp>. (page consultée le 17.02.05).
- Anonyme. 2003b. *Role of Political Leadership. Report of the National Convention of Elected Representative Organized by Parliamentary Forum on HIV/AIDS, UNAIDS, NACO & Parliamentary Forum*, Delhi.
- Anonyme. 2004a. Editorial: HAART in India: Heartening Prospects & Disheartening Problems. *Indian Journal Medical Research* 119: iii-vi.
- Anonyme. 2004b. *Department of Experimental Medicine & AIDS Research Center*, The Tamil Nadu Dr.MGR Medical University Chennai.(Document de présentation).
- Anonyme. 2005. Only 28,000 new HIV cases in 2004, claims Indian govt. *The Hindu*, May 26.
- Anrs. 2001. *L'observance aux traitements du VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*, Collection Sciences Sociales et Sida., Paris.
- Anrs. 2002. *Transmission du VIH de la mère à l'enfant*. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le Sida.

- Anrs. 2005. *Un an après l'application des nouveaux accords de l'OMC sur la propriété intellectuelle, états des lieux de l'accès aux soins dans les pays en développement.*, Agence Nationale de Recherche sur le Sida., Paris.
- Arora P. *et al.* 2004. India's HIV-1 Epidemic. *Canadian Medical Association* 171 (11).
- Arsenault D. 1999. Rites et pouvoirs. Perspectives anthropologiques et archéologiques. *Anthropologie et Sociétés* 23(1)
- Assayag J. 2001. *L'Inde. Désir de nation.* Paris: Odile Jacob
- Assayag J. 2005. *La mondialisation vue d'ailleurs: L'Inde désorientée.* Paris: Seuil
- Attané I. Véron J. 2005. *Gender discriminations among young children in Asia.* IFP/CEPED
- Babadzan A. 1983. Une perspective pour deux passages. Notes sur la représentation traditionnelle de la naissance et de la mort en Polynésie. *L'Homme* 23(3): 81-99.
- Bagchi P.C. (1985 reprint 1998). Some linguistic notes. Vol. IX. Article 63. In *The Indian Historical Quarterly. 39 Volumes.*, ed. NN Law, pp. 259. Delhi: Caxton
- Balaba D. *et al.* 2004. *Partnership Between Biomedical Workers and Traditional Birth Attendants; a Strategy to Scale up Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT) in Rural Uganda.* Presented at XVth International Aids Conference Abstract n° E12118., Bangkok.
- Balandier G. 1997. *Conjugaisons*
- Balasubramanian R. 1997. Feasibility of Utilising Traditional Birth Attendants in District Tuberculosis Programme. *Indian Journal of Tuberculosis* 44(3): 133-5.
- Bandyopadhyay M. 2003. Missing Girls and Son Preference in Rural India: Looking Beyond the Popular Myth. *Health Care for Women International* Volume 24(10): 910 - 926.
- Banerjee N. *et al.* 2001. Influence of place of delivery on immediate perinatal outcomes: a study from Northern India. *Tropical Doctor* 31(2): 71-73
- Barbaut J. 1990. *Mythes et légendes de la naissance.* Plume, Paris
- Barresi V. *et al.* 2004. Périnatalité : le sursaut. *Décision Santé* 210: 8-15
- Bartoli L. 1998. *Venir au monde. Les rites d'enfantement sur les cinq continents.* Paris: Plon
- Basu I. *et al.* 2004. HIV Prevention Among Sex Workers in India. *AIDS* 36(3): 845-852.
- Bbc. 2005. Fears over India rural HIV rate. *BBC news. 30 November, 18:23 GMT*
- Beck E. 1969. Colour and Heat in South Indian Ritual. *Man, The Journal of the Royal Anthropological Institute* 4(4): 553-572
- Bel A. *et al.* 2000. Rencontre avec la naissance en Inde rurale.
<http://fraternet.org/naissance//docs/inde/naissance-inde-fr.htm> (page consultée le 20.04.04).
- Belizán J.M. *et al.* 1999. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 319: 1397-1402
- Belmont N. 1971. *Les signes de la naissance : Etude des représentations symboliques associées aux naissances singulières.* Paris: Plon.
- Belmont N. 1997. La Fabrication mythique des enfants. *L'Homme* n°105
- Benoist J. 1993. *Anthropologie médicale en société créole.* Paris: Presses Universitaires de France
- Benoist J. 1996. *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical.* Paris: Khartala
- Benoist J. Desclaux A. 1996. *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives.* Paris: Karthala. 381 pp.
- Berer M. 1999. HIV/AIDS, Pregnancy and Maternal Mortality and Morbidity: Implications for Care. In *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, ed. M Berer, TS Ravindran, pp. 43-50. UK: Blackwell Sciences.
- Berer M. 2003. TBAs Cannot be Expected to Carry out HIV/AIDS Prevention Activities for Women Giving Birth at Home. *Reproductive Health Matters* 11(22): 36-39.
- Béteille A. 1996. *Caste, Class and Power. Changing Patterns of Stratification in a Tanjore Village.* Delhi: Oxford University Press.

- Bharadwaj A. 2003. Why Adoption is Not an Option in India: the Visibility of Infertility, the Secrecy of Donor Insemination, and Other Cultural Complexities. *Social Science and Medicine* 56: 1867-1880.
- Bharat S. 2002. *Le point sur l'épidémie de sida*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Bharat S. et al. 2002. *Inde : Discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/sida*, ONUSIDA, Genève.
- Bhargava S.K. 2004. The Challenge of Neonatal Mortality in India. *Indian Pediatrics* 41: 657-662
- Bhattacharya G. 2002. *Promoting Condom Use among Heterosexual Married Couples in India: Challenges for HIV Prevention Programs*. Abstract n°MoPeF3917. Presented at XIV International AIDS Conference, Barcelone.
- Bhattacharya G. 2004. Sociocultural and Behavioral Contexts of Condom Use in Heterosexual Married Couples in India: Challenges to the HIV Prevention Program. *Health Education & Behavior* 31(1): 101-117.
- Biardeau M. 1995. *L'Hindouisme*. Paris.: Flammarion.
- Biswas A.B. et al. 2005. Availability and Use of Emergency Obstetric Care Services in Four Districts of West Bengal, India. *Journal of Health Population and Nutrition* 23(3): 266-274
- Boillot J.-J. 2006. *L'économie de l'Inde*. Paris: La découverte
- Bonnemère P. 2000. Le traitement du placenta en Océanie. *Sciences Sociales et Santé* 18: 29-36.
- Bonnet D. 1988. *Les conceptions socio-religieuses des Mossi en matière de fécondité. Leur interprétation de la maladie de l'enfant*. Paris: Orstom
- Bonnet D. Guillaume A. 1999. *La santé de la reproduction. Concept et acteurs*. Documents de recherche n° 8, ETS, IRD, Paris
- Bonnet D. et al. 2002. *Allaitements en marge*. Paris: L'Harmattan. 243 p. pp.
- Bonnet D. et al. 2003. *Les maladies de passage. Transmission, prévention et hygiène en Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala
- Boquérat G. 2005. Une puissance en quête de reconnaissance. *Questions Internationales* 15 (Sept & Oct)
- Bose K. Gupta A. 2005. India Begins its First Preventive AIDS Vaccine Trial (7 février). *International Aids Vaccine Initiative*. <http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=7573> (page consultée le 11.03.06)
- Bouchayer F. 1994. Les voies du réenchantement professionnel. In *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoirs et quête de légitimité*, ed. P Aiach, D Fassin, pp. 201-225. Paris: Anthropos.
- Boudon R. 1984. *La place du désordre*. Paris: Quadrige/ Presse Universitaire de France
- Bouillier V. et al. 2002. *Images du corps dans le monde hindou*. Paris: CNRS-Éditions
- Bourdier F. 1996. Rencontre thérapeutique dans l'Inde méridionale ou l'art d'élaborer une médecine *masala* dans les stratégies de soins. In *Soigner au pluriel*, ed. J Benoist, pp. 426-460. Paris: Karthala.
- Bourdier F. 1997. *Of Research And Action. Contribution Of Non Governmental Organisations And Social Scientists In The Fight Against The HIV/ AIDS Epidemic In India*. Pondicherry, India.: French Institute of Pondichery.
- Bourdier F. 2001a. *Sexualité et sociabilité en Inde du Sud. Familles en péril au temps du sida*. Paris: Karthala.
- Bourdier F. 2001b. Idéo-logiques des prises de décision : le cas des ONG face au gouvernement indien à propos du sida. In *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, ed. B Hours, pp. 137-162. Paris: Karthala.
- Bourdier F. 2004. Management of HIV/Aids Epidemic in India: Geo-anthropological and Political Comparizon with Brazil. In *Maternity and Aids in India*, ed. P Cohen, S

- Salomon. Pondichéry: Département des sciences sociales de l'Institut Français de Pondichéry.
- Bourdieu P. 1980. *Le sens commun. Le sens pratique*. Paris: Editions de Minuit
- Bourdieu P. 2001. *Langage et pouvoir symbolique*. Paris: Seuil
- Bourdieu P. 2003. L'objectivation participante. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 9 (juin): 281-294
- Browner C.Press N. 1996. The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care. *Medical Anthropology Quarterly* 10(2): 141-156.
- Bryan A. et al. 2000. HIV Prevention Information, Motivation, Behavioural Skills and Behaviour among Truck Drivers in Chennai, India. *AIDS* 14(6): 756-758.
- Buhendwa M.L. et al. 2004. *High Uptake for PMTCT-VCT but High Loss to Follow-up Before Delivery. What Are the Options for PMTCT Programmes? Abstract n°ThPeE7984*. Presented at XV International AIDS Conference., Bangkok.
- Bulterys M. et al. 2002. Role of Traditional Birth Attendants in Preventing Perinatal Transmission of HIV. *British Medical Journal* 324: 222-225.
- Byrd L.M. et al. 2005. Is it possible to predict or prevent third degree tears? *Colorectal Disease* 7(4): 311
- Campbell O.M. 2000. Measuring Progress in Safe Motherhood Programmes: Uses and Limitations of Health Outcome Indicators. In *Safe motherhood initiatives: critical issues: Reproductive health matters*
- Care P.C.Y. 2004. *Expanding Care and Support in South India: Scaling Up YRG CARE's Patient-Centered Approach*, Population Council YRG Care, Horizons Final Report. Washington, D.C.: Population Council. YRG CARE
- Carroli G. et al. 2001. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity: an overview of the evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15 Suppl 1:: S1-42
- Castro A.Singer M. 2004. *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek • Lanham • New York • Toronto • Oxford: Altamira Press
- Castro A.Singer M. 2004. introduction: Anthropology and Health Policy: A Critical Perspective. In *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*, ed. A Castro, M Singer, pp. xi-xx. Oxford: Altamira Press
- Chandra P.S. et al. 2003. Disclosure of HIV Infection in South India: Patterns, Reasons and Reactions. *AIDS care* 15(2): 207-215.
- Chapman R. 2003. Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as pregnancy risk. *Social Science & Medicine* 57 (2003) 355-74
- Charu G. 2001. *Sexuality, Obscenity, Community. Women, Muslims and the Hindu Public in Colonial India*. Delhi: Permanent Black.
- Chase E. et al. 2001. *Stigma, HIV/AIDS and Prevention of Mother-to-Child Transmission. A Pilot Study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso*: UNICEF, Panos Institute.
- Chatterjee P. 2003. Spreading the Word about HIV/AIDS in India. *The Lancet* 361(9368)
- Chaudhary N. et al. 2005. Integrated management of childhood illness (IMCI) follow-up of basic health workers. *The Indian Journal of Pediatrics* 72(9): 735-739
- Chauhan P. 2003. Untrained midwives posing health risk. In *Tribune News Service, Monday, July 28*. Chandigarh, India.
- Chawla J. 1994. *Child Bearing and Culture*. Delhi: Indian Social Institute.
- Chawla J. 2006. *Birth and Birthgivers. The Power Behind the Shame*. Delhi: Shakti Books
- Chippindale S.French L. 2001. HIV Counselling and the Psychosocial Management of Patients with HIV or AIDS. *British Medical Journal* 322: 1533-1535.
- Chogle N. et al. 2002. Awareness of Post-Exposure Prophylaxis Guidelines Against Occupational Exposure to HIV in a Mumbai Hospital. *The National Medical Journal of India* 15(2): 69-72.

- Chopra M. *et al.* 2004. *An Evaluation of the Quality of Counselling Provided to Mothers in Three PMTCT Pilot Sites in South Africa*, Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organisation
- Chunkath S.R.Athreya V. 1997. Female Infanticide In Tamil Nadu: Some Evidence. *Economic and Political weekly* 32(17): 21-28.
- Clothey F.W. 1978. *The many faces of Murukan. the history and Meaning of a South India God*. New York: Mouton
- Cohen P. 2005. Women, AIDS and Maternity in India: A critical perspective of biomedical and Popular Categories. *Indian Anthropologist* 35(1&2): 53-68
- Cohen P.Salomon S. 2004. *Aids and Maternity in India. From Public Health to Social Sciences Perspectives. Emerging Themes and Debates*. Pondichéry: Institut Français de Pondichéry
- Collectif. 2003. Manifeste des sages-femmes.
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MOPI_19.HTM (page consultée le 28.05.06)
- Cominsky S. 1977. Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca. *Medical Anthropology, Cross Cultural studies on Health and Illness* 6 (3): 69-104.
- Cominsky S. 1982. Childbirth and Change: A Guatemalan Study. In *Ethnography of Fertility and Birth*, ed. CP MacCormack, pp. 205-230. London: Academic Press
- Costello A. *et al.* 2004. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *British Medical Journal* 329: 1166-1168
- Creek T.L. *et al.* 2004. *Knowledge, attitudes, and practices among midwives and counselors regarding prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) -- Botswana, 2003*. Presented at XV international Aids Conference. Abstract number: ThPeB7037, Bangkok
- Crips. 2000. *Les femmes et l'infection à VIH . Dossier documentaire*, Centre de Recherche et d'Information sur la Prévention du Sida., Paris
- Cros M. 1990. *Anthropologie du sang en Afrique, Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burina Faso et de Côte-d'Ivoire.*: Paris, L'Harmattan, 297p
- Dabis F. *et al.* 2004. *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants. Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/ aids and their Children in Resource- Constrained Settings.*, World Health Organization., Geneva.
- Dandona L. *et al.* 2005. Sex Behaviour of Men Who Have Sex with Men and Risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *AIDS* 19(6): 611-619.
- Daniel E.V. 1984. *Fluid Signs, Being a Person the Tamil Way*. Berkeley: University of California Press.
- Daniélou A. 1999. *Mythes et dieux de l'Inde*. Paris: Flammarion
- Das N.Dey D. 1998. Female Age at Marriage in India: Trends and Determinants. *Demography India* 27(1): 91-115.
- Das V. 1998. The Body as a Metaphor. In *Understanding women health issues. A reader*, ed. L Lingam, pp. 88-98. New Delhi: Kali for Women
- Davis-Floyd R. 1987. Obstetric Training as a Rite of Passage. In *Obstetrics in the United States: Woman, Physician, and Society*, ed. Robert Hahn, pp. 288-318: Special Issue of the Medical Anthropology Quarterly
- Davis-Floyd R. 1994a. Culture and Birth: The Technocratic Imperative. *International Journal of Childbirth Education* 9(2): 6-7
- Davis-Floyd R. 1994b. The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. *Social Science and Medicine* 38(8): 1125-1140
- Davis-Floyd R. 1994c. The Rituals of American Hospital Birth. In *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, ed. D McCurdy, pp. 323-340. New York: Harper Collins
- Davis-Floyd R. 2001. The Technocratic, Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 75 (supplement 1): S5-S23
- Davis-Floyd R. 2003. Home-Birth Emergencies in the US and Mexico: The Trouble With Transport. *Social Science & Medicine* 56: 1911-1931.

