



“Alors, à qui la faute ?”

Clémence Jullien

► To cite this version:

Clémence Jullien. “Alors, à qui la faute ?” : Mort périnatale et accusations croisées dans une maternité au Rajasthan (Inde). *L’Homme - Revue française d’anthropologie*, 2017, De la responsabilité, 223-224, pp.131-160. 10.4000/lhomme.30691 . hal-03352882

HAL Id: hal-03352882

<https://hal.science/hal-03352882>

Submitted on 23 Sep 2021

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.

“Alors, à qui la faute ?”

Mort périnatale et accusations croisées dans une maternité au Rajasthan (Inde)

« *Who is to Blame ?* » *Perinatal Death and Cross-Accusations in Maternity in Rajasthan (India)*

Clémence Jullien



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/lhomme/30691>

DOI : 10.4000/lhomme.30691

ISSN : 1953-8103

Éditeur

Éditions de l'EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2017

Pagination : 131-160

ISBN : 978-2-7132-2690-8

ISSN : 0439-4216

Distribution électronique Cairn



CHERCHER, REPÉRER, AVANCER.

Référence électronique

Clémence Jullien, « “Alors, à qui la faute ?” », *L'Homme* [En ligne], 223-224 | 2017, mis en ligne le 01 novembre 2019, consulté le 01 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/lhomme/30691> ; DOI : 10.4000/lhomme.30691

“Alors, à qui la faute?”

Mort périnatale et accusations croisées dans une maternité au Rajasthan (Inde)

Clémence Jullien

« Il s'ensuit que dans une République bien ordonnée l'on doit aider chacun qui subit un dommage accidentel sans qu'il soit de sa faute, ou par force majeure (vim majorem) ou dans des cas fortuits (casus fortuitos) »
Gottfried Wilhelm Leibniz (cité in Rohrbasser 2007).

Jaipur, le 21 mars 2012, dans un hôpital public, toute une famille est attroupée devant le bloc opératoire pour crier son indignation ; plusieurs personnes sont en pleurs. L'équipe médicale vient d'annoncer que l'enfant – censé naître par césarienne dans la journée – est mort in utero. En sanglots, d'un ton empreint de colère, la belle-mère s'empare contre une infirmière : « Depuis la nuit dernière, où vous l'avez admise [à l'hôpital], elle était sous votre responsabilité (zimmedārī). Ce matin encore, le médecin est venu et a dit qu'il allait bien. Et ensuite, plus tard, le médecin est venu et nous a dit que l'enfant était mort et que ce n'était pas la faute (galtī) du département. Alors, à qui la faute ? Comment pouvait-on savoir si l'enfant était mort ou s'il allait bien ? ». Une autre proche parente renchérit : « On l'a amenée ici. Allez, dites-nous ce qu'on n'a pas bien fait ».

Pendant près d'une heure, les membres de la famille de la patiente insistent sur le fait qu'ils ont choisi l'accouchement à l'hôpital (et non à domicile) et qu'ils ont respecté le choix du médecin d'un accouchement par césarienne. De son côté, le personnel hospitalier accuse la belle-famille de mentir et d'être responsable de la mort de l'enfant, soulignant que cette dernière est arrivée à l'hôpital six heures après le moment convenu et qu'elle n'a pas suivi les recommandations (alimentation, repos) que le médecin lui avait données.

Je tiens à remercier Deborah Puccio-Den, David Picherit, Fabien Provost, Claire Vidal, ainsi que Caterina Guenzi pour leurs relectures attentives et leurs conseils.

LOIN D'ÊTRE un cas anecdotique ou isolé, cet exemple renvoie directement aux tensions et contradictions engendrées par les programmes gouvernementaux d'institutionnalisation de la santé maternelle en Inde. Fréquemment, lorsqu'une naissance se solde par un décès à l'hôpital, se pose la question des responsabilités des soignants et de la famille. À l'instar des échanges décrits ci-dessus, les familles dénoncent des formes de négligence professionnelle tout en soulignant leur docilité vis-à-vis des prescriptions reçues ; de leur côté, les médecins se dégagent de toute responsabilité en mettant en cause l'arriération supposée de leur patientèle.

L'attention portée à l'administration du vivant n'est pas nouvelle en sciences sociales. Dans la lignée des travaux bien connus de Michel Foucault (1975, 1988, 2004), Didier Fassin et Dominique Memmi ont montré comment l'État s'insinue dans l'intimité des individus et des couples français, influençant les conduites personnelles et les représentations de soi. Une partie de leurs réflexions sur le gouvernement des corps porte précisément sur la biomédicalisation de la vie et de la mort (Memmi 2003 ; Fassin & Memmi 2004). Toutefois, les aspects de la faute et du transfert des responsabilités – inextricablement liés à l'intervention des pouvoirs publics sur le vivant – sont rarement abordés de front.