- Davis-Floyd R.Sargent C.F. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross Cultural Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd R. *et al.* 2001. Daughters of Time: The Shifting Identities of Contemporary Midwives. *Medical anthropology* 20 (2-3 and 4): 105-139
- De Beauvoir S. 1949. *Le deuxième sexe. 2 vols.* Paris: Gallimard
- De Cock K. *et al.* 2000. Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries. Translating Research into Policy and Practice. *The Journal of the American Medical Association* 283 (9): 1175-1182
- Deepthivarma S.Chandra P.S. 2004. *Opening the Pandora's Box-the Consequences of HIV Related Disclosure in India. Abstract n°ThPeD7862*. Presented at XV International Aids Conference., Bangkok.
- Del Valle Bonnet M. 2000. *La naissance, un voyage : L'accouchement à travers les peuples*. Paris, L'Harmattan.
- Delaisi G.Lallemand S. 1980. *L'art d'accueillir les bébés*. Paris: Odile Jacob.
- Delfraissy J.F. 2002. Grossesse. In *Rapport 2002, Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts.*, ed. JF Delfraissy, pp. 223-238. Paris: Flammarion
- Deliege R. 1988. *Les Paraiyars du Tamil Nadu*. Studia Instituti Anthropos: Studia Instituti Anthropos
- Deliege R. 1988. *Les Paraiyars du Tamil Nadu*. Nettetal: Steyler Verlag - wort und werk. Anthropos Institut
- Deliege R. 1996. *Anthropologie de la parenté*. Paris: Armand Colin.
- Deliege R. 1997. *The World of the "Untouchables". Paraiyars of Tamil Nadu*. Delhi: Oxford University Press.
- Deliege R. 2001. L'ethnographie contre l'idéologie: le cas de l'hindouisme. *L'Homme* 160: 163-176.
- Deliege R. 2004a. *La religion des Intouchables de l'Inde*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.
- Deliege R. 2004b. *Les castes en Inde aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Desclaux *et al.* 2004. *Breastfeeding and ART: new social and cultural issues*
- Desclaux A. 1996. De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant. In *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, ed. J Benoist, pp. 252-279. Paris: Karthala.
- Desclaux A. 1998a. Identités et rôles professionnelles à l'épreuve du sida. Des infirmiers au Burkina Faso. In *Des professionnels face au Sida. Evolution des rôles, identités et fonctions*, pp. 541-559. Paris: ANRS.
- Desclaux A. 1998b. Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso. In *Vivre et penser le sida en Afrique*, ed. Becker, et al, pp. 541-558. Paris: Codesnia, Karthala, IRD.
- Desclaux A. 2002a. Et si la pandémie de VIH/sida était une opportunité pour améliorer la pertinence des programmes de promotion de l'allaitement en Afrique ? *Cahiers Santé* 12: 73-75.
- Desclaux A. 2002b. Impact of Access to Antiretroviral Treatments on Health Programmes: Challenges, Plan of Action and Scope of Research. In *Improving Access To Care in Developing Countries : Lessons From Practice, Research, Resources and Partnerships*, ed. JP Moatti, et al. Genève.: ONUSIDA/WHO.
- Desclaux A. 2003a. *Stigmatisation, discrimination: Que peut-on attendre d'une approche culturelle*, Unesco, Paris.
- Desclaux A. 2003b. Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée. *Anthropologie et Sociétés* 27(3): 41-58.
- Desclaux A. 2004a. Cécités sélectives en matière de prévention : l'approvisionnement en substituts

du lait maternel. *Transcriptase*

- Desclaux A. 2004b. Transmission par l'allaitement : la prévention par les substituts du lait maternel négligée. *Transcriptases Bangkok*. numéro spécial ANRS information - automne 2004: 33-35
- Desclaux A. 2004c. *Prévention de la transmission du VIH par l'allaitement : que peut-on proposer en 2004 ? Etat des lieux des connaissances et expériences*. Presented at Conseil scientifique d'Esther. 31 mars 2004, Paris
- Desclaux A. 2004d. Equity in Access to AIDS Treatment in Africa: Pitfalls among Achievements. In *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*, ed. A Castro, M Singer, pp. 115-132. Oxford: Altamira Press
- Desclaux A. 2005. *Lecture on Antiretroviral Treatment for AIDS: An Anthropological issue? Cases Studies and Discussions from Africa to India*, 5th August. French Institute of Pondicherry. India
- Desclaux A. 2006. Présentation générale du programme de recherche du CReCSS. *Bulletin d'information bimestriel du Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (Aix-en-Provence, France)* n°1 janvier-février. <http://www.mmsch.univ-aix.fr/crecss/> (page consultée le 3 mars 2006).
- Desclaux A. Taverne B. 2000. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala
- Desclaux A. Lévy J.-J. 2003. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? *Anthropologie et Sociétés* 27(2): 5-21.
- Desclaux A. Desgrées Du Loû A. 2006. Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. *Population & Sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques* 428
- Desclaux A. et al. 2002. *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Paris: ANRS.
- Dharmarajan S. et al. 2005. *Acceptability of Enrollment into a Prospective Cohort Study and of a More Complex Antiretroviral Prophylaxis Regimen: Operational Research in Rural South India. Abstract. MoPe11.7C04*. Presented at 3rd International IADS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment., Rio.
- Dietrich G. 1987. Reconstructing Sexual Relations. In *In Search of Our Bodies: A Feminist Look at Women, Health and Reproduction in India*, ed. K Bhate, et al. New Delhi: Shakti
- Divan V. 2002. The Indian Medical Council Regulations 2002. Non Application of Mind and Spirit. *Issues Med Ethics*. 10(4): 83-84
<http://www.issuesinmedicalethics.org/104di083.html> (page consultée le 2.01.06)
- Donner H. 2003. The Place of Birth: Childbearing and Kinship in Calcutta Middle-Class Families. *Medical Anthropology* Volume 22, Number 4 / October-December 2003: 303 - 341
- Douglas M. 1971. *De la souillure. Etudes sur la notion de pollution et de tabou*. Paris: Maspero.
- Drayton S. Rees C. 1984. "They know what they are doing". *Nursing Mirror* 159(5): 4-8.
- Dreyfus H. Rabinow P. 1984. *Michel Foucault : un parcours philosophique : au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*. Paris: Gallimard
- Dube L. 1983. Misadventures in Amniocentesis!. *Economic and Political Weekly*, , February 19: 279-280.
- Dubois A.J. 1879. *A Description of the Character, Manners and Customs of the People of India and of Their Institutions, Religious and Civil*. Madras: Higginbotham.
- Egrot M. 2001. Les représentations médicales des risques relatifs à une grossesse en contexte VIH. *Ethnologies comparées* 3 <http://recherche.univ-montp3.fr/mambo/cerce/r3/m.e.htm> (page consultée le 24.6.04).
- Ekstrand M. et al. 2003. *HIV/AIDS in India*. San Francisco: AIDS Policy Research Center, University of California.
- Enzama A. et al. 2004. *Pro-Viral HIV-1 DNA PCR test for HIV Diagnosis in Infants. Abstract n° B10283*. Presented at 15th International AIDS Conference July 11-16, Bangkok

- Escobar A. 1995. *Encountering Development. The making and unmaking of the third world*. New Jersey: Princeton university Press
- Fainzang S. 2001a. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Fainzang S. 2001b. L'anthropologie de la maladie aux prises avec la question de la rationalité. *Ethnologies comparées* N°3, automne 2001: 1-13
- Farmer P. 1996. *Sida en Haiti, La victime accusée*. Karthala, Paris
- Farmer P. Castro A. 2004. Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba. In *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*, ed. A Castro, M Singer, pp. 3-28. Oxford: Altamira Press
- Fassin D. 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris.: PUF
- Fassin D. 2000. Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. *Terrains d'avenir* 24-1
- Fassin D. 2001. La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique. In *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, ed. B Hours. Paris: Karthala.
- Fassin D. 2004a. Santé publique. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, ed. D Lecourt, pp. 1014-1018. Paris: Presses Universitaires de France
- Fassin D. 2004b. Santé publique. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, ed. D Lecourt, pp. 1014-1018. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin D. Memmi D. 2004. *Le Gouvernement des corps*. Paris: EHESS
- Fassin E. 2002. La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction. *Journal des Anthropologues* 82-83: 103-122
- Fathalla M. 1992. Reproductive Health in the World : Two Decades of Progress and the Challenge Ahead. In *Reproductive Health : a Key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991, Special 20 th Anniversary Issue*, ed. J Khanna, et al, pp. 3-31. Geneva: World Health Organisation
- Ferguson J. 1997. Anthropology and its evil Twin " Development " in the constitution of a discipline.
- Fine A. 1998. *Adoptions. Ethnologie des parentés choisies*. Paris: Maison des sciences de l'homme
- Fiscella K. 1995. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. *Obstetrics and Gynecology* 85: 468-79
- Floyd R.D. Sargent C.F. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross Cultural Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Foo G. Koenig M. 2000. Quality of Care within the Indian Family Welfare Programme. In *Women's reproductive Health in India*, ed. R Ramasubban, S J. Jejeebhoy, pp. 483-417. Jaipur & Delhi: Rawat Publication
- Ford C.S. 1964 [1945]. *A Comparative Study Of Human Reproduction*. New Haven Montreal: Human Relations Area Files, Inc.
- Fortney J.A. et al. 2000. Measuring Maternal Morbidity. In *Safemotherhood initiatives critical issues: reproductive health matters*
- Foucault M. 1975. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard
- Franklin S. et al. 1998. *Reproducing reproduction: Kindship, Power and Technological Innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Friedman D. 1981. *Les guérisseurs. Splendeur et misère du don*. Paris: A M Métailié.
- Gaines A.D. Davis-Floyd R. 2003. On Biomedicine. In *Encyclopedia of Medical Anthropology*, ed. CaM Ember. Yale: Human Relations Area Files
- Gelis J. 1984. *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI-XIXe siècle*. Paris: Fayard
- Gelis J. et al. 1978. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris: Gallimard

- Gélis J. 1981. De la matrone à la sage-femme : les transformations de l'accoucheuse de campagne au XVIIIème siècle. *Pénélope* 5 (9): 33-36
- George A. 2002. Embodying identity through heterosexual sexuality. Newly married adolescent women in India. *Culture, Health & Sexuality* 4(2): 207 -222
- George E. 1996. Abortion Politics and Practice in Greece. *Social Science and Medicine* 42(4): 509-519
- George J.Leulliez M. 2004. *L'Accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*. Paris: Editions de l'Atelier
- George S. 2002. Avoiding pain at any cost. *THE HINDU* Sunday, Jan 20
- Ghadially R. 1998. *Women in Indian Society: A Reader*. Bombay: ndian Institute of Technology,
- Ghys P. *et al.* 2003. Growing in Silence: Selected Regions and Countries with Expanding HIV/AIDS Epidemics. *AIDS* 17Supplement 4: S45-S50.
- Ginsburg F.Rapp R. 1995. *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*. California: University of California Press
- Ginsburg F.D. 1989. *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community*. Berkeley: University of California Press
- Ginsburg.Rapp. 1991. The politics of Reproduction. *Annual review of anthropology* 20:311-343.
- Gobatto I.Lafaye F. 2005. *Professionnels de santé, VIH et femmes enceintes. Conceptions professionnelles et processus de prise en charge thérapeutique face à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Université Victor Segalen 2. CNRS, Bordeaux
- Godbole S.Mehendale S. 2005. HIV/AIDS Epidemic in India: Risk Factors, Risk Behaviour and Strategies for Prevention and Control. *Indian Journal Medical Response* 121(4): 356-368.
- Godelier M. 1984. *La production des grands hommes*. Paris: Fayard.
- Godelier M. 2003. Un homme et une femme ne suffisent pas à faire un enfant. Analyse comparative de quelques théories culturelles de la procréation et de la conception. *Ethnologies comparées* 6 <http://recherche.univ-montp3.fr/mambo/cerce/r6/m.g.htm> (page consultée le 12.3.2004).
- Godelier M.Panoff M. 1988. *La Production du corps*. Amsterdam: EAC
- Goer H. 1995. *Obstetrical Myths Versus Research Realities. A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin et Garvey.
- Goer H. 2002. The Assault on Normal Birth: The OB Disinformation Campaign. *Midwifery Today* Issue 63, Autumn 2002
- Goffman E. 1974. *Le sens commun. Les rites d'interaction*. Paris: Les éditions de minuit
- Goi. 2005. *Annual report 2003-2004*, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
- Goldman N.Glei D. 2003. Evaluation of Midwifery Care: Results From a Survey in Rural Guatemala. *Social Science & Medicine* 56: 685-700.
- Good A. 1991. *The Female Bridegroom. A Comparative Study Of Life-Crisis Rituals In South India And Sri Lanka*. Oxford: Clarendon Press.
- Gordon J.Bombardella. P. 2004. *Taking counsel from women: towards a women-centered PMTCT counseling practice*. Presented at international conférence on Aids
- Government of India. 2005. *Annual report 2003-2004*, Ministry of Health and Family Welfare, Delhi.
- Graham W.Newell M. 1999. Seizing the Opportunity: Collaborative Initiatives to Reduce HIV and Maternal Mortality. *The Lancet* 353(6): 836-39.
- Gray R. *et al.* 2005. Increased Risk of Incident HIV During Pregnancy in Rakai, Uganda: A Prospective Study. *The Lancet* 366(9492): 1182-1188.
- Grover A. 2005. Access to Medicines in a Post- TRIPS Regime: The Indian Scenario. *Lanyers Collective HIV/AIDS Unit* <http://www.aids-kampagne.de/l8mimages/anandgrover.pdf> (page consultée le 3.1.06).

- Gruénais M.E. 2001. En Afrique, le sida réformateur ? *Natures, sciences, sociétés* 9(4): 9-17.
- Guay L. *et al.* 1999. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *The Lancet* 354: 795-802.
- Guha S. 1998. From Dais to Doctors : The Medicalisation of Childbirth in Colonial India. In *Understanding Women's Health Issues: A Reader*, ed. L Lingam, pp. 145-161. Delhi: Kali for Women.
- Guidetti M. *et al.* 1997. *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Paris: Armand Colin
- Gulati A. 1999. Birth: In whose hands ? *Life positive August*. [http:// www.lifepositive.com](http://www.lifepositive.com) (page consultée le 15.7.05)
- Gupta J. 2000. *New Reproductive Technologies, Women health and Autonomie*. Delhi.: Sage
- Gupta J.A. 2000. *New reproductive technologies, Women's Health and Autonomy, Freedom or Dependency ?* Delhi: Sage
- Gupta S.S. 1991. *Varna, Castes and Scheduled Castes. A Documentation in Historical Perspectives*. Dehli.: Concept Publishing Company.
- Gupta U. *et al.* 1996. Changing trends in the demographic profile and attitudes of female sterilization acceptors. *The Journal of Family Welfare*, 42(3): 27-31
- Gupte M. 1998. Programming Reproduction? Maternal Health Services. In *Understanding Women's Health Issues: A Reader*, ed. L Lingam, pp. 133-144. Delhi: Kali for Women.
- Gupte M. *et al.* 1997. Abortion Needs of Women in India: A Case Study of Rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* May 5(9). p.77-86
- Haag P.Ripert B. 2006. *L'Inde*. Paris: Le Cavalier Bleu
- Hafeel A.Suma T. 2000. Monumental Heritage. *Special Issue with the Sunday Magazine From the Publishers of THE HINDU* Indian Health Traditions: October 08
- Hancart Petitet P. 2004. Anthropological Perspectives on HIV/AIDS Transmission During Delivery. In *AIDS and Maternity in India. From Public Health to Social Sciences Perspectives Emerging themes and Debates*, ed. P Cohen, S Solomon, pp. 211-224. Pondichéry: Institut Français de Pondichéry
- Hancart Petitet P. 2005. Mortalité maternelle au Ladakh : de la santé publique à l'anthropologie. In *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire.*, ed. L Pordié, pp. 123-143. Paris: Karthala.
- Hancart Petitet P.Pragathi V. 2007. Ethnographic Views of *valaikappu*. A Pregnancy Rite in Tamil Nadu. *Indian Anthropologist* 37(1)
- Harrison K. 1989. Maternal Mortality in Developing countries. *British Journal of Obstetric and Gynaecology* 96(1): 1-3.
- Hawkes S.Santhya K.G. 2000. *Diverse Realities: Understanding Sexually Transmitted Infections and HIV in India*. Presented at 'Phase-specific Strategies for the Prevention, Control and Elimination of Sexually Transmitted Diseases'.October 3-6, .2, Rome
- Hay M.C. 1999. Dying mothers: Maternal Mortality in Rural Indonesia. *Medical Anthropology, Vol.18,pp243-279*
- Heard I. 2002. Résultats des stratégies de prévention de la transmission mère-enfant. *Transcriptase* 104: 18-19.
- Héritier F. 1994. Stérilité, Aridité, sécheresse: Quelques invariants de la pensée symbolique. In *Le sens du mal*, ed. M Augé, C Herzlich, pp. 123-154. Amsterdam: Editions des Archives Contemporaines .(1ere édition 1984)
- Héritier F. 1996. *Masculin / Féminin. La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob
- Heuzé D.G. 2006. *Des intouchables aux dalits. Les errements d'un mouvement de libération dans l'Inde contemporaine*. Paris: Aux lieux d'être & institut Français de Pondichéry
- Hinojosa S. 2004. Authorizing Tradition: Vectors of Contention in Highland Maya Midwifery. *Social Science & Medicine* 59: 637-651

- Hitesh J. 1996. Perceptions and Constraints of Pregnancy Related Referrals in Rural Rajasthan. *The Journal of Family Welfare*. 42(1): 24-29.
- Hobart M. 1993. Introduction : The Growth of Ignorance ? In *An Anthropological Critique of Development: The Growth of Ignorance.*, ed. M Hobart, pp. 1-30. London: Routledge.
- Hoerni B. 2000. *L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours*. Paris: Imothep/Maloine
- Hollen C.V. 1998. Moving Targets: Routine IUD Insertion in Maternity wards in Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters* 6(11): 98-105
- Hollen C.V. 2003. "Baby Friendly" Hospitals and Bad Mothers: Maneuvering Development during the Postpartum Period. In *Birth on the Threshold Childbirth and Modernity in South India*, ed. CV Hollen, pp. 166-205. Berkeley: University of California Press
- Holmes W.Kwarteng T. 2001. Parent to child transmission of HIV: policy considerations in the Asia-Pacific region. *Journal of Clinical Virology* 22 (2001) 315-324
- Homsy J. *et al.* 2004. Traditional Health Practitioners Are Key to Scaling Up Comprehensive Care for HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *AIDS* 18: 1723-1725.
- Horwood C. *et al.* 2003. Diagnosis of paediatric HIV infection in a primary health care setting with a clinical algorithm. *Bulletin of the World Health Organization* 81 (12)
- Hours B. 1998. *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*. Paris: L'Harmattan
- Howson J.F. *et al.* 2004. *Evaluating the effectiveness of inter-personal communication training for PMTCT with health care professionals in Namibia: programmatic implications*. Presented at XV International Aids Conference. Abstract number: B12740
- Ikeda S.R. *et al.* 2005. *Assessment and Review of HIV Positive Patient Medical Records from a Traditional Siddha Medicine Hospital in Tamil Nadu, India*. Abstract n° 107959. Presented at American Public Health Association 133rd Annual Meeting and Exposition. December 10-14, Philadelphia.
- Imogie A. *et al.* 2002. Assessing the Role of Traditional Birth Attendants in Health Care Delivery in Edo State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 6: 94-100.
- Ipps. 1995. *National Health Survey (MCH and Family Planning), India 1992-93*. Bombay: International Institute for Population Sciences.
- Irwin A. *et al.* 2003. *Global Aids: Myths and Facts. Tools for Fighting the Aids Pandemic*. Cambridge MA: South End Press.
- Iyer A.Jesani A. 1999. Barriers to the Quality of Care: The Experience of Auxiliary Nurse-Midwives in Rural Maharashtra. In *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme*, ed. MA Koenig, ME Khan, pp. 210-237: Population Council
- Jacques B. 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Paris: Presse Universitaire de France
- Jadhav N.Manceau T.S. 2002. *Intouchable. Une famille de parias dans l'Inde contemporaine*. Paris: Fayard. 384 pages pp.
- Jaffré Y.Sardan J.D. 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Apad-Karthala
- Jaffrelot C. 2004. A l'heure du forum social mondial. L'Inde rétive au libéralisme total. *Le Monde Diplomatique* janvier: 24
- Jaffrelot C. 2005a. L'Inde moderne: un produit de la "longue durée". *Questions Internationales* 15: 6-19.
- Jaffrelot C. 2005b. *Inde : la démocratie par la caste. Histoire d'une mutation socio-politique 1885-2005*. Paris: Fayard
- Jeeva M. *et al.* 1998. Female Infanticide : Philosophy, Perspective and Concern of SIRD. *Search Bulletin* 13(3): 9-17
- Jeffery P. *et al.* 1985. *Contaminating states: Midwifery, the State and Women's status in Rural North India*. New Delhi: Indian Social Institute
- Jeffery P. *et al.* 1989. *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London: Zed Books.
- Jeffery R. 1988. *The Politics of Health in India*. California: University of California Press.

- Jeffery R. Jeffery P. 1993. Traditional Birth Attendants in Rural North India. The Social Organisation of Childbearing. In *Knowledge, Power and Practice*, ed. P Lindenbaum, M Lock, pp. 7-31. Berkeley: University California Press.
- Jejeebhoy S. 1998. Association Between Wife-Beating and Fetal and Infant Death: Impressions From A Survey In Rural India. *Studies In Family Planning* Sept 1998. 29(3). P.300-308
- Jejeebhoy S. 2000. Safe Motherhood in India. Priorities for Social Science Research. In *Women's reproductive Health in India*, ed. R Ramasubban, S J. Jejeebhoy, pp. 134-185. Jaipur & Delhi: Rawat Publications.
- Jenkins G.L. Inhorn M.C. 2003. Reproduction Gone Awry: Medical Anthropological Perspectives. *Social Science and Medicine* 56(9): 1831-1836.
- Jewkes R. *et al.* 1998. Why do Nurses Abuse Patients? Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine* 47(11): 1781-95
- Jha P. *et al.* 2006. Low male-to-female sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households. *The Lancet* 367: 211-218
- John M.E. Janaki N. 1999. Sexuality in Modern India: Critical Concerns. *Voices for Change. A Journal on Communication for Development* April 1999. 3(1). p.4-8
- Jordan B. 1978. *Birth in Four Culture*. USA: Waveland Press First Edited in 1978
- Jordan B. 1989. Cosmopolitical Obstetrics : Some Insights from the Training of Traditional Midwives. *Social Sciences and Medicine* 28 (9): 925-944.
- Jordan B. 1990. Technology and the Social Distribution of Knowledge: Issues for Primary Health Care in Developing Countries. In *Anthropology and Primary Health Care*, ed. J Coreil, JD Mull, pp. 98-120. Boulder, CU: Westview Press
- Jordan B. 1993. *Birth in Four Culture*. Prospect Heights: Waveland Press. First Published in 1978.
- Jordan B. Irwin S. 1987. Knowledge, Practice, and Power: Court-Ordered Cesarean Sections. *Medical Anthropology Quarterly* 1(3): 319-334
- Jourdain G. *et al.* 2004. Intrapartum Exposure to Nevirapine and Subsequent Maternal Responses to Nevirapine-Based Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine* 351: 229-240
- Kabra S. *et al.* 1994. What is happening to caesarean section rates? *Lancet* 343(8890): 179-80
- Kadar S. 1988. Feminine Identity in India. In *Women in Indian Society: A Reader*, ed. R Ghadially. Delhi: Sage Publications.
- Kanabus A. *et al.* 2005. AIDS & HIV History, Posters & Pictures. <http://www.avert.org/historyi.htm> (pages consultées le 21.01.06)
- Kannan R. 2006. 1,125 children with HIV/AIDS to receive anti-retroviral drugs. *The Hindu*. Online edition of India's National Newspaper. <http://www.hindu.com/2006/12/01/stories/2006120112630800.htm>. le 21.12/06
- Kapadia K. 1995. *Siva and Her Sisters. Gender, caste and Class in Rural South India*. Boulder USA: Westview Press.
- Karkal M. 1996a. Reproductive Health and Women: A Review of Literature. *Radical Journal & Health*. 1996. 2(1).. P.54-67
- Karkal M. 1996b. Women's Sexuality Dominated By Men. *Issues in Medical Ethics*. 4(2): 44-45.
- Karkal M. 1998a. Family Planning and the Reproductive Rights of Women. In *Understanding Women's Health Issues, a Reader*, ed. L Lingam, pp. 169-170. New Delhi: Kali for Women
- Karkal M. 1998b. *Population Control State Sponsored Violence Against Women*. Presented at International Conference on Preventing Violence, Caring for Survivors: Role of health profession and services in violence. Nov 28-30, 1998., YMCA, Mumbai.

- Karkal M. 1998c. *Target Free Approach (TFA) and Reproductive and Child Health (RCH) as Population Policy*. Presented at VIIIth National Conference of Women's Studies, University, Pune, Maharashtra
- Kelkar M. 1999. Man-Women Relationship in Indian Philosophy. *Indian Philosophical Quarterly* January 1999. 26(1). P. 71-87.
- Ketler S. 2000. Preparing for Motherhood: Authoritative Knowledge and the Undercurrents of Shared Experience in Two Childbirth Education Courses in Cagliari, Italy. *Contents of Volume 14, Number 2, June 2000*
- Kielmann K. *et al.* 2005. Managing Uncertainty around HIV/AIDS in an Urban Setting: Private Medical Providers and their Patients in Pune, India. *Social Science and Medicine* 61: 1540-1550.
- King R. Homsy J. 1997. Involving traditional healers in AIDS education and counselling in sub-Saharan Africa: a review. *AIDS* 11 Suppl A: S181-2
- Kinsman J. 2005. *Report on Four-Country Study on Adherence to ARVs In Africa: Uganda, Tanzania, South Africa, and Botswana*. Presented at Access to ARV treatment in Resource-Poor Settings: Achievements and Challenges, Amsterdam School. 1st november
- Kitzinger S. 1997. Authoritative Touch in Childbirth. A Cross Cultural Approach. In *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross Cultural Perspective*, ed. RD Floyd, CF Sargent, pp. 209-232. Berkeley: University of California Press.
- Kitzinger S. Davis J. 1978. *The Place of Birth. A Study of the Environment in Which Birth Takes Place with Special Reference to Home Confinements*. Oxford.: Oxford University Press
- Kleinman A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press
- Knibiehler Y. 2001. *Maternité, affaire privée, affaire publique*. Paris: Bayard
- Kootikuppala S.R.E.A. 1999. Sexual Lifestyle of Long Distance Lorry Drivers in India: Questionnaire Survey. *British Medical Journal* 318(7177): 162.
- Kornelsen J. 2005. Essences and imperatives: An investigation of technology in childbirth. *Social Science & Medicine* 61: 1595-1504
- Krishnaswamy S. 1988. Female Infanticide in Contemporary India: A Case Study of Kallars of Tamlinadu. In *Women in Indian Society: A Reader*, ed. R Ghadially. New Delhi: Sage Publications.
- Kruy L.S. *et al.* 2004. *A Comprehension Approach to Improve the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV (PMTCT) in a Maternity Ward in Phnom Penh*. Abstract n°B11760. Presented at XV International Aids Conference, Bangkok.
- Kuhn W. 2004. Instrument. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, ed. D Lecourt, pp. 657-662. Paris: Presse Universitaire de France
- Kulkarni S. *et al.* 2004. *Integrating comprehensive antenatal care: the only way to upscale PMTCT programs*. Abstract n°MoPeB3361. Presented at XV International Aids Conference, Bangkok
- Kumarasamy N. *et al.* 2003. The Safety, Tolerability and Effectiveness of Generic Antiretroviral Drug Regimens for HIV-Infected Patients in South India. *AIDS Research Letters* 17: 2267-2269.
- Laburthe-Tolra P. 1998. *Critique de la raison ethnologique*. Paris: Presses Universitaires de France
- Laderman C. 1987. *Wives and midwives, Childbirth and Nutrition in rural Malaysia*. California: University of California Press.
- Lallemant M. *et al.* 2005. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : un protocole simple, d'une efficacité remarquable. *Médecine sciences* 21(1)
http://ist.inserm.fr/basismedsci/2005/ms_1_2005/LALLEMANT_p28_29.pdf
 (page consultée le 22.01.06)

- L'ancien P. 1848-1850. *Histoire naturelle. Traduction d'Émile Littré*. Paris: Rebochet (2 volumes)
- Larsson P. *et al.* 1991. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecologic and Obstetric Investigation* Vol 31 (4): 213-216.
- Latour B. 1991. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie synthétique*.: La Découverte et Syros, Paris
- Layne L.L. 1990. Motherhood Lost: Cultural Dimensions of Miscarriage. *Women and Health: A Multidisciplinary Journal of Women's Health Issues* 16 (3/4): 69 - 98
- Lazarus E. 1994. What Do Women Want - Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*. 8(1): 25-46.
- Leslie J. 1992. *Roles and Rituals for Hindu Women*. Delhi: Motilal Banarsidass Publishers PVT.LTD. pp 267 pp.
- Lévi-Strauss C. 1958. L'efficacité symbolique. In *Anthropologie structurale*, ed. C Lévi-Strauss, pp. 213-234. Paris: Plon
- Levy J. 2000. *Entretiens avec Jean Benoist. Entre les corps et les dieux. Itinéraires anthropologiques*. Quebec: Liber
- Lindenbaum S.Lock M. 1993. *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press. .
- Lingam L. 1998a. Sex-Detection Tests and Female Foeticide: Discrimination Before Birth. In *Understanding Women's Health Issues: A Reader*, ed. L Lingam. Delhi: Kali for Women
- Lingam L. 1998b. *Understanding Women's Health Issues: A Reader*. Delhi: Kali for Women.
- Lock M.Kaufert P.A. 1998. Introduction. In *Pragmatic women and body politics*, ed. M Lock, PA Kaufert. Cambridge: University Press.
- Machotta A. *et al.* 2005. Ultrasound-guided central venous cannulation in a very small preterm neonate. *Paediatr Anaesth* 15(4): 325-327
- Mago V. *et al.* 2005. Burnt pregnant wives: a social stigma. *Burns* 31(2): 175-177.
- Maine D. 2000. What's So Special About Maternal Mortality? In *safermotherhood initiatives: critical issues: reproductive health matters*
- Malinowski B. 1970. *La vie sexuelle des sauvages du Nord-ouest de la Mélanésie. Description ethnographique des démarches amoureuses, du mariage et de la vie de famille des indigènes des Iles Trobriand de la Nouvelle-Guinée. (Écrit en 1930)*. Paris: Payot. 450 pp.
- Mamdani M. 2002. *A Decade of Safe Motherhood: Initiatives in India*, Centre for Population Studies. School Of Hygiene And Tropical Medicine., London
- Mangai A. 1998. Cultural Intervention through Theatre: Case Study of a Play on Female Infanticide/Foeticide. *Economic and Political Weekly* 33(44): 70-72
- Manocha S.Dharam A.A. 1992. Cultural Beliefs and Practices Affecting the Utilisation of Health Services during Pregnancy.J. *Journal of the Indian Anthropological Society*. July 1992. 27(2).p.181-185.
- Manzi M. *et al.* 2005. High Acceptability of Voluntary Counselling and HIV-testing but Unacceptable Loss to Follow up in a Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programme in Rural Malawi: Scaling-Up Requires a Different Way of Acting. *Tropical Medicine & International Health*. 10(12): 1242-1250.
- Map. 2005. *Drug Injection and HIV/ AIDS in Asia-MAP*, Monitoring the AIDS Pandemic Network., Geneva
- Martin E. 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press
- Massé R. 1995. *Culture et Santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin
- Massé R. 2000. Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique. *Anthropologie, relativisme éthique et santé* 24-2, 2000

- Matheron S. 2004. Grossesse. In *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*, ed. J-F Delfraissy, pp. 185-207. Paris: Flammarion
- Mathieu N.C. 1985. *Critiques épistémologiques de la problématique des sexes dans le discours ethno-anthropologique*, *Réflexion sur la problématique féminine dans la recherche et l'enseignement*, Organisations des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, Lisbonne
- Mci. 2002. Medical Council of India. Code of Ethics Regulations. *Gazette of India*, Part III, Section 4
- Mcintyre J. *et al.* 2004. *Addition of Short Course Combivir (CBV) to Single Dose Virmune (sdNVP) for Prevention of Mother-to-Child Transmission (MTCT) of HIV-1 Can Significantly Decrease the Subsequent Development of Maternal NNRT-Resistant Virus. Abstract n°LbOrB09*. Presented at XVe International AIDS Conference, Bangkok
- Mcintyre J.A. 2005. Sex, Pregnancy, Hormones, and HIV. *The Lancet* 366: 1141-1142.
- Mcney K. *et al.* 2003. Why Are Uneducated Women in India Using Contraception? A multilevel analysis. *Population Studies* 57(1): 21-40.
- Mcneil M. *et al.* 1990. *The New Reproductive Technologies*. London: Macmillan
- Mehta A. *et al.* 2001. Trends in caesarean section rates at a maternity hospital in Mumbai, India. *Journal of Health Population Nutrition* 19(4): 306-12
- Merger R. 1985. *Précis d'obstétrique*. Masson: Paris
- Mesnard P. 2002. *La victime écran, la représentation humanitaire en question*. Paris: Textuel
- Meulenbeld G.J. 1999-2002. *A History of Sanskrit Medical Literature*. Groningen: Egbert Forsten
- Meyer F. 1981. *Gso-Ba-Rig-Pa, Le système médical tibétain*. Paris: CNRS.
- Micollier E. 2004. *Sexual Cultures in East Asia The Social Construction of Sexuality and Sexual Risk in a Time of AIDS*. New York: RoutledgeCurzon
- Mira S. 1996. Advice and Restrictions During Pregnancy.. In *Her Healing Heritage: Local Beliefs and Practices Concerning the Health of Women and Children: A Multi-State Study in India*, ed. CaWbVM Bajpai, EbDSMM 1996.: Publisher Chetna XXV, 216.
- Mira S. Bajpai S. 1996. *Her Healing Heritage : Local Beliefs and Practices Concerning the Health of Women and Children : A multistate study in India*. Delhi: Chetna Publication
- Mishra U. 2004. Who should decide on caesarean sections? *British Medical Journal* 328: 1320
- Mishra U. Ramanathan M. 2002. Delivery-related complications and determinants of caesarean section rates in India. *Health Policy and Planning* 17(1): 90-98
- Mkhatshwa H. Magagula N. 2004. *Women Themselves Define Access to PMTCT programmes. A Dilemma. Abstract n°WePeD6449*. Presented at XV International Aids Conference, Bangkok.
- Mohan P. *et al.* 2003. Auxiliary Nurse Midwife: What Determines Her Place of Residence? *The Journal of Health and Population in Developing Countries* 38: 14-18.
- Morel M.F. Rousseau P. 2004. Obstétrique. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, ed. D Lecourt., pp. 1245. Paris: Presses Universitaires de France.
- Msaky H. *et al.* 2004. *Scaling the Frontier Traditional Birth Attendant Involvement in PMTCT Service Delivery in Hai and Kilombero Districts of Tanzania*. Presented at XV International Aids Conference Abstract n°ThPeE8084, Bangkok.
- Mukhopadhyay A. 1997. *Report of the Independent Commission on Health in India*. Delhi: Voluntary Health Association of India.
- Murray S.F. 2000. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *British Medical Journal* 321: 1501-1505
- Murthy N. Barua A. 1998. Integrating Reproductive Health in Health Programmes in India. In *Gender, Population and Development*, ed. M Krishnaraj, et al, pp. P. 291-309: Oxford University Press.