Or, ces questions se posent avec une certaine acuité dans le domaine de la santé materno-infantile aujourd'hui en Inde. En effet, depuis les années 2000, les politiques publiques menées par le gouvernement connaissent un tournant sans précédent dans la prise en charge de la santé de la reproduction. Lors des réformes d'inspiration néolibérale des années 1990, l'État indien, tout en encourageant la concurrence sur le marché et la privatisation du secteur de la santé (Lefebvre 2007, 2010, 2011), avait abandonné les principes de soins publics accessibles à tous, qui avaient été consignés dans le « rapport Bhore »¹ en 1946, et semblait déroger à ses prérogatives (Jeffery & Jeffery 2008). Le système de santé indien, jugé défectueux en raison des coupes budgétaires, de la vétusté des équipements des hôpitaux et du déficit de médecins, était tenu pour responsable du fort taux de mortalité materno-infantile par de nombreux journalistes et représentants d'ONG.

1. Cf. *Report of the Health Survey and Development Committee, 2. Recommendations*. Delhi, the Manager of Publications, 1946. Commandité par les Britanniques en 1943 et placé sous l'égide de Joseph W. Bhore, ce rapport avait dressé le bilan des conditions sanitaires en Inde et établi diverses propositions pour les améliorer. Selon ce rapport, nul ne saurait se voir refuser des soins médicaux faute de revenus financiers suffisants et les dépenses en matière de santé devraient atteindre 15 % de celles du gouvernement. Notons qu'avant l'indépendance de l'Inde, le pouvoir colonial avait déjà instillé « l'idée que la santé de la population était une responsabilité de l'État » (Lefebvre 2011 : 43).

À partir des années 2000, la lutte contre les mortalités maternelle et infantile devient une priorité des politiques publiques². Le gouvernement central met en place un programme d'institutionnalisation de la maternité et contribue – du moins en partie – à revaloriser un secteur public très déprécié. En 2005, une petite prime financière (entre 700 et 1400 roupies, soit entre 10,5 et 21 euros environ) est prévue pour les femmes qui accouchent à l'hôpital public dans le cadre du vaste programme *Janani Surakṣā Yojanā* (Jsy, Programme de protection maternelle)³. Puis, en 2011, toujours dans l'optique d'inciter les femmes à accoucher en milieu hospitalier – et ainsi prévenir et traiter les potentielles complications périnatales –, le gouvernement central instaure la gratuité des soins obstétriques (visites médicales, examens de grossesse, accouchements, médicaments, frais d'hospitalisation, etc.) dans tous les hôpitaux publics du pays. Ces dispositifs parviennent à entraîner une prise de conscience du risque et à modifier les pratiques de maternité: entre 2005-2006 et 2010-2011, le taux d'accouchement en milieu hospitalier bondit de 40,7 % à 78,5 % (*National Rural Health Mission* 2011).

Reste à évaluer l'impact de ces changements institutionnels sur les représentations des risques reproductifs et sur l'attribution des responsabilités entre personnes intéressées (patientes, familles, soignants) en cas de mort périnatale. Lorsqu'un État prend des mesures pour enjoindre aux femmes d'accoucher en milieu hospitalier en vue de prévenir des décès, n'affirme-t-il pas ses «prérogatives sur l'enfant» (Segalen 2010)? Dans quelle mesure ceux que l'État institue comme étant les garants de la vie des enfants à naître sont-ils tenus pour responsables de la santé des enfants? Pour reprendre les propos ci-dessus: «À qui la faute?»

La question des liens entre les principes de l'État providence et l'attribution des responsabilités (individuelle et collective) a fait l'objet d'importantes discussions, notamment dans le champ de la philosophie (Ewald 1986; Spitz 2008). Cet article propose de contribuer à ce débat depuis une perspective différente, située à la croisée de la sociologie du risque et de l'anthropologie de la santé⁴. Il est aujourd'hui admis que l'identification

2. Ce tournant s'inscrit dans la lignée des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), définis en l'an 2000 au siège des Nations Unies. Adoptés par cent quatre-vingt-neuf États, ils prévoient de réduire de deux tiers la mortalité infantile (objectif 4) et de réduire de trois quarts la mortalité maternelle (objectif 5), entre 1990 et 2015.

3. Le Jsy serait le plus grand programme de versements en espèces du monde: en 2010, le budget alloué tournait autour des 15,4 milliards de roupies et le programme concernait près de 9,5 millions de femmes (Lim *et al.* 2010: 2010).