- Naco. 2001. *Behaviour Surveillance Survey (BSS)*, National AIDS Control Organisation, New Delhi
- Naco. 2004a. *Programme Implementation Guidelines for a Phased Scale up of Access to Antiretroviral Therapy for People Living with HIV/AIDS*. Delhi: National Aids Control Organisation.
- Naco. 2004b. *Post Exposure Prophylaxis Guidelines for Occupational Exposure*. Delhi: National Aids Control Organisation.
- Naco. 2005a. *HIV Estimates 2004*, National Aids Control Organization., Delhi.
- Naco. 2005b. *An Overview of the Spread and Prevalence of HIV/AIDS in India*, National Aids Control Organization, Delhi
- Nag M. 1994. Beliefs and Practices About Food During Pregnancy. Implications for Maternal Nutrition. *Economic and Political Weekly*. Sept 10, 1994. P.2427-2438.
- Nagarajan V. 2000. Rituals of Embedded Ecologies: Drawing Kolams, Marrying Trees, and Generating Auspiciousness. In *Hinduism and Ecology. The Intersection of Earth, Sky and Water*, ed. CK Chapple, ME Tucker, pp. 453- 467. Delhi: Oxford University Press
- Natarajan S. 2005. Bridging Councelling and Care in the HIV/AIDS Epidemic: General Perspectives and the Case of Women. In *AIDS and maternity in India. From Public Health to Social Science Perspectives. Emerging Theme and Debates*, ed. PCS Salomon, pp. 9-140. Pondichéry: Institut Français de Pondichéry.
- National Commission on Population. non daté. *Incentives and disincentives to promote the Small Family Norm.*, Gouvernement of India., Delhi
<http://populationcommission.nic.in/cont-en.htm> (page consultée le 03.03.06).
- Navaneetham K.Dharmalingam A. 2002. Utilization of maternal health care services in Southern India. *Social Science & Medicine* 55(10): 1849-1869
- Newell M.L. 2001. *Prévention de la transmission VIH mère-enfant*, WHO, Genève.
- Nice. 2004. *Clinical guideline N°13: Caesarean Section*, The National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nichter M.Nichter M. 1983. The Ethnophysiology and Folk Dietetics of Pregnancy: A case study from South India. *Human Organization* 42(3): 235-246.
- Nigam A. 2003. La question dalit comme critique de la modernité. *Tumultes* 21-22: 13-34.
- Obermeyer C. 2005. *Tester, prévoir et traiter : utilisation et signification des tests pour le VIH*. Presented at Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic: savoirs, pratiques, techniques. 2-5 mars., Ascona, Suisse
- Obermeyer C.M. 2000. Risk, Uncertainty and Agency : culture and safe motherhood in Morocco. *Medical Anthropology Quarterly* 19: 173-201
- Obermeyer C.M. 2001. Introduction. In *Cultural Perspectives on Reproductive Health*, ed. CM Obermeyer. Oxford: University Press.
- Olivier De Sardan J.P. 1995. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: APAD Karthala.
- Olivier De Sardan J.P. 2001. La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart* 11: 61-73.
- Omowunmi A. et al. 2004. Knowledge, Attitudes and Perceptions of HIV/AIDS among Traditional Birth Attendants and Herbal Practitioners in Lagos State, Nigeria. *African Journal of Aids Research* 3 (2): 191-196.
- Oms. 2000. *Soins aux enfants infectés et affectés par le VIH*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- Oms. 2004. *Les points d'accès au traitement antirétroviral*. WHO/HIV/2003/16, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Onu. 1948. *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Assemblée générale des Nations Unies, Paris

- OnusidaOms. 2004. *Le point sur l'épidémie de sida*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- OnusidaOms. 2005a. *Le point sur l'épidémie de sida Rapport spécial sur la prévention du VIH Décembre 2005. ch. Asie.*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OnusidaOms. 2005b. *Le point sur l'épidémie de sida Rapport spécial sur la prévention du VIH Décembre 2005*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève.
- Osborne J. et al. 2004. *The Impact of Integration of Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) of HIV into the Maternal and Child Health (MCH) Department Guyana. Abstract n°ThPeE7951*. Presented at XVth International Aids Conference.
- Pachauri S. 1998. Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework. In *Gender, Population and Development*, ed. M Krishnaraj, et al, pp. 310-339. Delhi: Oxford University Press.
- Padmadas S. et al. 2000. Caesarean Section Delivery in Kerala, India: Evidence from a National Family Health Survey. *Social Science and Medicine* 51(4): 511-21.
- Pai M. et al. 1999. A High Rate of Caesarean Sections in an Affluent Section of Chennai: Is it Cause for Concern? *National Medical Journal of India* 12(4): 156-158.
- Paige K. Paige J. 1981. *The Politics of Reproductive Ritual*. Berkeley: University of California Press
- Painter T.M. et al. 2004. Women 's Reasons for not Participating in Follow up Visits Before Starting Short Course Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Qualitative Interview Study. *British Medical Journal* 329: 543-546.
- Pallikadavath S. et al. 2004. Antenatal Care: Provision and Inequality in Rural North India. *Social Science & Medicine* 59: 1147-1158.
- Pallikadavath S. et al. 2005. HIV/AIDS in Rural India: Context and Healthcare Needs. *Journal of Biosocial Science* 37: 641-655.
- Pande R. 2000. From anti-arrack to total prohibition: the women's movement in Andhra Pradesh, India. *Gender Technology and Development* 4(1): 131-144.
- Paoli M.M.D. et al. 2002. Counsellors' Perspectives On Antenatal HIV Testing And Infant Feeding Dilemmas Facing Women With HIV In Northern Tanzania. *Reproductive Health Matters* 10(20): 144-156.
- Paras D. 1990. *Dowry and protection to married women*. New Dehli: Deep and Deep Publications.
- Parfionovitch Y. et al. 1992. *Tibetan Medical Paintings, Illustrations to the Blue Beryl Treatise of Sangye Gyamtso (1653-1705 : Plates and Text 2 Vols.)*. New York: Harry N Abrams.
- Parsons E. Atkinson P. 1992. Lay constructions of genetic risk. *Sociology of Health and Illness* 14 (4)
- Patel Vibbuti. 1984. Amniocenteses and Female Foeticide: Misuse of Medical Technology. *Socialist Health Review* 1(2): 69-71.
- Patel T. 1994. *Fertility Behaviour : Population and Society in a Rajasthan Village*. Dehli: Oxford University Press.
- Patel T. 2007. *Sex-Selective Abortion in India : Gender, Society and New Reproductive Technologies*. New Delhi; Sage Publication
- Patel V. et al. 2005. Chronic fatigue in developing countries: population based survey of women in India. *British Medical Journal* 330(7501): 1190
- Patel. T. 2007. *Sex-Selective Abortion in India : Gender, Society and New Reproductive Technologies*. New Delhi; Sage Publication
- Paterson-Brown S. 1998. Should Doctors Perform an Elective Caesarean Section on Request? Yes, as long as the Woman is Fully Informed. *British Medical Journal* 317: 462-465.

- Paul D.J. 2000. *Siddha Medicine. A Handbook of Traditional Remedies*. New Delhi: Penguin Books
- Paul L.Paul. B.D. 1975. The Maya Midwife as a Sacred Specialist: A Guatemalan Case. *American Ethnologist* 2: 707-726
- Paumier M. 2001. *L'accouchement à domicile en France. Mémoire de DEA en anthropologie. Option anthropologie bioculturelle.*, CReCSS, Université Paul Cézanne., Aix Marseille
- Peake M. *et al.* 2005. Randomized trial of continuous positive airways pressure to prevent reventilation in preterm infants. *Pediatr Pulmonol.* 39(3): 247-250.
- Peedicayila A. *et al.* 2004. Spousal physical violence against women during pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 111(7): 682-687
- Pendse V. 1999. Maternal Deaths in an Indian Hospital: A Decade of (No) Change? *Special Edition. Reproductive Health Matters* 43-50 at 43: 119-126
- Pendse V. 2000. Maternal Deaths in an Indian Hospital: A Decade of (No) Change? In *Safe motherhood initiatives: critical issues: Reproductive Health Matters*
- Petchesky R.P. 2001. Re-Theorizing Reproductive Health and Rights in the Light of Feminist Cross-Cultural Research. In *Cultural Perspectives on Reproductive Health*, ed. C Malkouf Obermeyer, pp. 277-299. New York: Oxford University Press
- Pickstone J. 2000. *Way of Knowing. A New History of Science, Technology and Medicine*. Manchester: Manchester university Press
- Piette A. 1996. *Ethnographie de l'action. L'observation dans les détails*. Paris.: Métailié
- Pigg S.L. 1997a. "Found in Most Traditional Societies" Traditional Medical Practitioners between Culture and Development. In *International Development and the Social Sciences*, ed. F Cooper, R Packard, pp. 259-290. London: University of California Press
- Pigg S.L. 1997b. Authority in Translation: Finding, Knowing, Naming, and Training "Traditional Birth Attendants" in Nepal. In *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, ed. R E.Davis-Floyd, C F.Sargent, pp. 233-362. Berkeley: University of California Press.
- Pillai K. 1998. *History of Siddha Medicine*. Chennai: Department of Indian Medicine and Homoeopathy. First edited in 1979
- Pinto S. Forthcoming. Where There Is No Midwife: Birth and Loss in Rural Life in India. *Fertility, Reproduction and Sexuality* 10
- Pnud. 2005. *Rapport mondial sur le développement humain. Ch 2. Inégalité et développement humain*, Programme des Nations Unies pour le Développement, Paris
- Poitevin G. 2001. *Sortir de la sujétion. Essais sur la subordination des parias de l'Inde, femmes et intouchables*. Paris: L'Harmattan
- Pool R. 1987. Hot and Cold as an Explanatory Model : the Example of Bharuch district in Gujarat, India. *Sociales Sciences and Medicine* 25(4): 389-399
- Pordié L. 2003. *The expression of religion in Tibetan medicine. Ideal conceptions, contemporary practices and political use*. Pondicherry: French Institute of Pondicherry
- Pordié L. 2005a. Emergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines. In *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, ed. L Pordié, pp. 225-265. Paris: Karthala.
- Pordié L. 2005b. *Panser le monde, penser les médecines*. Paris: Karthala
- Porreco R.Thorp J. 1996. The cesarean birth epidemic: Trends, causes, and solutions. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 175: 369-374.
- Pourchet L. 2000. *Anthropologie de la petite enfance en société créole réunionnaise*, Hauts de Sainte Marie)
- Prakasa R. 1982. *Marriage, The Family and Women in India*. Delhi: Printox: South Asia Books
- Prod. 2002. Reform option title
- Ensuring traditional birth attendant training includes practical instruction, Karnataka.

- Pundel J. 1969. *Histoire de l'opération césarienne. Etude historique de la césarienne dans la médecine, l'art et la littérature, les religions et la législation*. Bruxelles: Presses Académiques Européennes
- Puri M.Jain S. 2001. Profile of Indian women requesting reversal of sterilisation. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 27(1): 46
- Qadeer I.Visvanathan N. 2004. How Healthy Are Health and Population Policies? The Indian Experience. In *Unhealthy Health Policy.A Critical Anthropological Examination.*, ed. A Castro, M Singer, pp. 145-160. Oxford: Altamira Press
- Quaghebeur A. *et al.* 2004. Low efficacy of nevirapine (HIVNET012) in preventing perinatal HIV-1 transmission in a real-life situation. *AIDS* 18(13): 1854-1856
- Rabkin M.El-Sadr E.M. 2004. *Sauver des mères, sauver des familles: l'initiative Ptme-Plus. Etude de cas.*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- Raheja G.G.Gold A.G. 1994. *Listen to the Heron's Words: Reimagining Gender and Kinship in North India*. Berkeley: University of California Press.
- Raisler J.Cohn J. 2005. Mothers, Midwives, and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *Journal of Midwifery and Women's Health* 50(4): 275-282
- Rajendran J. *et al.* 2004. *HIV/AIDS and Sex Education Program for Women Through Self Help Group in Rural Areas of Vellore District in Tamil Nadu*. Abstract n°D12465. Presented at XV International Aids Conference.
- Ram K. 1994. Medical Management and Giving Birth: Responses of Coastal Women in Tamil Nadu. *Reproductive Health Matters* 4: 20-26.
- Ramasubban A.Rishyasringa B. 2005. *AIDS and Civil Society: India's Learning Curve*. Delhi: Rawat.
- Ramasubban R. 1995. Patriarchy and the Risks of STD and HIV Transmission to Women. In *Women health in India, Risk and vulnerability*, pp. 212-219. Mumbai: Oxford University Press
- Ramasubban R.Jeebhoy S. 2000. *Women's Reproductive Health in India*. Jaipur & Delhi: Rawat.
- Ramasubban R.Rishyasringa B. 2001. Weakness ('Ashaktapana') and Reproductive Health among Women in a Slum Population in Mumbai. In *Cultural Perspectives on Reproductive Health*, ed. CM Obermeyer. Oxford: University Press.
- Ramasundaram S. 2002. Can India Avoid Being Devastated by HIV? Editorials. *British Medical Journal* 324: 182-183.
- Rao S. *et al.* 2001. Safer Maternity in Rural Uttar Pradesh: Do Primary Health Services Contribute? *Health Policy and Planning* 16(3): 256-263.
- Ravindran S.Berer M. 1999. Introduction: Preventing Maternal Mortality: Evidence, Leadership, Resources, Action. In *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, ed. M Berer, S Ravindran. Oxford: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.
- Ray A.M.Saliu H. 2004. The impact of Maternal Mortality Interventions Using Traditional Birth Attendants and Village Midwives. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 24(1): 5-11.
- Razon N.A. 2006. Making AIDS Indian: Examining the Impact of Siddhars on the HIV Epidemic, Tamil Nadu , India. In *Figures contemporaines de la santé en Inde.*, ed. P Cohen, pp. 79-104. Paris: Karthala.
- Reedzu J. 2005. *How traditional birth attendants are combating unsafe childbirth and HIV/AIDS.*, Oxfam., India
http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0505informed.htm
 (page consultée le 26.04.06).
- Reiniche M.-L. 1979. *Les dieux et les hommes. Etude des cultes d'un village du Tirunelveli. Inde du Sud*. Paris: Mouton
- Reynolds H.B. 1991. The Auspicious Married Woman. In *The Power of Tamil Women*, ed. S Wadley, pp. 35-60. New Delhi: Manohar.

- Ricard P. 2004. Stérilisation. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, ed. D Lecourt, pp. 1082-1086. Paris: PUF
- Roberts J.M. 2000. Clinical review Recent advances: Obstetrics. *British Medical Journal* 2000: 33-35
- Romney M.Gordon H. 1981. Is Your Enema Really Necessary? *British Medical Journal* 282(6272): 1269-1271.
- Rozario S. 1995. Dai and Midwives: The Renegotiation of the Status of Birth Attendants in Contemporary Bangladesh. In *The Female Client and the Health-Care Provider*, ed. JHaCV (eds), pp. 91-112. Ottawa: International Development Research Centre (IDRC)
- Rozario S.Samuel G. 2002. *The Daughters of Hariti: Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia*. London and New York.: Routledge.
- Sabala. 1999. Breaking the Silence: Exploring Women's Sexuality. *Voices. A Journal on Communication for Development*. April 1999. 3(1).p.22-24.
- Sabu G. et al. 1998. Female Infanticide in Rural South India. *Search Bulletin* 12(3): 18-26.
- Sadgopal M. 2006. *Experiences with AYUSH and good traditional practices like placenta beating etc.* Presented at National Dialogue: Women, health and development, Mumbai
- Saha S.Ravindran T.K.S. 2002. Gender Gaps in Research on Health Services in India. *Journal of Health Management* 4(2): 185-214.
- Saillant F.Gagnon E. 1999. Vers une anthropologie des soins. Introduction. *Anthropologie et sociétés* 23(2): 5-14.
- Saillant F.Genest S. 2005. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*: Les Presses de l'Université de Laval
- Samuel N.M. et al. 2002. *Observational study to administer AZT, lamivudine and nevirapine to pregnant women to reduce mother to child transmission in Namakkal, South India*. Presented at International Congress Drug Therapy HIV 2002 Nov 17-21;6:
- Sanou K.A. et al. 2004. *Establishing a PMTCT program in primary health care services: needs assessment*. Presented at XV International Aids Conference. Abstract number: B12327, Bangkok
- Saravanan S. 2000. *Violence Against Women in India. A Literature Review*, Institute of Social Studies Trust (ISST), Delhi
- Sargent C. 1985. Witches, Merchants and Midwives: Domains of Power Among Bariba. In *African Healing Strategies*, ed. Bd Toit, IH Abdalla, pp. 96-108. New York: Trado-Medic Books:
- Sargent C.Bascope G. 1996. Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. *Medical Anthropology Quarterly* 10(2): 213-236.
- Savage W. 1999. Caesarean section on the rise. *National Medical Journal of India* 12: 146-149
- Schaider J. et al. 1999. International Maternal Mortality Reduction: Outcome of Traditional Birth Attendant Education and Intervention in Angola. *Journal of Medical Systems*. 23(2): 99-105.
- Scheper-Hugues N.Lock M. 1987. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly* 1 (1): 6-41
- Semrau K. et al. 2005a. Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *Aids* 19(6): 603-9
- Semrau K. et al. 2005b. Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS* 19(6): 603-609
- Sen A. 2004. *L'économie est une science morale*. Paris: La Découverte
- Seshu M. 2005. Talking about sex. *InfoChange News & Features*
<http://www.infochangeindia.org/analysis75.jsp> (page consultée le 16.02.06).
- Sethi C.K. 2002. Caesarean deliveries on rise; docs blame it on patients. *Chandigarh Tribune* June 8
- Shah A. 1998. *The Family in india. Critical Essays*. New Dehli: Orient Longman. P 173. pp.

- Shankar A.V. *et al.* 2003. Women's Acceptability and Husband's Support of Rapid HIV Testing of Pregnant Women in India. *AIDS Care* 15(6): 871-874.
- Shankar D. 2001. *Agenda for Revitalization of Indian Medical Heritage* –. Delhi: Voluntary Health Association of India
- Shankar D. *et al.* 1999. Cultural Richness of Green Pharmacy. *FRLHT Newsletter* 10
- Sharma N. *et al.* 1990. An Indepth Study of the Role of Traditional Birth Attendants in Providing Intranatal Care in an Urban Slum and Villages of Delhi. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 40(3): 617-622.
- Sharma P. 2005. Women and AIDS in India through a Gender Lens. *India Anthropologist* 35 (1&2): 83-95
- Shaukat M.Panakadan S. 2004. HIV/AIDS in India: Problem and Response. In *AIDS in Asia. The Challenge Ahead*, ed. JP Narain, pp. 175-192. New Delhi: Sage Publications
- Sindzingre N. 1994. La nécessité du sens: L'explication de l'infortune chez les senufo. In *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.*, ed. M Augé, C Herzlich, pp. 93-122. Amsterdam: Editions des archives contemporaines (1ere édition en 1984)
- Singh A.Kaur A. 1993. Perceptions of Traditional Birth Attendants Regarding Contraceptive Methods. *Journal of Family Welfare* 39(1): 36-39
- Skinner D. *et al.* 2004. PMTCT Services Can Be Hard to Access Even With the Best Intentions. Abstract n° TuPeD5135. Presented at XV International Aids Conference, Bangkok.
- Smith J. *et al.* 2000. The Impact of Birth Attendant Training on Delivery Complications in Ghana. *Health Policy Plan* 15(3): 326-331.
- Songok E.E. *et al.* 2003. The Use of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Rural Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 69(1): 8-13.
- Sournia J.-C. 1986. *Médecins arabes anciens (Xe et XIe siècles)*. Paris: CILF
- Souza M.E. 1994. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 3: 358–366
- Sperling R. *et al.* 1996. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *The New England Journal of Medicine* 335: 1621-1629
- Sreevidya S.Sathiyasekaran B. 2003. High caesarean rates in Madras (India): a population-based cross sectional study. *BJOG* 110(2): 106-11
- Srinivas M. 1996. *Village, Caste, Gender and Method. Essays in Indian Social Anthropology*. Delhi: Oxford University Press. P 242 pp.
- Srinivasan K. 1998. Population: The Rising Graph. In *Indian Horizons*, ed. O Kejariwal. Delhi: Indian Council for Cultural Relations.
- Srinivasan R. 2001. Health Insurance in India. *Health and Population Perspectives and Issues*. 24(2): 65-72.
- Staugaard F. 1992. Role of Traditional Health Workers in Prevention and Control of AIDS in Africa. *Tropical Doctor* 22(3): 121-122.
- Steffen M. 2004. La lutte contre le sida. Un enjeu exemplaire et mondial de santé publique. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, ed. D Lecourt. Paris: PUF
- Stephens C. 1992. Training Urban Traditional Birth Attendants : Balancing International Policy And Local Reality. Preliminary Evidence From The Slums of India on The Attitudes and Practices of Clients and Practitioners. *Social Sciences and Medicine* 35: 811-817
- Stern R. 2005. [AIDS-INDIA] Indian Government Bureaucracies Kill Off People Living with AIDS. aids-india@yahoo.com, April 11, 2005
- Stevenson S. 1920. *The Rites of the Twice Born*. Oxford: Oxford University Press.
- Stork H. 1992. *Roles and Rituals for Hindu Women*. Delhi: Motilal Banarsidass Publishers.

- Strathern M. 1999. *Technologies of Procreation. Kinship in the Age of Assisted Conception* (1ère édition 1993). Londres & New York: Routledge
- Subbarayappa B. 1997. Siddha Medicine: an Overview. *The Lancet* 350(9094): 1841-1844.
- Suryavanshi N. *et al.* 2006. *Repeat Pregnancy in Indian Women with known HIV Status*. Presented at 16th International AIDS Conference, Toronto
- Swaminathan M. *et al.* 1998. Confronting Discrimination: Some Approaches to the Issue of Female Infanticide. *Search Bulletin* 13(3): 64-74.
- Tambiah S. 1973. Dowry and Bridewealth and the Property Rights of Women. In *Bridewealth and Dowry*, ed. J Goody, S Tambiah, pp. 59-169. London: Cambridge University Press
- Taverne B. 1999. Représentations de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et message d'information sanitaire au Burkina Faso. *Cahiers Santé* 9 : 195-9
- Thaddeus S. Maine D. 1994. Too far to walk: Maternal Mortality in Context. *Social Sciences and Medicine* 38(8): 1091-1110.
- Thompson C. 1985. The Power to Pollute and the Power to Preserve : Perception of Female Power in a Hindu Village. *Sociales Sciences and Medecine*, Vol 21, N°6: pp 701-711
- Tillard B. 2002. *Des familles face à la naissance*. Paris: L'harmattan
- Tillard B. 2004. Le placenta : entre oubli familial et investissement médical. *Face à Face* 6: http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/pdf/faceaface_6.pdf (page consultée le 23.04.06).
- Tnsacs. 2005. *Siddha Page*. [http:// www.aidsfreetn.com/tnsacs/siddhapage.html](http://www.aidsfreetn.com/tnsacs/siddhapage.html) (page consultée le 14.01.2006)
- Traoré A.T. 2006. Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité à son conjoint au sein de couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sciences Sociales et Santé* 24(2): 43-68
- Trostle J.A. 2005. *Epidemiology and Culture*. Cambridge: Cambridge University Press
- Trouillet P.-Y. A paraître. Mapping the Management of Threatening Gods and Social Conflict: A Territorial Approach of Processions in a South Indian Village (Tamil Nadu). In *South Asian Religions on Display: Religious Processions in South Asia and in the Diaspora.*, ed. K Jacobsen. London: Routledge South Asian Religion Series
- Uberoi P. 1993. *Family, Kinship and Marriage in India*. Delhi: Oxford University Press.
- Unaid. 2002. *Ancient Remedies, New Diseases: Involving Traditional Healers to Increase Access to AIDS Care and Prevention in East Africa*. Geneva: UNAIDS .
- Unaid. 2003. *Response to HIV/AIDS in India*, UNAIDS., New Delhi.
- Unaid. 2006. Country Update. India. http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/india.asp. Consulté le 26.01.07.
- Unaid/Who. 2004. *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*. UNAIDS/WHO Global HIV/AIDS Online Database. http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2004/EFS_PDFs/EFS2004_IN.pdf. (page consultée le 05.08.05).
- Undp. 2003. *Synopsis of Tamil Nadu*, UNDP <http://www.undp.org.in/hdrc/shdr/Synopsis/TN.pdf> (page consultée le 17.07.06)
- Unesco. 2002. *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care. Toward a Handbook for India Overall Assessment Case Studies Strategies.*, UNESCO Division of Cultural Policies., Geneva.
- Unicef. 1997. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, New York
- Vadir A.Sandeep K. 1995. Status of Women : Production and Reproduction. *Radical Journal of Health*. 1995. 1(2). P.162-167
- Van Der Geest S. Whyte S. 2003. Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments. *Anthropologie et Sociétés* 27(2): 97-117.

- Van Gennep A. 1981. *Les rites de passage*. Paris: Editions Picard (écrit en 1901).
- Van Hollen C. 1998. Moving Targets: Routine IUD Insertion in Maternity Wards in Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters* 6(11): 98-105.
- Van Hollen C. 2003a. *Birth on the Threshold. Childbirth and Modernity in South India*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Van Hollen C. 2003b. "Baby Friendly" Hospitals and Bad Mothers: Maneuvering Development during the Postpartum Period. In *Birth on the Threshold Childbirth and Modernity in South India*, ed. CV Hollen, pp. 166-205. Berkeley: University of California Press.
- Van Hollen C. 2003c. The Professionalization of Obstetrics in Colonial India. The "Problem" of Childbirth in Colonial discourse. In *Birth on the Threshold Childbirth and Modernity in South India*, ed. CV Hollen, pp. 36-55. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Vermeulen E. 2004. Dealing with doubt: making decisions in a neonatal ward in The Netherlands. *Social Science & Medicine* 59(10): 2071-2085
- Vicziany M. 2001. HIV and AIDS in India: love, disease and technology transfer to the Kamasutra condom. *Contemporary South Asia* Volume 10: 95 - 129
- Vidal L. 2000. Penser le risque de transmission : transmission de la mère à l'enfant et allaitement. In *Allaitement et VIH en Afrique*, ed. A Desclaux, B Taverne. Paris: Karthala
- Vijayakumari J. et al. 2005. *Discordant Couples among HIV Positive Pregnant Women in PMTCT Program*. Abstract n° Tu0a0305. Presented at 3rd International IADS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment., Rio.
- Vijayakumari J.J. et al. 2004. *Challenges Encountered in Administering the Second Dose Nevirapine to the Infants born to HIV Positive Women in Namakkal PMTCT Project, India*. Abstract n° ThPeB7034. Presented at XVth International AIDS Conference. . Bangkok.
- Viramma et al. 1995. *Une vie de paria : Le rire des asservis, Pays Tamoul, Inde du sud*. Paris: Plon, Terre Humaine./ Editions UNESCO. 615 p pp.
- Vishwanath L.S. 1998. Efforts of Colonial State to Suppress Female Infanticide: Use of Sacred Texts, Generation of Knowledge. *Economic and Political Weekly* 33(19): 1104-1112.
- Wadley S.S. 1991. *The Powers of Tamil Women*. New Delhi: Manohar.
- Wagner M. 1994. *Pursuing the Birth Machine: The Search for Appropriate Birth Technology*. Australia: Australian Print Group
- Walraven G. 2002. Commentary: Involving Traditional Birth Attendants in Prevention of HIV Transmission Needs careful consideration. *British Medical Journal* 324(7331): 224-225
- Walraven G. Weeks A. 1999. The role of (traditional) Birth Attendants With Midwifery Skills in the Reduction of Maternal Mortality. *Tropical Medicine and International Health* 4: 527-529.
- White D.G. 2002. Le monde dans le corps du Siddha. Microcosmologie dans les traditions médiévales indiennes. In *Images du corps dans le monde hindou*, ed. V Bouillier, G Tarabout, pp. 189-212. Paris: CNRS.
- Whittaker A. 1999. Birth and the Post Partum in Northeast Thailand : Contesting Modernity and Tradition. *Medical Anthropology* 18: 215-242.
- Who. 1986. *Maternal Mortality Rates: A Tabulation of Available Information*. 2d ed., World Health Organization, Geneva.
- Who. 1993. *HIV Prevention and Care: Teaching Modules for Nurses and Midwives*, WHO WHO/GPA/CNP/TMD/93.3, 1993, Geneva.
- Who. 1994. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 1995a. *Integrated Management of the sick child*, Bulletin World Health Organisation

- Who. 1995b. *Integrated Management of the Sick Child*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 1997. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2002. *The Safety and Feasibility of Female Condom Reuse*, World Health Organization, New York
- Who. 2003. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*, WHO, Geneva.
- Who. 2004a. *Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2004b. *Skilled attendant at birth - 2004 Global Estimates*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2004c. *Maternal Mortality in 2000, Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva.: World Health Organization
- Who. 2004d. *Antiretroviral Drugs and the Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV Infection in Resource-Limited Settings*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2004e. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection Generic Training Package*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2004f. *Maternal Mortality in 2000, Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2004g. *Guidelines on care, Treatment and Support for Women Living with HIV/ AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings*, World Health Organization., Geneva.
- Who. 2004h. *Experiences of 100% Condom Use Programme in Selected Countries of Asia*, World Health Organization, New York
- Who. 2005a. *Health in the Millennium Development Goals. Goals, Targets and Indicators Related to Health*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2005b. *"3X5" Country Profile for Treatment Scale Up. June 2005*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2005c. *Testing and Counselling*, World Health Organization, Geneva.
- Who. 2007. *Toward Universal Access. Scaling up priority HIV/ AIDS interventions in the health sector. Progress Report. Avril*, WHO, UNAIDS, UNICEF, Geneva.
- Who/Unaid/Unfpa. 2005. *The female condom FC2 Joint WHO/UNAIDS/UNFPA Statement*, http://www.who.int/reproductive-health/stis/female_condom.en.html. Page consultée le 20.09.06.
- Wiegiers T. *et al.* 2000. Variation in home-birth rates between midwifery practices in The Netherlands. 16(2): 96-104
- Wujastyk D. 2003. *The Roots of Ayurveda: Selections from Sanskrit Medical Writings*. London, New York: Penguin Group
- Yao M.N. 2002. Traditional Birth Attendants and Community Health Workers Can in Fact Play a Role in Sensitisation. *British Medical Journal* 324: 222-225
- Yoganarasimhan S.N. 2000. *Medicinal plants of India Tamil Nadu Volume 2*. Bangalore: Cyber Media
- Zucca M. *et al.* 2004. *Integration of PMTCT in the Continuum of Post-Natal Care and Socio-Economic Support*. Presented at XV International Aids Conference. Abstract number: WePeE6882, Bangkok.
- Zvelebil K.V. 1996. *The Siddha Quest for Immortality . Sexual, Alchemical and Medical Secrets of the Tamil Siddhas*. Mandrake of Oxford: Paperback.

PHOTOGRAPHIES⁶⁶⁵

⁶⁶⁵ Copyright Pascale Hancart Petitet@. Avec l'aimable autorisation des personnes photographiées.

VIES DE FEMMES A KARIK

Labeur quotidien



Mère et fille : Séance de maquillage avant une fête



Mañsaṇṇīr, rite de puberté



Cérémonie de mariage



Valaikāppu, rite du septième mois de la grossesse



Première *puja* pour un nouveau-né
Cour de la maternité . Hôpital Général de Pondichéry