4. En anthropologie, mentionnons également les travaux sur la construction sociale du risque (Douglas 1966, 1994), sur l'identification et la mesure des risques (Houdart, Manceron & Revet 2015), et sur l'avènement de logiques assurantielles (Cuisance 2016).

et la connaissance des risques sont progressivement devenues des outils de l'État providence (Bourdin 2003), générant un nouveau partage des responsabilités « face à la gestion de l'évitable » (Massé 2010 : 11). Dans le prolongement de l'optique foucauldienne de la « gouvernementalité » et des réflexions de Ulrich Beck (1992), Anthony Giddens (1990) et Hans Jonas (2008) sur les sociétés du risque, j'envisagerai le concept de risque comme un dispositif politique destiné à déterminer des principes de précaution et à désigner des fautifs⁵. L'enjeu consiste en effet à examiner les conditions dans lesquelles des parents peuvent être tenus pour responsables du décès de leur enfant lorsqu'ils optent pour l'accouchement à l'hôpital, comme on les y incite.

Pour ce faire, je m'appuierai sur une enquête ethnographique que j'ai menée au Rajasthan en 2011-2012, au moment précis où le gouvernement central indien mettait en place de vastes programmes pour améliorer la santé materno-infantile⁶. Situé au nord-ouest du pays, le Rajasthan est souvent jugé comme un État « à la traîne » (Saglio-Yatzimirsky 2002 : 118). À la veille de l'instauration des grandes politiques étatiques de santé, la mortalité infantile y est de 65,3/1000, tandis que la moyenne nationale est de 57/1000 (*International Institute for Population Sciences and Macro International* 2007 : 187)⁷ ; le sex-ratio juvénile (0-6 ans) s'élève à 909 femmes pour 1000 hommes⁸, bien en dessous de la moyenne nationale de 927 pour 1000 hommes (*Population Census* 2001) et les taux de fécondité sont parmi les plus élevés (Guilmoto & Kulkarni 2004).

Cet article se fonde plus spécifiquement sur un terrain de trois mois réalisé dans l'un des principaux hôpitaux publics d'obstétrique de la ville de Jaipur. En obtenant la permission d'enquêter librement dans toute l'enceinte hospitalière, j'ai eu accès aussi bien aux espaces réservés aux patientes et à leurs familles (salles de post-accouchement), aux endroits dédiés au personnel hospitalier (salles de repos), qu'aux salles où se jouent les différentes formes d'interactions entre soignants et soignés (salle d'accouchement,

5. Rappelons que le danger désigne tout dommage ou préjudice susceptible d'être causé par un objet ou une situation, tandis que le risque se réfère au degré d'exposition au danger ou à ses effets. Sur le remplacement progressif de la notion de danger par celle de risque, et sur la manière d'articuler la notion de risque à celle de modernité, cf. Anthony Giddens (1990).

6. Avant l'instauration de ces politiques, plusieurs anthropologues s'étaient penchés sur les changements que la biomédicalisation a induits sur la vie reproductive des femmes en Inde : Patricia Jeffery, Roger Jeffery & Andrew Lyon (1989) ; Patricia Jeffery & Roger Jeffery (2008) ; Cecilia Van Hollen (2003) ; Sarah Pinto (2008).

7. D'après les résultats du dernier recensement du *National Family Health Survey*, le taux de mortalité infantile au Rajasthan serait désormais de 41/1000, soit identique à la moyenne nationale ([<http://rchiips.org/NFHS/pdf/NFHS4/India.pdf>]).

8. Ce taux rend compte des discriminations genrées comme l'infanticide féminin, la négligence à l'égard des filles et l'avortement sexo-sélectif.

bloc opératoire)⁹. Mes matériaux sont ainsi composés d'observations et de transcriptions de discussions entre soignants et soignés, mais aussi d'entretiens semi-dirigés, de données extraites des registres de l'hôpital et d'analyses des documents issus de la campagne de sensibilisation.

Dans un premier temps, je montrerai comment le dispositif de l'hôpital et les pratiques des soignants modifient les perceptions des parturientes, tout en accentuant leurs appréhensions relatives aux risques de l'accouchement. Dans un second temps, j'examinerai la manière dont les représentants de l'État (les soignants) et ses bénéficiaires (les patientes) font face à l'éventualité d'une mort. Cette deuxième partie, centrée sur les stratégies d'accusation et de disculpation, montrera des conceptions contrastées de la responsabilité. Le recours au système juridique (pour faute ou demande d'indemnisation) n'ayant jamais été mentionné lors des morts périnatales que j'ai suivies (une dizaine de cas), je n'adopterai pas ici une approche juridique mais privilégierai la dimension morale de la responsabilité. Cette dernière sera ainsi comprise dans son acception polysémique la plus large reflétant, selon les situations, des connotations morales positives (une personne réfléchie, sérieuse est dite « responsable »), neutres (une personne responsable au sens où elle est en charge d'une activité) et négatives (une personne est dite « responsable » lorsqu'elle est tenue pour coupable d'un acte).

Notons que les matériaux recueillis se rejoignent sur le fait que la santé de la reproduction constitue un domaine éminemment sensible en Inde ; elle concentre et produit de nombreuses crispations sociales (différences de classes et de castes), politiques (stratégies de récupération de votes), religieuses (dérives communautaristes) et de genre (valorisation des garçons) de la société indienne (Jullien 2016). Lors des cas de mort périnatale, la tension entre soignants-soignés atteint son paroxysme et les enjeux de la responsabilité morale sont à saisir.