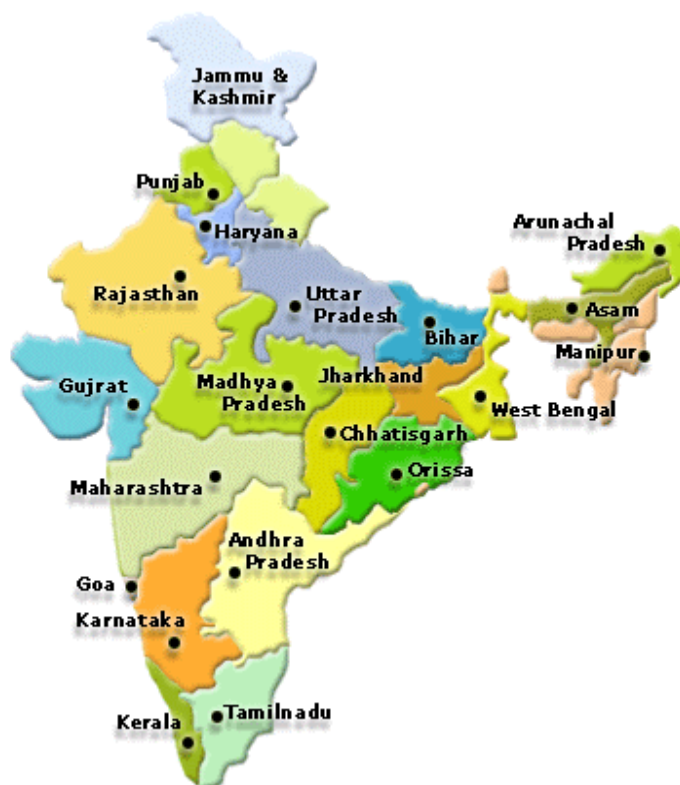
Une jeune accouchée et son bébé



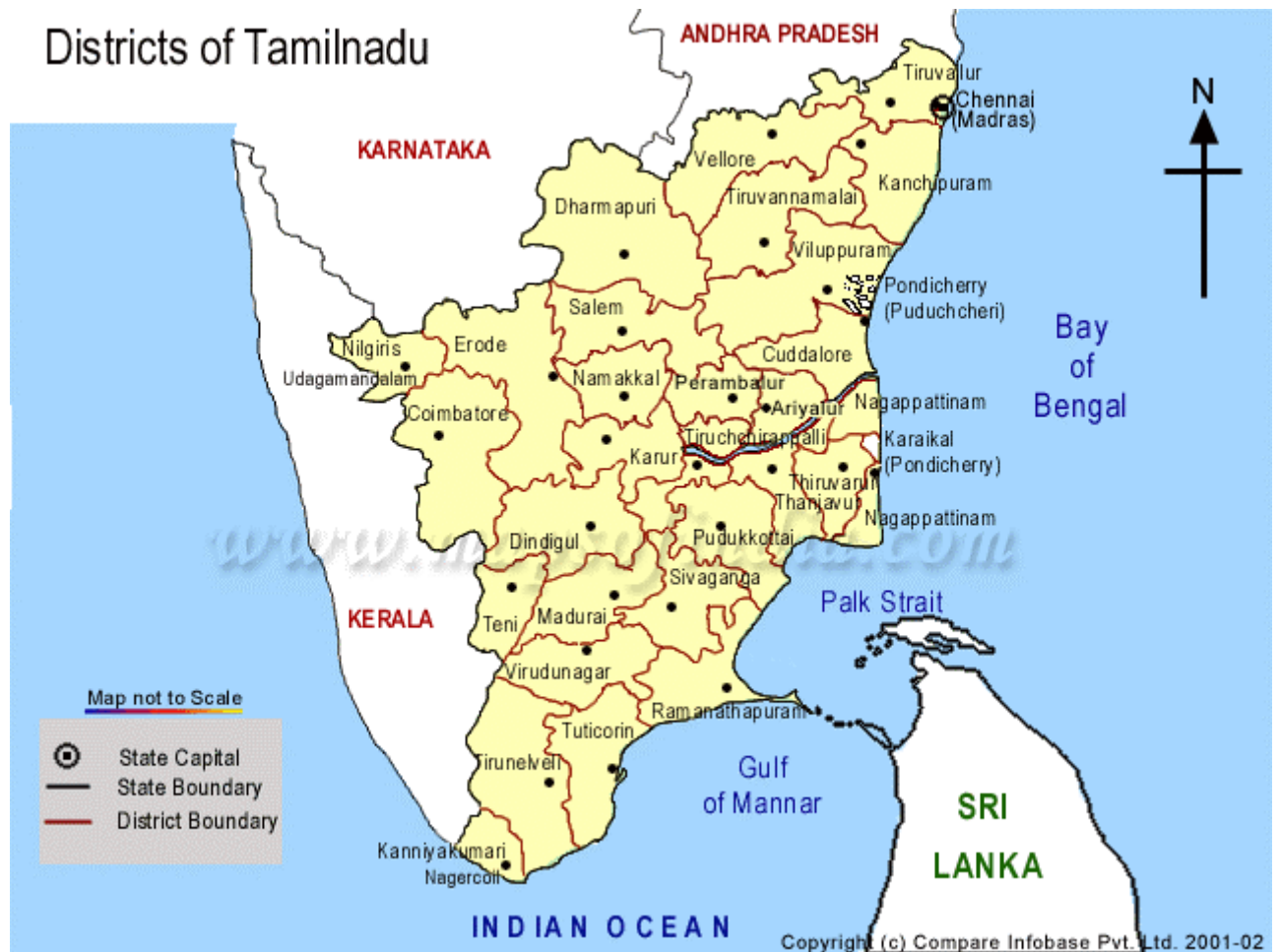
ANNEXES

CARTES DE L'INDE

Carte des Etats Indiens



Carte de l'état du Tamil Nadu



MÉTHODE ET INFORMATEURS

L'enquête a été construite à partir de plusieurs types de méthodes, la collecte de données structurée, non structurée et les méthodes dites « classiques » de l'ethnographie. Ces entretiens ont été menés en groupe et en individuel auprès de certaines femmes du village de Karik, du personnel médical travaillant dans des cliniques privées à Pondichéry et dans deux centres de soins primaires dans les environs de Pondichéry. La maternité de l'hôpital de Namakkal fut le lieu de nombreux entretiens individuels auprès du personnel du programme PTME du VIH, des infirmières, des auxiliaires sages-femmes de la salle d'accouchement et des femmes hospitalisées dans le cadre du programme d'accès aux antirétroviraux. Enfin une série d'entretiens a été menée auprès de personnes travaillant dans des ONGs de lutte contre le sida à Chennai mais ces données n'ont pas été exploitées.

Les entretiens avec les femmes villageoises

Durant une période de trois ans, une à trois visites hebdomadaires à Karik ont permis la collecte de données suivante. Dix séries d'entretiens en groupe de 3 à 5 femmes portent sur la conception, la grossesse, l'accouchement, deux séries d'entretiens avec 3 personnes portent sur la perception des services de soins et une série porte sur le sida. 15 entretiens individuels ont été menés sur l'expérience personnelle de la maternité. La majorité de ces entretiens a été réalisée sur le perron de la maison de Papathie, un lieu où les femmes du voisinage ont coutume de venir s'asseoir et de discuter. Un entretien avec un groupe de 6 femmes a été conduit à mon domicile, lors d'un « goûter » que j'avais organisé à l'occasion d'une sortie « en ville »⁶⁶⁶. Parmi l'ensemble des femmes rencontrées à Karik, quatre l'ont été régulièrement et sur l'ensemble des périodes de terrain.

Code	Sexe	âge	caste	Statut matrimonial	Occupation principale	Situation familiale
Papathie	2	38	Arundathyar	mariée	Employée à la crèche du village	4 enfants
Pallanie	2	36	Arundathyar	mariée	Travailleuse agricole Représentante de l'association des femmes du quartier	3 enfants
Angelai	2	52	Ambattan	mariée	matrone	2 enfants
Tamarine	2	23	Arundathyar	Célibataire puis mariée	Femme au foyer	1 enfant

De nombreux entretiens non structurés et des observations ont été menés à Karik, lors des travaux des champs et lors des cérémonies de puberté et de mariage et lors des rites de la grossesse.

⁶⁶⁶ Les conditions du recueil de données sont mentionnées dans le texte.

Les matrones

Les matrones, informatrices principales, ont été rencontrées à leur domicile à trois reprises. Il s'agit de Satchadie, dans la ville de Pondichéry, d'Angelai dans le village de Karik, et de Palavanakodie dans le village de Sunavor. Les entretiens d'une durée de une à trois heures ont été enregistrés, traduits et retranscrits. Toutes ont été contactées par l'intermédiaire du réseau de connaissance établi. Je leur ai rendu visite en étant accompagnée par la personne de leur entourage qui m'avait permis de les rencontrer.

Cinq autres entretiens non enregistrés, d'une durée de 30 à 40 minutes, ont été menés avec d'autres matrones. Deux résidaient dans deux villages des environs de Pondichéry, deux autres dans les environs de Namakkal. Un entretien a été mené auprès d'une matrone résidant dans l'état du Maharashtra rencontrée lors d'un colloque sur le sida à Chennai.

Les personnels des services de soins

L'enquête auprès des personnels médicaux des services de soins (centre de soins de santé primaire, cliniques privées, maternité d'hôpitaux publics) a été menée pendant leurs heures de travail. Le propos de l'étude étaient d'interroger ces personnes sur leurs activités professionnelles quotidiennes, sur leurs contraintes à répondre aux objectifs posés par leur hiérarchie et sur leurs perceptions des patientes fréquentant leurs services. Les entretiens menés dans la majorité des institutions ont été ponctuels et non renouvelés. Quatre séjours d'une semaine ont pu être réalisés dans les locaux de l'hôpital général 3 (maternité de l'hôpital de Namakkal) et ont permis de réaliser des entretiens répétés à deux ou trois reprises avec la majorité du personnel mentionné.

Institution / N°	Sexe	âge	Profession	Affectation
Centre de soins A	F	38	Auxiliaire infirmière sage-femme	Soins et consultation mère enfant
Centre de soins B	F	42	Infirmière	Soins et consultation mère enfant
Clinique privée A/1	F	55	Médecin gynécologue obstétricienne	Consultation/ bloc obstétrical
Clinique privée A/2	F	32	Médecin gynécologue obstétricienne	Consultation/ échographie/bloc obstétrical
Clinique privée A/3	1	60	Médecin chef de service	chef de service
Clinique privée B	F	29	Médecin gynécologue obstétricienne	Consultation
Clinique privée C/1	F	28	Médecin gynécologue obstétricienne	Consultation/bloc obstétrical
Clinique privée C/2	F	25	Infirmière	Hospitalisation maternité
Hôpital Général 1	F	45	Infirmière surveillante générale maternité	Consultation/ bloc obstétrical
Hôpital Général 2	F	40	Médecin responsable du programme PTME	Maternité
Hôpital Général 3 Personnel temporaire /1	M	52	Médecin orthopédiste	Directeur médical
Hôpital Général 3 Personnel temporaire/2	F	43	Infirmière	Salle d'accouchement

Hôpital Général 3 Personnel temporaire/3	F	45	Infirmière	Salle d'accouchement
Hôpital Général 3	F	39	Infirmière	Salle Personnel temporaire/3/ d'accouchement
Hôpital Général 3 Personnel temporaire/3	F	42	Auxiliaire sage-femme	Salle d'accouchement
Hôpital Général 3 Personnel temporaire/4	F	38	Auxiliaire sage-femme	Salle d'accouchement
Hôpital Général 3 Equipe PTME/1	M	60	Directeur du programme	Faculté de médecine Chennai
Hôpital Général 3 Equipe PTME/2	M	60	Assistante du Directeur du programme	Faculté de Médecine Chennai
Hôpital Général 3 Equipe PTME/2	M	29	Etudiant en virologie	Faculté de Médecine Chennai
Hôpital Général 3 Equipe PTME/3	M	31	Médecin coordinateur local du programme	Consultation pédiatrique
Hôpital Général 3 Equipe PTME/4	F	45	Coordinatrice locale du programme	Consultation prénatale/ Conseil
Hôpital Général 3 Equipe PTME /ART/5	M	41	Conseiller	Conseil PTME et ART
Hôpital Général 3 Equipe PTME/6	F	22	Nutritionniste	Consultation prénatale/ Conseil
Hôpital Général 3 Equipe PTME/7	F	23	Infirmière	Consultation prénatale/ Conseil/ Salle d'accouchement
Hôpital Général 3 Equipe PTME/8	F	21	Infirmière	Consultation prénatale/ Conseil/ Salle d'accouchement
Hôpital Général 3 Equipe PTME/9	F	28	Psychologue	Consultation prénatale/ Conseil
Hôpital Général 3 Equipe PTME/10	F	25	Laborantine	Laboratoire/ Conseil
Hôpital Général 3 Equipe PTME/11	F	39	Femme de salle	Consultation PTME

Les femmes suivies dans le service « HAART » à l'hôpital.

Des entretiens individuels non structurés ont été menés auprès de femmes infectées par le VIH soit lors des consultations de suivi de traitement, soit lors de leur hospitalisation d'une semaine à l'hôpital lors de la mise en œuvre du traitement antirétroviral gratuit.

Un groupe de discussion a été conduit à deux reprises avec huit femmes hospitalisées durant la même période. 18 entretiens individuels ont été menés sur une durée de 30 minutes à deux heures.

	âge	Statut matrimonial	Histoire obstétricale	Activité
1	33	Mariée	G2 P1	Femme au foyer
2	24	Mariée	G2 P2 (un enfant décédé du sida à trois	Femme au foyer

			ans)	
3	32	Mariée	G2P2	Femme au foyer
4	19	Mariée	G1P1 (un enfant décédé du sida à 11 mois)	Femme au foyer
5	26	Mariée	G2P2 (un enfant décédé du sida à 6 mois)	Femme au foyer
6	34	Veuve	G3P3	Femme au foyer
7	28	Veuve	G2P2	Institutrice
8	38	Veuve	G2P2	Tailleuse
9	40	Mariée	G1P1	Femme au foyer
10	23	Divorcée	G0P0	Vit avec ses parents
11	28	Mariée	G3P3 (un enfant infecté par le VIH)	Travailleuse agricole
12	11	Célibataire	–	Collégienne
13	40	Marié	G2P2	Femme au foyer
14	26 ans	Séparée	G0P0	Vit avec ses parents
15	21	Veuve	G0P0	Vit avec ses parents
16	27	Remariée, premier mari décédé, deuxième mari également infecté par le VIH	G0P0	Femme au foyer
17	27	Marié	G1P1	Secrétaire
18	30	Marié	G1P1	Travaille avec son mari sur les terres de ses parents

INDEX BOTANIQUE⁶⁶⁷

nom vernaculaire	nom botanique	nom commun (fr.)
<i>akatti</i>	<i>Sesbania grandiflora</i>	agatiflora
<i>āmaṇkku</i>	<i>Ricinus communis</i>	ricin
<i>āla</i>	<i>Ficus benghalensis</i>	figus, banyan
<i>araḷi</i>	<i>Thevetia peruviana</i>	laurier rose
<i>aricittippili</i>	<i>Piper longum</i>	poivre
<i>ēḷḷu</i>	<i>Sesamum indicum</i>	graine de sésame
<i>ilaikkalḷi</i>	<i>Euphorbia nivulia</i>	euphorbe à résine
<i>jātikkāy</i>	<i>Myristica fragrans</i>	noix de muscade
<i>kaṇaṭal</i>	<i>Rhizophora mucronata</i>	kandelia candel
<i>kañca</i>	<i>Cannabis sativa</i>	chanvre
<i>karumpu</i>	<i>Saccharum spontaneum</i>	canne à sucre
<i>kaṭukkāyā</i>	<i>Terminalia chebula</i>	chebulic myrobalan
<i>karuvēmpu</i>	<i>Garuga pinnata</i>	feuille de curry

⁶⁶⁷ Il s'agit d'un index des plantes mentionnées dans le texte.

<i>karuñcīrakam</i>	<i>Nigella sativa</i>	graine de cumin noir
<i>kasakasa</i> , ou <i>apini</i>	<i>Papaver somniferum</i>	graine de pavot
<i>kattari</i>	<i>Solanum melongena</i>	aubergine
<i>kāyā</i>	<i>Memecylon edule</i>	memecylon
<i>kēzvaraku</i>	<i>Eleusine coracana</i>	éleusine
<i>kuñkumam</i>	<i>Crocus sativus</i>	safran
<i>kuppaimēni</i>	<i>Acalypha indica</i>	ortie de l'Inde
<i>mañcal</i>	<i>Curcuma longa</i>	safran des indes
<i>mañilākkottai</i>	<i>Arachis hypogaea</i>	arachide
<i>miḷaku</i>	<i>Piper nigrum</i>	poivre blanc
<i>murunkai kirai</i>	<i>Moringa oleifera</i>	ben ailé
<i>nāyviḷā</i>	<i>Limonia acidissima</i>	tanaka
<i>nīrnocci</i>	<i>Vitex trifolia</i>	lilas de Perse
<i>palā</i>	<i>Artocarpus integrifolia</i>	jaquier
<i>paṇai</i>	<i>Borassus flabellifer</i>	palmier à sucre
<i>paruppukkīrai</i>	<i>Portulaca oleracea</i>	pourpier

<i>peruñcīrakam</i>	<i>Pimpinella anisum</i>	anis
<i>ppunṭu ou vellaiṭṭunṭu</i>	<i>Allium sativum</i>	oignons
<i>pulikkōṭṭai</i>	<i>Tamarindus indica</i>	tamarin
<i>sukku</i>	<i>Zingiber officinale</i>	gingembre séché
<i>uruvīyuppu</i>	<i>Achyranthes aspera</i>	queue de rat (nom créole)
<i>vacampu</i>	(<i>Acorus</i>) <i>Calamus</i>	acore
<i>vēmpu</i>	<i>Zadirachta indica</i>	margousier
<i>ventayam</i>	<i>Trigonella foenum-graecum</i>	fenugrec

Source:

Les noms vernaculaires des plantes et leurs circonstances d'utilisation (mentionnées dans le texte) ont été rapportés par mes informatrices du village de Karik.

Les informations concernant les noms botaniques et français ont été fournies par Mr. Aravadhji, Ingénieur d'étude. Département de Botanique. Institut Français de Pondichéry. L'ouvrage de Yoganarasimhan, SN (2000) a été consulté à titre de complément.

ASPECTS BIOMÉDICAUX DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH DANS LES PAYS DU SUD

Variabilité des taux de transmission verticale du VIH

Dans les pays du Sud, la transmission materno-infantile du VIH est responsable de 90 % des infections à VIH chez les enfants, les 10% restant sont infectés soit par le sang contaminé ou par abus sexuel (De Cock *et al*, 2000). En l'absence de prévention, environ 35 % des enfants nés de mère séropositive sont infectés. 10 % pendant la grossesse, 15 % pendant le travail et 10 % pendant l'allaitement maternel (Sperling *et al*, 1996). En 1994, l'essai clinique PACTG 076-ANRS 024 démontrait l'efficacité d'un médicament antirétroviral, la zidovudine (AZT) pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH au cours de la grossesse et lors de l'accouchement : la transmission à l'enfant était de 8 % en l'absence d'allaitement, dans le groupe recevant de la zidovudine et de 23 % dans le groupe placebo, soit une diminution de près de 70 % du risque de transmission (Sperling *et al*, 1996). Actuellement, ce taux est inférieur à 2% lorsque les mesures de prévention requises sont mises en oeuvre (traitements antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement, césarienne prophylactique et dons de substituts du lait maternel à l'enfant) (Newell, 2001; WHO, 2004g). Cependant, dans les pays à ressources limitées où vivent la grande majorité des femmes infectées par le VIH, ces programmes de prévention sont souvent limités.

Aspects spécifiques de la prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH

Les aspects spécifiques de la prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH dans les pays à ressources limitées ont été décrits par le rapport de WHO (2004g). Les enfants nés de mères infectées par le VIH ont un risque plus élevé de faible poids de naissance, de prématurité et de mortalité néonatale et périnatale. Les signes cliniques de l'infection à VIH chez l'enfant sont la malnutrition, les infections bactériennes à répétition, en particulier la pneumonie, les diarrhées persistantes et récurrentes, les infections buccales type muguet, les adénopathies, les éruptions cutanées et prurit ainsi que les toux chroniques. On note également des retards du développement et des problèmes neurologiques (Holmes, Kwarteng, 2001). La plupart des signes d'infection à VIH chez l'enfant sont communs et non spécifiques. Le diagnostic clinique est parfois difficile lorsque les examens de laboratoires ne sont pas disponibles (OMS, 2000). Il est cependant essentiel dans la majorité des sites de PTME du VIH des pays du Sud où le test biologique par le Western Blot ne peut être fait qu'à l'âge de 18 mois. Par ailleurs, le guide de l'OMS (WHO, 1995b) « Integrated management of the sick child » permettant l'évaluation de l'état de santé d'un enfant a été utilisé avec succès par des professionnels paramédicaux de la santé afin de diagnostiquer précocement les enfants infectés par le VIH (Horwood *et al*, 2003). De plus, des tests du VIH plus simples que ceux communément utilisés dans les pays du Nord sont parfois disponibles⁶⁶⁸.

⁶⁶⁸ Voir par exemple l'étude de Enzama et Mugenyi (2004)

Mécanismes biologiques de la transmission verticale du VIH

Deux explications de la transmission *intra partum* du VIH sont avancées par des scientifiques (ANRS, 2002)⁶⁶⁹. Premièrement elle est due à un contact direct du fœtus avec le sang maternel et les sécrétions génitales contenant des particules virales libres ou des cellules infectées. Par ailleurs, pendant le travail, les contractions utérines peuvent entraîner des micro-transfusions de sang maternel vers le sang fœtal. Un certain nombre de cofacteurs locaux ou généraux favorisent la présence du virus du VIH dans les sécrétions cervico-vaginales. Parmi les facteurs généraux les mieux identifiés, la grossesse et la contraception hormonale favorisent le portage génital alors qu'un traitement antirétroviral le diminue. Parmi les facteurs locaux, la présence d'une ectopie cervicale⁶⁷⁰ ou d'une cervicite⁶⁷¹, l'association à une maladie sexuellement transmissible vaginale ou cervicale, l'augmentation locale des cytokines⁶⁷² augmentent également le portage du VIH (ANRS, 2002).

Facteurs maternels et transmission verticale du VIH

La grossesse n'a pas d'effet sur la progression de l'infection à VIH. Par contre il est aujourd'hui connu que la grossesse augmente la vulnérabilité au VIH (Gray *et al*, 2005; McIntyre, 2005). Les facteurs maternels impliqués dans la transmission materno-fœtale du VIH sont liés à l'état de santé maternelle, au statut nutritionnel ainsi qu'à l'état d'avancée de la maladie (mesurée par la charge virale et le taux des lymphocytes CD4⁶⁷³). En l'absence de traitement ARV, une infection ancienne et un stade de maladie avancée augmentent la transmission verticale du VIH. Cette dernière est également déterminée par les événements médicaux survenus pendant la grossesse. L'existence d'infection sexuellement transmissible, d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes amniotiques, d'hémorragies pendant le travail ainsi que la présence de sang dans le liquide amniotique augmente la transmission verticale du VIH (Delfraissy, 2002; Heard, 2002; Newell, 2001). La transmission verticale du VIH dépend également de l'ensemble des soins médicaux mis à disposition des femmes infectées par le VIH.

Le taux de transmission mère-enfant du VIH est actuellement en France de 1 à 2 %. Chaque année, moins de 20 enfants naissent avec le VIH dans ce pays. Des techniques d'assistance médicale à la procréation permettent d'éviter la transmission à l'enfant du VIH ou du virus des hépatites. Les traitements antiviraux donnés aux femmes enceintes infectées par le VIH offrent de nombreuses possibilités. Ils permettent de diminuer le risque de transmission verticale du VIH, de fournir un traitement optimal pour la mère s'il existe une indication pour elle-même, de préserver les options thérapeutiques futures et assurer un véritable traitement post-exposition à l'infection en poursuivant le traitement antirétroviral chez l'enfant après la naissance (Matheron, 2004). Des études réalisées en

⁶⁶⁹ Ce document rapporte différentes études conduites à ce sujet dont je présente ici un résumé des résultats.

⁶⁷⁰ Ou ectopie endo-cervicale ou ectropion. Il s'agit de la présence de muqueuse endo-cervicale à l'extérieur du col utérin.

⁶⁷¹ Inflammation du col de l'utérus due à une infection parasitaire, microbienne ou virale.

⁶⁷² Protéines produites par les lymphocytes, les monocytes et les macrophages. Elles ont un rôle de stimulation ou d'inhibition, c'est à dire de régulation des phénomènes immunitaires.

⁶⁷³ Type de leucocytes (globules blancs) qui participent à la défense immunitaire de l'organisme contre les agents infectieux. Les lymphocytes B produisent les anticorps responsables de l'immunité humorale. Les lymphocytes T produisent des cellules responsables de l'immunité cellulaire

France ont montré que les interventions obstétricales ne modifiaient pas le taux de transmission du virus: forceps, césarienne programmée ou en urgence, épisiotomie. Par contre, ces mêmes études ont montré que l'amniocentèse⁶⁷⁴, l'amnioscopie⁶⁷⁵ et la rupture artificielle des membranes amniotiques étaient très « invasives »⁶⁷⁶ (Delfraissy, 2002).

Dans les pays à faible niveau de ressources sanitaires, les taux de transmission verticale du VIH sont généralement plus élevés en raison des prises en charge inexistantes ou de moindre qualité des patientes infectées par le VIH. Les distances séparant ces recommandations en matière de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH et leurs mises en œuvre demeurent parfois considérables. Les facteurs de cette limitation sont multiples et concernent les différents contextes sociaux et culturels et la façon dont ces programmes de santé ont été conçus (Berer, 1999). Par ailleurs, ces programmes proposent généralement une prise en charge médicamenteuse limitée à un protocole ARV⁶⁷⁷ à schéma court dont l'objectif est de réduire la transmission du VIH à l'enfant uniquement lors de l'accouchement. La plupart de ces programmes n'ont pas pour objectif de fournir des traitements antirétroviraux à long terme pour les mères prises en charge dans le cadre de leurs activités (WHO, 2004d)⁶⁷⁸. Ces programmes ne proposent pas non plus de traitements antirétroviraux aux nouveau-nés infectés par le VIH. Avant de décrire les pratiques obstétricales recommandées par les institutions internationales pour réduire la TME du VIH lors de l'accouchement, une courte revue à propos de la prise en charge médicamenteuse généralement choisie dans les pays du Sud pour réduire la TME du VIH est nécessaire.

Protocole ARV et transmission verticale du VIH

Le protocole à schéma court à la névirapine est le traitement antirétroviral le plus utilisé dans les pays du Sud afin de réduire la transmission verticale du VIH. Il est le plus simple et le moins cher (4 dollars US par patiente). Ce protocole est connu sous l'appellation HIVNET 012. Il consiste à l'administration d'une dose de névirapine 200 mg à la mère infectée par le VIH en début du travail d'accouchement et une dose de névirapine sirop au nouveau-né (2mg/kg) dans les 72 heures suivant la naissance (Guay *et al*, 1999). En 2004, une étude conduite en Thaïlande mit en évidence que les femmes ayant bénéficié de traitement à la névirapine dans le cadre de protocole de PTME du VIH pouvaient développer des résistances lors de traitements dits HAART⁶⁷⁹ comprenant de la névirapine (Jourdain *et al*, 2004). Une autre étude remet en cause l'efficacité du protocole HIVNET012 dans de nombreux contextes (Quaghebeur *et al*, 2004). Cependant l'OMS continue de promouvoir l'utilisation de la névirapine lorsque aucun autre protocole n'est disponible (WHO, 2004g)⁶⁸⁰. Une étude récente a montré qu'un traitement à la zidovudine à partir de la 28ème semaine de grossesse associé à une dose unique de névirapine durant le

⁶⁷⁴ Prélèvement par ponction, d'une petite quantité du liquide amniotique.

⁶⁷⁵ Examen réalisé en fin de grossesse pour visualiser la couleur du liquide amniotique en l'observant à travers les membranes amniotiques

⁶⁷⁶ Terme emprunté au langage biomédical.

⁶⁷⁷ ARV: Acronyme utilisé pour antirétroviral.

⁶⁷⁸ Lorsque c'est le cas, le terme anglais pour désigner ces programmes est l'appellation « MTCT + », soit « Mother to Child Transmission of HIV » +. Le « + » indique le caractère exceptionnel de ces programmes.

⁶⁷⁹ Acronyme désignant les thérapies antirétrovirales hautement actives soit en anglais Highly Active Antiretroviral Therapy.

⁶⁸⁰ Des essais sont en cours et laissent penser que l'administration d'une combinaison antirétrovirale à la mère pendant les quelques semaines qui suivent l'exposition à la dose unique de névirapine pourrait réduire les résistances à la névirapine (McIntyre *et al*, 2004).

travail pouvait réduire la TME de 1 à 2%, soit des taux équivalent à ceux observés dans les structures sanitaires européennes et nord-américaines dans les pays du Nord (Lallemant *et al*, 2005). Si ce protocole est désormais suivi en Thaïlande, ceci est rarement le cas dans d'autres pays du sud où les ressources ne sont pas suffisantes pour le mettre en oeuvre à grande échelle (Raisler, Cohn, 2005).

Pratiques obstétricales et transmission verticale du VIH

Dans les contextes où l'accès aux traitements antirétroviraux est limité, les pratiques obstétricales vont avoir un impact considérable sur le risque de transmission verticale du VIH au moment de l'accouchement (WHO, 1993; 2004e). Il est conseillé aux accoucheurs de ne pas avoir recours à l'épisiotomie en dehors d'une indication médicale (présentation du siège, forceps, souffrance fœtale). La pratique systématique de rupture artificielle des membranes est déconseillée. L'impact de ce geste sur la Transmission Mère Enfant du VIH est supérieur au risque lié à la durée du travail d'accouchement. Une durée de rupture des membranes supérieure à quatre heures augmente le risque de transmission. Par conséquent cette pratique doit être limitée au cas de souffrance fœtale ou lors d'une progression anormale de la durée du travail. L'utilisation de produit ocytotique est à éviter. Toute manipulation comme la rotation de l'enfant en cas d'une présentation du siège est proscrite. De même les interventions pouvant mettre en contact le sang de la mère et du fœtus, type recueil de sang sur le scalp fœtal et pose d'électrode fœtale sont à proscrire. Le recours à la césarienne pour les femmes infectées par le VIH n'est pas recommandé en tant qu'intervention de santé publique pouvant réduire la transmission verticale du VIH dans ces pays en dehors des risques infectieux et hémorragiques encourus lors de cette intervention (WHO, 1993)⁶⁸¹.

⁶⁸¹ En France, la césarienne était recommandée lorsque les traitements antirétroviraux n'étaient pas disponibles. Ce n'est plus le cas aujourd'hui

DIFFUSION DES RÉSULTATS

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

Publications

Hancart Petitet Pascale. 2004. Anthropological Perspectives on HIV/AIDS Transmission During Delivery. Dans: P. Cohen & S. Solomon (dir.) *AIDS and Maternity in India. From Public Health to Social Sciences Perspectives Emerging themes and Debates*, Publication du Département de Sciences Sociales n.8, Institut Français de Pondichéry/ French Institute of Pondicherry. Pp:211-224.

Hancart Petitet Pascale ; 2006. Une perspective « intime » sur les soignants. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud. Dans: A. Desgrée du Loû., B. Ferry (eds), *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*. Paris, CEPED. Pp : 189-207.

Hancart Petitet, Pascale ; 2007. Pragathi, Vellore. Ethnographic Views of *valaikappu*. A Pregnancy Rite in Tamil Nadu. *Indian Anthropologist* 37(1), Special Issue on the Ethnography of Healing (guest editor: L. Pordié).Pp: 117-145.

Communications:

2003

Accouchement et aspects culturels de la transmission du VIH. Séminaire Anthropologie du sida, 27-31 janvier 2003. Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme. Aix en Provence. France.

Anthropological Perspectives On HIV Mother To Child Transmission, The Example Of Tamil Nadu (South India). International Workshop, Social Science and AIDS in Southeast Asia: Inventory of Research Projects, Priorities and Prospects for the Future. November 10-12, 2003. Chiang Mai, Thailand.

2004

Notes on the sanitary, social and political stakes of Traditional Birth Attendant's training in India . International Workshop Mirrored Views on Healing Systems in India : Merging Policies, Politics and Practices. 19th and 20th of April 2004. French Institute of Pondicherry. India.

Transmission mère-enfant du Vih en Inde du Sud : Projet, approches théoriques, méthodologie et resultats preliminaires Séminaire "Anthropologie du sida" diplôme d'université / Certificat International d'Ecologie Humaine, option Ecologie humaine et santé. Du 24 au 28 mai 2004 Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés CReCSS/LEHA, Université Aix Marseille

Pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry. Deux figures du néotraditionnel au Tamil Nadu. Atelier « Anthropologie des thérapeutiques néo-traditionnelles ». Les 28 et 29 mai 2004. Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés CReCSS/LEHA, Université Aix Marseille.

Transmission du VIH et pratiques d'accouchement dans divers contextes sociaux en Inde du Sud. Programme Anthropologie de la Santé. Journée d'étude du 15 Juin 2004. MMSH. Aix Marseille

Poster: Transmission du VIH et pratiques d'accouchement en Inde du Sud, approche anthropologique. Université des Jeunes Chercheurs. AIDES 19 - 25 septembre. Carry Le Rouet.

HIV Transmission and Delivery Care in South India: Theoretical Approach and Practical Issues. NGO-Academe Research network on AIDS Medicines in Resource Poor Settings. An Inaugural Expert meeting. October 6th and 7th 2004, Amsterdam School of Social Sciences Research and University of Amsterdam. Amsterdam.

Regards croisés sur la naissance en Inde: Le cas des matrones. Séminaire Histoire, Anthropologie, Démographie de la Petite Enfance. 19 novembre 2004. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

Acceptabilité et conséquences du conseil et du dépistage volontaire du VIH en consultation prénatale, Un exemple en Inde du Sud. Colloque. La santé de la reproduction confrontée au sida : Enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du Sud. Les 22 et 23 novembre 2004. Centre d'Etude de la Population et du Développement, Paris.

2005

To be or not to be: The Traditional Birth Attendants and The Prevention of Mother to Child. Transmission of HIV in South India. Kultur Studier Seminar (Norwegian University) 13 avril 2005. Pondicherry. India.

Naissance en Inde du Sud: L'accouchement à domicile avec la matrone Angelai. Rencontres autour de la naissance. 8 Octobre 2005 Forcalquier. France

The demedicalization of Prevention of the Mother to Child Transmission of HIV With or without Traditionnal birth Attendants. Poster. International Conference on Aids. 22 October 2005. Chennai. India.

The success of Technobirth in India: The Caesarean Section Case. International seminar on "New Trends of Indian Medicines" French Institute of Pondichéry. 27 Octobre 2005. Pondicherry. India

2006

Naître dans une communauté d'Intouchables en Inde du Sud. Cycle de conférences. Exposition « Naissances, objets, rituels ». Musée de l'Homme. Paris. 4 Février.

Poster. HIV PMTCT In Home Delivery Care In South India: An Anthropological approach. HIV Congress 2006. 10-12 March. Mumbai. India

Genre, accouchement et ARVs. Observations en Inde du Sud. Atelier Anthropologie des ARVs dans les pays du Sud. 2006. 27-28 avril. Aix en Provence.

"HAART as An Opportunity to Improve HIV PMTCT ? An Indian Case Study" Abstract N°TUPE0824, Poster Exhibition. XVI International AIDS Conference. Toronto. 13-18 August, 2006.

« *Programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Inde du Sud : Dilemmes du chercheur et questions d'éthique autour des pratiques de conseil*. Séminaire du CRECSS. L'éthique en anthropologie de la santé : valeur heuristique, conflits, pratiques. Le 18 Octobre 2006. MMSH. Aix en Provence

« *Rencontre des savoirs autour de la naissance, les cas des matrones au Tamil Nadu* ». Séminaire organisée par l'Association des Jeunes Etudes Indiennes, Savoirs et savoir-faire dans le sous-continent indien accès, transmission et enjeux. 16 novembre, EHESS, Toulouse.

2007

« *Naissance et VIH en Inde du Sud : conflits, questions d'éthique et méthodologie* ». 10èmes Ateliers Jeunes Chercheurs en Sciences Sociales Pondichéry, 27 février - 2 mars 2007. Conflit, négociation, coopération. Enjeux et méthodes pour aborder les rapports sociaux en Asie du Sud.

Socio cultural epidemiology of HIV/ AIDS. A case study in India. International Seminar. Medical Anthropology as a tool for Public Health. University Heidelberg. 9-11 May.

Hancart Petit P., Samuel NM, Desclaux A, Pragathi « *Sociocultural factors of hiv transmission during delivery in India*. » Abstract n°60 International Conference Aids Impact. Marseille. 1-4th July.