Patientèle *non grata*

Cet hôpital – que j'appellerai M. C.¹⁰ – est un hôpital dit « référent » (*tertiary referral hospital*)¹¹ doté de près de trois cents lits. Comme de nombreux hôpitaux publics, sa patientèle s'est fortement accrue avec les

9. Si j'ai finalement eu accès à tous les espaces de l'hôpital et pu m'entretenir avec les médecins, les infirmières, le personnel soignant, les patientes et leur familles, l'obtention d'une telle autorisation en tant que jeune chercheuse étrangère fut ardue : les démarches administratives furent lourdes (lettres, recommandations, signatures), longues (huit mois d'attente) et compliquées par des demandes de pots de vin (systématiquement refusées).

10. Par souci d'anonymat, les noms des lieux et des gens ont systématiquement été changés ou abrégés.

11. Ce terme désigne les hôpitaux spécialisés, bien équipés et aptes à traiter des maladies ou des complications que des centres de premiers soins ou des petits hôpitaux ne peuvent prendre en charge.

politiques de gratuité des soins : entre 2003 et 2011, le nombre d'accouchements annuel est passé de 7 850 à 12 708. Un nombre croissant de femmes qui avaient pour habitude de donner naissance à domicile, assistées d'une sage-femme traditionnelle (*dāī*)¹² ou des membres de leur famille, choisit désormais d'accoucher en milieu hospitalier.

Pour les usagères, l'accouchement à l'hôpital permet d'obtenir gratuitement un certificat de naissance¹³, ainsi qu'une petite somme d'argent (prime Jsy). Mais, lorsqu'elles évoquent leurs motivations, les femmes que j'ai rencontrées au Rajasthan indiquent surtout que le risque (*khatrā*) à la naissance s'est accru au fil des années. Plusieurs font état d'une dégradation générale : les aliments seraient « de moins en moins purs », les *dāī* seraient moins compétentes et les femmes actuelles, « plus fragiles », n'endureraient pas ce que leurs aînées enduraient. La naissance requerrait davantage de précautions et le recours aux technologies médicales serait nécessaire. Comme me l'explique une patiente : « Il y a plus de risques qu'avant ; désormais, même la vieille génération pense qu'il faut amener les femmes à l'hôpital et éviter l'accouchement à la maison ». Cette conception est intimement liée à l'évaluation croissante des dangers et à ce que François Ewald et Denis Kessler (2000 : 69) nomment la « colonisation de la politique par le risque »¹⁴.

Ces éléments de mutation ont d'autant plus de poids que les départements d'obstétrique des hôpitaux publics ont depuis longtemps mauvaise réputation en Inde (Unnithan-Kumar 2003 ; Jeffery & Jeffery 2008)¹⁵. Cela tient en grande partie aux relations tendues – souvent teintées de méfiance et de reproches – entre des femmes issues d'un milieu défavorisé et un personnel hospitalier en sous-effectif, qui manque de moyens et de temps face à l'augmentation significative des accouchements. À l'instar des hôpitaux publics indiens, la patientèle de M. C. est principalement constituée de familles pauvres, illetrées et de basse caste : un profil sociologique qui contraste avec

12. Ces femmes, souvent analphabètes et de basses castes, acquièrent généralement ce savoir-faire par transmission héréditaire, en observant et en assistant leur mère ou leur belle-mère (Kakar, D. 1980 ; Jeffery & Jeffery 1993 ; Chawla 2006 ; Pinto 2008 ; Hancart Petitet 2011).

13. Ce document est indispensable : il permet la scolarisation des enfants et l'obtention d'une carte d'identité. Or, celles qui choisissent d'accoucher chez elles rencontrent ensuite des difficultés pour obtenir le certificat de naissance de leur enfant. Cela suppose de prendre sa journée, de se déplacer, de payer des frais d'administration, de pouvoir remplir des formulaires et de savoir interagir avec des bureaucrates.

14. Comme le font justement remarquer François Ewald et Denis Kessler, la notion de risque peut être pensée de manière négative, « comme une contrainte face à laquelle les hommes inventent des institutions pour le combattre, le réduire ou le limiter », mais aussi de manière positivée comme une ressource, « comme ce qu'il faut savoir optimiser » (2000 : 59-60). Au cours de cet article, le risque sera exclusivement appréhendé dans son acception négative.

15. En 2004-2005, 82 % des consultations médicales (*outpatient*) et 60 % des hospitalisations avaient lieu dans le secteur privé, dans un pays où, rappelons-le, les trois quarts de la population vivent en dessous du niveau de subsistance (Sengupta & Nundy 2005 ; Duggal, Kurian & Deosthali 2012).

celui des médecins issus de la classe moyenne supérieure, et des infirmières, pour la plupart venues du Kérala, État réputé pour offrir un haut niveau d'éducation aux femmes¹⁶. En outre, du fait de son emplacement, M. C. a pour particularité d'accueillir un nombre important de citadines musulmanes (vivant à proximité) et de femmes originaires de villages ruraux ou de bidonvilles périurbains (situés à plusieurs kilomètres de Jaipur). L'hôpital met en interaction des individus de milieux socioreligieux différents, et dont les préjugés des uns envers les autres les conduisent à s'accuser mutuellement. En effet, d'une part, les patientes se plaignent fréquemment des discriminations qu'elles subissent, déplorant tour à tour les comportements des soignants (mépris, insultes, indifférence) et les demandes de bakchich des infirmières et du petit personnel (auxiliaires de soin et gardiens). D'autre part, les médecins et les infirmières¹⁷ (exclusivement hindous et chrétiens) critiquent leur patientèle : des « péquenaudes » (*gānvār*), des « analphabètes » (*illiterates, anpadh*)¹⁸ ou encore des « incultes » (*ignorant*) qui rendent leurs tâches plus difficiles. À leurs yeux, ces difficultés justifient l'usage de formules d'adresse jugées impolies et marquées par le mode verbal impératif ou par le tutoiement irrévérencieux (*tū*)¹⁹. De nombreux médecins²⁰ et infirmières affirment être contraints d'agir de la sorte : « Il ne faut pas leur parler gentiment mais crier pour qu'elles comprennent », ou encore « Avec les populations rurales lorsqu'elles n'obéissent pas il faut être strict ».

Ces explications s'avèrent toutefois insuffisantes pour comprendre la posture d'autorité du personnel hospitalier. Une forme de ressentiment se manifeste à l'égard des patientes qui, du fait de leur origine ou de leur supposé poids électoral, concentreraient les aides et les attentions des politiciens.

16. En Inde, les infirmières sont avant tout une « spécialité » du Kérala : plus d'un tiers des écoles formant à ce métier sont situées au Kérala et les Malayalies constituent la majorité des effectifs des écoles d'infirmières des autres États du pays (Percot 2005 : 4).

17. Les figures des auxiliaires de soin sont davantage ambivalentes. Elles sont, bien souvent, plus proches des patientes mais, par souci de différenciation sociale, celles qui partagent les mêmes origines socio-économiques, voire la même appartenance de caste que les patientes, reproduisent très manifestement les pratiques discriminantes au sein de l'hôpital : recours à la violence verbale, techniques d'intimidation, imposition de bakchichs ou encore refus d'effectuer certaines tâches qui leur incombent.

18. Au quotidien, les médecins et les infirmières passent indifféremment du hindi à l'anglais au cours d'une même phrase. Ce phénomène, dit « hinglish », est répandu en Inde, notamment parmi la classe moyenne urbaine.

19. L'hôpital accueille également quelques femmes de classe moyenne supérieure. Ce sont souvent, pour reprendre les termes du personnel hospitalier, des « VIP », c'est-à-dire des personnes qui connaissent un médecin ou une infirmière de l'hôpital et qui, grâce à cette relation, bénéficient de traitements différenciés : elles évitent systématiquement les files d'attentes, leur accouchement est pris en charge par un médecin confirmé (et non par un interne) et le personnel hospitalier s'adresse à elles sur un tout autre ton.

20. Notamment les internes, qui se trouvent davantage au contact avec les patientes.

Fréquemment, des médecins et des infirmières se plaignent des basses castes qui bénéficient de programmes d'aide sociale et de discrimination positive²¹, ou des musulmanes que le parti du Congrès favoriserait. Taxées d'être éternellement assistées par l'État, elles sont aussi fréquemment tenues pour responsables de la croissance démographique excessive, de l'extension de la pauvreté en Inde et, dans une moindre mesure, de l'accroissement du déséquilibre du sex-ratio (Jullien 2016).

Plusieurs infirmières et médecins reprochent également à ce type de patientes de ne pas prendre soin de leurs enfants. Ainsi, il est courant de les entendre demander d'un ton sec à une patiente dite « non coopérative » si « elle souhaite que son enfant meure », ou si « elle veut tuer son enfant ». Cette question peut survenir en salle de consultation prénatale lorsqu'une femme enceinte présente un état de santé critique, en salle d'accouchement lorsqu'une femme ne fournit pas les efforts attendus, ou en salle de post-accouchement lorsqu'une femme n'allait pas son enfant selon les recommandations en vigueur.