Hancart Petit P., Samuel NM, Desclaux A, Pragathi « *Missed opportunities for HIV PMTCT: A case study in South India*. » Abstract n°61 International Conference Aids Impact Marseille 1-4th July.

LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE À VIH EN INDE

DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL : CHRONOGRAMME⁶⁸²

	CONTEXTE INTERNATIONAL	INDE
1986-1993	1987 : L'OMS annonce que 43.880 cas de sida ont été recensés dans 91 pays depuis le début de l'épidémie Une stratégie globale de lutte contre le sida est approuvée par l'OMS. 1988 : Le 1er décembre, première journée mondiale de lutte contre le sida. 1991 : Le ruban rouge devient le symbole international de la prise de conscience du problème du sida. 1992 : L'OMS lance un objectif de prévention pour l'année 2000: Toutes les populations à risques en Asie et en Afrique doivent avoir un accès facilité à l'usage du préservatif.	1986 : Premier cas de sida identifié dans un hôpital de Vellore au Tamil Nadu. Position collective de déni de la maladie de la part du gouvernement indien et d'une majorité de citoyens 1987 : Un réseau national de centres de dépistage mis en place dans les grandes villes indienne 1988 : à Chennai La police gouvernementale est chargée d'effectuer des tests à VIH chez des prostitués. Celles dont le test est positif sont emprisonnées. 1990 : La court de justice ordonne le relâchement de 700 prostitués mis en prison au Tamil Nadu. La court de justice ordonne le relâchement de 700 prostitués mis en prison au Tamil Nadu. Campagne de prévention avec des défilés de rues spectaculaires organisés par le gouvernement De nombreuses ONG indiennes initient des programmes de prévention. Début des activités de recherche du traitement du sida grâce à la médecine siddha

⁶⁸² Ce document a été élaboré à partir des informations contenues sur le site www.wavert.org sous la rubrique « History and Pictures ». Celle-ci présente, en anglais, une rétrospective de certains aspects épidémiologiques, médicaux et sociaux de l'épidémie mondiale à VIH de 1980 à 2005 (Kanabus *et al*, 2005). Chaque information mentionnée est indexée par une référence bibliographique que, par souci de simplification, j'ai choisi de ne pas mentionner. Des informations ont été collectées sur le site de ONUSIDA. ainsi que sur dans le chronogramme situé en annexe de l'ouvrage de Desclaux, Lanièce et al. (2002) .

		1992 : Création de l'Organisation Nationale pour le Contrôle du Sida (National AIDS Control Organisation : NACO) Début de la première phase du programme national de lutte contre le sida 1993 : Création de l'ONG YRG care
1994	Une étude (ACTG 076) montre que l'AZT réduit de deux tiers la transmission mère-enfant du VIH En août, 10e conférence internationale sur le sida à Yokohama (Japon) C'est la première conférence organisée en Asie.	
1995	En mars, 7e conférence internationale pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Peter Piot, le directeur de l'UNAIDS réaffirme son engagement à impliquer les personnes vivant avec le VIH/sida dans la planification des programmes de lutte contre le sida.	
1996	L'UNAIDS regroupe six organisations affiliées ou appartenant aux Nations Unies : WHO, UNDP, UNICEF, UNFPA, UNESCO et la Banque Mondiale. Ce groupe devient opérationnel le 1^{er} janvier En Juin la FDA (US Food and Drug Administration) classe la névirapine dans une nouvelle classe de médicament connue sous le nom de non-nucléoside reverse transcriptase inhibiteur. L'année 1996 est marquée par l'optimisme. Dans les pays occidentaux, de nombreux malades du sida traités avec des antirétroviraux retrouvent un état de santé satisfaisant. En juillet, 11e Conférence internationale sur le sida à Vancouver (Canada). En décembre, la Maison Blanche annonce la mise en place d'une stratégie mondiale de lutte contre le sida Mise en place de l'initiative « International AIDS Vaccin »	Création de nombreuses ONG présentant des projets de lutte contre le sida.
1997	En août, l'UNAIDS organise une conférence au Népal. Appel pour une action urgente des gouvernements sud asiatiques à mesurer l'étendue de l'épidémie dans cette région.	Création d'un réseau des personnes infectées par le sida (Indian Network of Positive People)

1998	Glaxo Wellcome réduit de 75% le prix de l'AZT après la preuve faite par un essai clinique conduit en Thaïlande de l'efficacité et de l'innocuité de l'AZT à réduire la transmission mère-enfant du VIH. Malgré cette diminution, le coût de ce traitement restait élevé pour de nombreuses personnes des pays du Sud. En juin, le laboratoire pharmaceutique AIDSvax met en oeuvre le premier essai thérapeutique du vaccin contre le sida parmi 5000 volontaires aux Etats Unis. En juillet, la 12e conférence internationale sur le sida est organisée à Genève. Affaire du sang contaminé en France. Campagne Mondiale contre le Sida « Young People Force for Change » En décembre, à New York, à l'occasion de la journée mondiale contre le sida, la vice-secrétaire générale des Nations Unies déclare que le sida menace de submerger les pays pauvres et d'y effacer toute amélioration des conditions de vie.	Création de l'organisation « The Lawyers Collective HIV/AIDS Unit »
1999	Le rapport annuel de l'OMS rapporte que le sida est la 4eme cause de décès dans le monde, seulement 20 ans après le début de l'épidémie. Ouverture du procès de Pretoria: L'Afrique du Sud, dont la législation autorise la production locale de médicaments antirétroviraux à coût inférieur aux médicaments importés, est accusée par les Etats Unis de ne pas respecter la loi régissant les droits de propriété intellectuelle. La journée mondiale contre le sida s'intitule « Listen, Learn and Live! » Elle a pour objectif de d'informer les jeunes des risques et des modes de prévention du sida.	Fin de la phase II du programme national de lutte contre le sida Début de la phase II du programme national de lutte contre le sida (prévue jusqu'à 2007).
	Dans son rapport « National Intelligence Estimate » la CIA prévoit que certains pays verront leur Produit National Brut diminué de 20% en raison de l'épidémie à VIH.	

2000	En juin, annonce, par cinq laboratoires, de la baisse des prix des ARV dans les pays du Sud. En juillet, résolution du Conseil de sécurité 1308. Elle souligne le rôle important de l'Assemblée générale et du Conseil économique et social dans la lutte contre le VIH/sida, Elle constate que la pandémie de VIH/sida est exacerbé par la violence et l'instabilité et souligne que la pandémie de VIH/sida, si elle n'est pas enrayée, peut mettre en danger la stabilité et la sécurité. En juillet, 13eme conférence internationale sur le sida à Duban (Afrique du Sud). En septembre, première phase d'un essai clinique de vaccin à Oxford financé par la "International AIDS Vaccine Initiative" Cette recherche dont le but est de fabriquer des vaccins pour les pays occidentaux est critiquée par la Banque Mondiale. En effet 90% des infections à VIH touchent les personnes des pays du Sud.	En mars, visite de Peter Piot, directeur de l'UNAIDS, en Inde. Rencontre avec des politiciens et parlementaires au sujet de la réponse indienne à l'épidémie de VIH.
2001	Après plusieurs années de déni, le gouvernement chinois admet que l'épidémie à VIH est une menace pour la santé publique et pour la sécurité économique de la Chine. En février, le laboratoire pharmaceutique indien CIPLA propose une tri thérapie à coût réduit aux gouvernements du Sud. 39 laboratoires pharmaceutiques retirent leur plainte contre le gouvernement Sud Africain à propos de la production locale de médicaments génériques. En août, des militants de la lutte contre le sida font un procès au ministre de la santé Sud Africain suite à son refus récurrent d'assurer la distribution d'antirétroviraux pour les programmes de PTME du VIH. En décembre, la décision judiciaire oblige le gouvernement sud africain à mettre en oeuvre un programme national de PTME du VIH. Kofi Annan, le secrétaire Général des Nations Unies ouvre une session	Présence d'une délégation indienne menée par Sonia Gandhi à l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida.. (Anonyme, 2003b) En décembre, A l'occasion de la journée mondiale contre le sida, lancement de la campagne nationale AMTC "The Affordable Medicines and Treatment Campaign (AMTC)" dont l'objectif est de promouvoir l'accès aux médicaments dont les antirétroviraux.

	spéciale de l'Assemblée générale des UN.. C'est la première fois qu'un problème de santé publique fait l'objet d'une discussion dans ce cadre.	
2002	Mise en place du Fond Mondial de la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria En juillet, 14e conférence internationale sur le sida à Barcelone (Espagne). L'accès des pays du Sud aux traitements antirétroviraux est le principal agenda.	En avril, adoption d'une politique nationale sur le VIH/sida En mai, constitution d'un forum parlementaire pour le VIH/sida. (idem p 14)⁶⁸³ L'enquête produite par le National Behavioural Surveillance Survey of General Population et les groupes à risques est publiée (NACO.,2002) et conclue que là où les interventions ont eu lieu et se sont poursuivies, il est possible de changer les comportements Un rapport du "CIA's National Intelligence Council" prévoit 20 à 25 millions de personnes malades du sida en 2010 en Inde, plus que dans n'importe quel autre pays du monde⁶⁸⁴
2003	Annnonce par le président Bush d'un don de 15 milliards de dollars US pour combattre le sida en Afrique et dans les Caraïbes. Mise au point aux Etats Unis d'un nouveau type de médicament antiretroviral Fuzeon (enfuvirtide ou T-20) dont la particularité est d'empêcher la pénétration du virus du VIH dans les cellules humaines. L'OMS déclare que la provision de médicaments antirétroviraux pour les pays du Sud est une urgence. Au Vatican, le cardinal Alfonso Lopez Trujillo affirme que l'usage des préservatifs ne prévient pas la transmission sexuelle du VIH. Plusieurs laboratoires pharmaceutiques diminuent leur prix de vente des médicaments antirétroviraux L'impératif annoncé par les institutions internationales et les militants est la nécessité de renforcer les systèmes de santé des pays du sud et de former du personnel pour prescrire les antirétroviraux et assurer le suivi des patients.	En juillet, Première convention nationale sur le sida en présence des représentants élus dont l'objectif est de définir le rôle des dirigeants politiques dans la lutte contre le sida. (UNAIDS, 2003) En accord avec les priorités par le gouvernement, UNICEF commence un programme de PTME du VIH. 291 équipes de PTME sont formées dans les hôpitaux tertiaires et de districts. 225 centres fournissent des soins de PTME du VIH (UNAIDS, 2003) En accord avec le TNSACS, UNDP lance un programme d'aide au « Positive Network of South India» pour l'organisation de séminaires sur le sida dans les districts de Coimbatore, Erode, Namakkal, Perambalur, Madurai et Theni.

⁶⁸³

⁶⁸⁴ National Intelligence Council (2002) 'The Next wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China', September, p.3

	WHO annonce le début de l'initiative 3X5. Fournir des antirétroviraux à 3 millions de personnes des pays du sud d'ici 2005. . Le gouvernement chinois annonce la mise en place de soins gratuits pour les personnes pauvres atteintes par le VIH et leurs familles.	En décembre, annonce du Premier ministre indien sur le don de 40 millions de dollars US pour approvisionner les hôpitaux publics des états les plus touchés par l'épidémie (Karnataka, Maharastra, Tamil Nadu, Manipur et Nagaland)
2004	Le gouvernement brésilien obtient des laboratoires pharmaceutiques la réduction du coût des antirétroviraux de un tiers. Le Fonds Mondial suspend le paiement de trois programmes de lutte contre le sida en Ukraine. En raison des faibles résultats et des défauts de gestion du programme. C'est la première fois que le Fond Mondial arrête le financement d'un projet en court. En mars, l'administration américaine « Food and Drug » approuve l'utilisation des tests rapides à VIH par voie orale. L'Afrique du Sud commence un programme élargi de distribution d'antirétroviraux L'initiative du président Bush commencée en 2001 est mis en oeuvre. Elle est désormais connue sous l'appellation PEPFAR (President's Emergency Plan For AIDS Relief Le but annoncé est de donner des médicaments antirétroviraux pour 200.000 personnes d'ici juin 2005 en Afrique (excepté en Guyane) à Haïti et au Vietnam. L'OMS annonce que d'ici juin, 440.000 personnes des pays ciblés par l'initiative 3X5 recevront des médicaments antitétroviraux.	En janvier, le Forum Social à Mumbai regroupe différents acteurs indiens de la lutte contre le sida. En décembre, le gouvernement prévoit un amendement sur les brevets des médicaments
2005	Le rapport de l'UNAIDS publié en début d'année annonce ses prédictions sur l'avenir de l'épidémie mondiale du sida. Trois scénarios montrent que celui-ci dépend de la réponse face à l'épidémie des gouvernements, des organismes de financement et de la société civile. Le gouvernement brésilien refuse les 40 millions de dollars US offerts	En février, premier essai clinique d'un vaccin en partenariat avec le gouvernement indien, le Indian Council of Medical Research (ICMR), le NACO et le International AIDS Vaccine Initiative (IAVI). En mars, l'Inde vote le changement de sa loi sur les brevets.

	par le PEPFAR. Cette offre était soumise à la condition d'une déclaration officielle du gouvernement brésilien condamnant les pratiques de prostitution. En juin, l'OMS publie des chiffres montrant que l'initiative 3X5 n'a pas atteint des objectifs initiaux. A cette époque seulement 970.000 reçoivent des antirétroviraux (soit 15% des personnes nécessitant ces traitements) alors qu'il était prévu que 1,6 millions en bénéficient à ce stade de l'initiative. L'OMS admet qu'il est peu probable que l'objectif annoncé sera atteint d'ici la fin de l'année.	En avril mobilisation continue de la campagne AMTC (« The Affordable Medicines and Treatment Campaign ») contre l'amendement sur les brevets signé par le gouvernement. En juillet, le «The United Nations Country Team» ouvre le projet « Solution Exchange for the AIDS Community of Practice» dont l'objectif est d'impliquer des représentants de la société civile dans l'élaboration de la phase III du programme national de lutte contre le sida. En août, présentation de la « HIV/AIDS Bill »⁶⁸⁵ au NACO. En novembre, diffusion du rapport ONUSIDA/OMS dans 19 villes du monde. Le lancement le plus médiatique est organisé à Delhi. En décembre, présentation de la « HIV/AIDS Bill » au parlement.
2006	Fin mai, selon les nouvelles données présentées dans le Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA de l'ONUSIDA, l'épidémie semble ralentir à l'échelle mondiale, mais les nouvelles infections continuent d'augmenter dans certains pays et certaines régions.	En janvier, suite à l'arrestation d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Lucknow, l'UNAIDS met en garde la société civile et le gouvernement indiens des conséquences de cette décision par rapport à la diffusion de l'épidémie à VIH.

⁶⁸⁵ Il s'agit d'une proposition d'amendement à l'article 253 régissant les procédures légales face aux actes de discrimination de la constitution indienne Cette proposition est préparée par le collectif « Collective lawyers HIV/AIDS Unit » en collaboration avec des représentants de la société civile et du gouvernement.

	Le rapport montre aussi d'importants progrès de la lutte contre le SIDA dans les pays, notamment une augmentation du financement et de l'accès au traitement, et une baisse de la prévalence du VIH parmi les jeunes dans certains pays au cours des cinq dernières années. Le nouveau rapport est publié à la veille de la rencontre de haut niveau sur le SIDA 2006 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui réunira les leaders de la planète du 31 mai au 2 juin à New York pour examiner les progrès réalisés depuis la signature historique en 2001 de la Déclaration d'engagement, qui fixait des objectifs concrets assortis de délais en vue d'améliorer la riposte mondiale au SIDA. Selon le rapport de l'Onusida publié en novembre 2006, 39,5 millions de personnes vivent désormais avec le VIH dans le monde. Parmi elles, 4,3 millions ont contracté la maladie durant l'année 2006 (soit 400 000 de plus qu'en 2004) et près de 3 millions en sont mortes. Au cours des deux dernières années, toutes les régions du monde enregistrent une augmentation du nombre de personnes vivant avec le sida. Autre signe d'inquiétude : l'épidémie semble rebondir dans certains pays où les taux d'infection étaient autrefois stables ou en déclin. C'est le cas aux États-Unis, en Europe de l'Ouest, en Thaïlande et en Ouganda.	En mai, le rapport publié par l'Onusida rapporte que L'Inde a désormais dépassé l'Afrique du sud comme premier pays au monde pour le nombre de séropositifs. En Septembre, l'Inde organise la première rencontre asiatique sur le thème de la sexualité masculine. Une campagne est lancée afin que les relations sexuelles entre hommes ne soient plus considérées comme illégales dans ce pays. Le Comité national contre le Sida, comptant 31 Ministères, se réunit pour la première fois et travaille sur la mise en place de mesures politiques communes en faveur de la lutte contre le sida. Fin 2006, il est estimé que 55000 personnes bénéficient de trithérapie antirétrovirale gratuite.
2007	Fin Mars, L'OMS et l'ONUSIDA rendent publiques les recommandations d'une consultation d'experts sur la circoncision pour la prévention du VIH. La circoncision est considérée désormais comme un moyen supplémentaire important de réduire le risque de transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH chez l'homme.	Cette année, la campagne lancée par le gouvernement donne la priorité à la promotion de l'utilisation du préservatif. Des distributeurs de condoms sont installés dans les collèges, près des restaurants, dans les stations à essence et les hôpitaux.