Lors de l'accouchement de Firoja, jeune femme âgée de vingt-deux ans, la (potentielle) mort de l'enfant est ainsi mentionnée et explicitement attribuée à l'attitude de la mère. Comme de coutume, l'équipe des internes et des infirmières en poste en salle d'accouchement répète les mêmes ordres : « Pousse ! », « Tais-toi ! », « Tiens tes jambes ! ». Puis, considérant Firoja trop passive et las de l'entendre crier, l'interne chargé de son accouchement s'exclame : « Mais elle est vraiment stupide ! » (*Bevkūf hai bilkul !*). Avant d'ajouter : « Le bébé va mourir à l'intérieur, pousse fort ou il va mourir dans ton ventre [...]. Ferme-la et pousse ! ». La situation avec Chanda est similaire : installée sur l'un des lits de salle d'accouchement, cette parturiente de vingt-cinq ans ne cesse de regarder, l'air souffrant, les infirmières tout en tendant les bras dans leur direction comme pour demander de l'aide. Le fait que Chanda gémissse et s'assoit sur son lit irrite finalement l'une des infirmières qui la réprimande : « À t'asseoir comme ça, tu veux tuer ton enfant ou quoi ? ».

Présentée sous la forme d'une question rhétorique (à laquelle les patientes ne répondent jamais), l'allusion à la mort recèle une violence verbale à valeur performative. Faire référence à la mort constitue pour le personnel une stratégie discursive d'intimidation destinée à modifier l'attitude de la patiente. Il s'agit d'inculquer le comportement adéquat en vue de l'application des procédures d'accouchement. Que le danger de mort soit réel, exagéré ou factice, l'objectif est de faire réagir la mère. Pour reprendre les

21. Afin de rectifier les torts subis par des membres des castes inférieures longtemps déconsidérées, une politique de discrimination positive (*reservation policy*), garantie par la Constitution, réserve un nombre de postes (*quotas*) aux basses castes.

termes de Marcel Mauss (2010 : 374), inciter la parturiente à corriger sa « technique » en vue de « l'acquisition d'un [meilleur] rendement » suppose une forme de « dressage » du corps.

Mais il ne s'agit pas uniquement d'un levier d'action. Avec de tels commentaires, le personnel hospitalier invite les parturientes à assumer leurs responsabilités et se décharge du même coup de ses propres responsabilités, alors que les procédures hospitalières et le ton autoritaire des soignants tendent communément à déresponsabiliser les patientes en les invitant à suivre des instructions et en leur enlevant la capacité de prendre des décisions. En insinuant que les mères cherchent à « tuer leur enfant » et en décrivant leurs réactions comme nécessairement insuffisantes face à la gravité de certaines situations, les membres du personnel hospitalier suggèrent, d'ores et déjà, que la responsabilité en cas de décès de l'enfant reviendra bien à la mère dont la passivité coupable a déjà été dénoncée.

La dénonciation de l'issue potentiellement fatale de ces attitudes maternelles participe à la construction d'un cadre dans lequel donner la vie et risquer la mort apparaissent comme deux actes, par essence, indissociables. Elle renforce l'idée selon laquelle la naissance est risquée et le nouveau-né vulnérable, ce qui contribue, là encore, à dédouaner les soignants en cas de décès à la naissance.

Mort exposée : la mise en visibilité du risque

Bien que l'État indien promeuve l'accouchement institutionnalisé en vue de garantir une maternité sans risque, le taux de mortalité infantile à M. C. a fortement augmenté depuis la mise en place des programmes de gratuité²². C'est ce que m'annonce, en 2012, l'une des infirmières en chef de M. C. qui préparait (avec des collègues) une pétition à l'intention du gouvernement pour montrer que la mise en place des politiques de santé (Jsy, Jssk) destinées à faire diminuer la mortalité infantile a eu l'effet inverse, faute de personnel hospitalier en nombre suffisant : le taux de mortalité infantile aurait doublé à M. C. Les slogans des campagnes publicitaires garantissant la diminution des risques de mortalité à l'hôpital contrastent, dans les faits, avec le manque de moyens auquel les soignants sont confrontés au quotidien. Comme l'ethnographie qui suit le montrera, ils détonnent également avec la manière dont des corps morts côtoient les corps vivants en salle d'accouchement – signalant par là même que l'acte de donner la vie n'est pas sans risque.

22. D'après les données recueillies au Service des admissions (*Record room*) de l'hôpital lors de mon enquête, le taux de mortalité infantile est passé de 1,9% en 2007 à 3% en 2011.

En référence à la coexistence de la vie et de la mort en milieu hospitalier, les sciences sociales ont principalement mis l'accent sur le trouble ressenti par les soignants et sur les moyens individuels ou collectifs (savoir-faire, stratégies, rituels) qu'ils mettent en place pour se préserver au quotidien des émotions causées par la mort : gestion par l'humour noir chez les chirurgiens (Zolesio 2013), folklore macabre et cannibale chez les étudiants en médecine (Godeau 2007), valorisation de la relation d'aide des paramédicaux en soins palliatifs (Castrà 2013), ou encore rituels de séparation des infirmières (Véga 1997), pour ne prendre que quelques exemples. Mais lorsque la vie et la mort cohabitent à l'hôpital, de quelles ressources les patientes disposent-elles alors pour y faire face ? Nous verrons qu'aux yeux des parturientes cette proximité n'est pas seulement gênante émotionnellement, mais qu'elle constitue potentiellement un facteur de risque pour l'enfant.

En salle d'accouchement, les corps des mort-nés sont souvent laissés plusieurs dizaines de minutes, voire quelques heures, au pied du lit de la patiente, à même le sol ou sur l'étagère inférieure de l'une des commodes à roulettes où sont placés les instruments médicaux. Ils sont ainsi à portée de vue des autres femmes en train d'accoucher, souvent aussi dans le champ de vision de celle qui vient de perdre son enfant. Aussi est-il fréquent de voir une femme, incommodée par la scène, détourner le regard et lorsqu'une proche parente est présente, cette dernière se charge alors de la préserver. C'est le cas de Meena qui, exceptionnellement, a été autorisée à se lever de son lit et à faire quelques pas en salle d'accouchement au bras de sa belle-mère.

Cette dernière avance à tout petits pas, sur la pointe des pieds, le bras bien levé pour que la poche à perfusion qu'elle tient dans la main s'égoutte correctement. Au bout de quelques mètres, une fois le paravent dépassé, l'expression de la patiente se fige. Son regard a buté sur le corps d'un mort-né, posé sur un plateau sur le bas de l'étagère d'une commode métallique, à côté d'elle. La belle-mère réalise la présence du cadavre peu après, en suivant le regard de sa bru. Afin que cette dernière détache son regard du corps inerte, elle lui passe devant, amorce un demi-tour et s'intercale entre sa belle-fille et le corps de l'enfant mort pour changer de trajectoire. Puis, toujours sans dire un mot, toujours encombrée par la poche qu'elle tient du bout des doigts et d'un pas saccadé, elle invite sa belle-fille à regagner le niveau du paravent pour la préserver de l'image du petit cadavre.

L'ajustement de gestes et de regards de mise à distance survient aussi bien lorsqu'une parturiente est confrontée à la vue d'un bébé mort que lorsqu'un nouveau-né côtoie de près un mort-né. Lors d'une naissance, l'usage veut que l'interne dépose rapidement l'enfant dans un plateau en fer, puis

qu'il l'apporte dans une petite alcôve de la salle où l'infirmière le nettoie, l'enveloppe dans un drap stérilisé et lui noue un bracelet d'identification au poignet. Dans la salle destinée aux accouchements ordinaires, comme dans celle réservée aux cas à risque, l'alcôve en question mesure à peine cinq mètres carrés, comprenant une petite table surmontée d'un appareil à chauffage radiant, où peuvent tenir deux plateaux, et d'un berceau en fer apte à contenir trois ou quatre nouveau-nés. Avec l'importante hausse de patientes ces dernières années, la capacité maximale est fréquemment atteinte, les bébés se touchant presque les uns les autres. Et, comme l'exemple suivant l'illustre, la promiscuité avec la mort peut être particulièrement saisissante dans la mesure où aucun aménagement spécifique n'est prévu pour les nouveau-nés qui décèdent peu après la naissance.

À l'extrémité de la salle d'accouchement réservée aux complications (Septic labour room), Kesanta est allongée avec, au pied du lit, deux de ses belles-sœurs (devrānī, bhābhī) chargées de lui tenir les jambes pour contrôler les convulsions (cas d'éclampsie) ²³. Megha, une interne, lui fait une anesthésie locale. « Elle est inconsciente, donc elle ne sentira rien, mais bon, quand même », ajoute-t-elle. Avec l'aide d'un autre médecin venu en renfort, Megha parvient, non sans difficultés, à sortir l'enfant. Il naît sain et sauf. Il est rapidement déposé dans un plateau en fer, puis apporté dans la petite alcôve de la salle où l'infirmière le nettoie. L'infirmière dépose ensuite l'enfant sur la table du dispositif de réchauffage néonatal et allume un petit chauffage électrique, branché à côté. Lorsque la belle-sœur de la patiente est invitée dans l'alcôve pour signer les papiers de naissance, elle voit deux plateaux métalliques posés sur la table côte à côte, l'un avec son petit neveu, l'autre avec un nouveau-né mort, la bouche ouverte et la peau sur les os. Il s'agit d'un petit garçon atteint d'hydrocéphalie, né par le siège à vingt-huit semaines et qui n'aura vécu qu'une vingtaine de minutes. La jeune femme reste plusieurs secondes devant les deux plateaux, debout, immobile, le regard happé par le corps inerte. Elle s'avance vers la table et sépare les deux plateaux le plus possible. Vu l'étroite dimension de la table, elle ne parvient à séparer les deux corps que de quelques centimètres et paraît insatisfaite du résultat. Elle s'approche alors de la tête de l'enfant et, en bougeant ses doigts, tente d'attirer son regard vers l'extérieur, de sorte qu'il n'ait plus, comme lorsqu'elle est arrivée, les yeux orientés vers le corps mort. En saisissant le drap et la couverture que l'infirmière avait posés, elle parvient à faire tourner tout doucement le corps de l'enfant. Puis, comme pour empêcher que l'enfant puisse se retourner ou à nouveau voir le bébé mort, elle réajuste la manière dont la couverture est déployée en la montant jusqu'à la tête du nouveau-né.

23. L'éclampsie est une affection de la fin de grossesse, caractérisée par des convulsions. Elle survient dans le cadre d'une hypertension.

Cette scène révèle aussi bien la proximité avec laquelle la mort côtoie la vie à l'hôpital que les postures, les gestes et les regards de mise à distance que les usagers adoptent en réaction. Rappelons que les traités normatifs brahmaniques abondent en énoncés très détaillés sur les manières de se préserver de la vue et du contact de la mort : séquences complexes de rituels funéraires, fonctions confiées à des corps professionnels spécialistes de l'impureté, durées prescrites de deuil marquées par une impureté sévère, etc. « Dans l'Inde védique et hindoue [...], la nécessité pour les vivants de mettre les morts à distance est un souci constant », conclut Charles Malamoud (2002 : 7). Elle se manifeste encore aujourd'hui ; contrairement au stéréotype répandu en Occident selon lequel la population indienne serait habituée à côtoyer la mort de près, la confrontation directe avec un corps mort pose souvent problème à M. C. Les réactions observées témoignent à la fois d'un malaise ressenti et de la volonté de mettre à distance le corps mort avec lequel les femmes ont été confrontées : elles font un bond en arrière, changent de direction, détournent le regard, tournent la tête ou essayent d'éloigner un corps mort.

Le malaise est en grande partie lié à l'influence néfaste que la vision d'un cadavre ou les discussions à propos d'un enfant mort sont susceptibles d'avoir sur une personne. Si la théorie de l'« imprégnation par le regard »²⁴ est attestée ailleurs, et ce, dès l'Antiquité (Dasen 2015), elle se pose avec une certaine acuité dans le contexte indien. D'une part, rappelons l'importance accordée au *darśana* (du sanskrit दृश्, « voir »), cette idée selon laquelle la vision d'une image auspiciouse d'une divinité hindoue, d'un saint ou d'un renonçant permet de rapprocher celui qui voit de celui qui est vu. Dans l'hindouisme (et dans le bouddhisme), le contact visuel constitue un vecteur d'énergies et joue, à ce titre, un rôle central dans le quotidien des dévots qui cherchent à obtenir les bénédictions d'une divinité (d'un saint ou d'un renonçant) par l'adoration d'une image et, plus précisément, par l'échange de regards (Eck 2007 ; Tarabout 2011). D'autre part, en Inde, une importance toute particulière est accordée à l'influence des pensées d'une femme enceinte sur son propre enfant (Stork 1986, 1990 ; Donner 2008). Aussi est-il nécessaire d'épargner à une future accouchée toute contrariété ou émotion, « comme la vue de scènes violentes ou grotesques », qui risqueraient de retentir sur l'enfant (Stork 1990 : 148-149)²⁵. Comme le rappelle bien Veena Das dans un article consacré précisément à la liminalité et à l'hindouisme, les femmes

24. Théorie selon laquelle les impressions visuelles de la femme pendant la conception ou sa grossesse marquent l'embryon, en positif ou en négatif.

25. Selon cette même logique, lorsqu'une femme est enceinte, il est courant d'afficher des posters de beaux bébés bien en chair dans la chambre du couple. Regarder ces posters relève de la callipédie : cela permettrait à la femme d'accoucher d'un enfant beau et en bonne santé.

qui donnent la vie doivent particulièrement être préservées du contact avec la mort : « The sacred associated with life is kept completely separate from the sacred associated with death [...] as in the rule that a pregnant woman should not be allowed to visit the house in which death has taken place » (1976 : 252). Partant de cette observation, l'expérience des femmes venues à M. C. présente une contradiction : celles qui accouchent car, bien qu'elles aient choisi d'accoucher à l'hôpital dans l'objectif de minimiser les risques de mortalité, elles peuvent néanmoins se trouver confrontées à des cadavres dont la simple vue aurait un effet néfaste, voire fatal, sur la santé de leur enfant. À un niveau plus général, la proximité avec la mort vient rappeler à tout moment que l'accouchement n'est pas une opération sans risque, y compris à l'hôpital, quoiqu'en disent les campagnes d'institutionnalisation de la santé maternelle.

En fin de compte, aussi bien les médecins (qui pointent du doigt l'attitude passive – et dangereuse – des parturientes) que le cadre spatial (qui donne à voir l'indissociabilité de la vie et de la mort) contribuent à rappeler que les soignants ne sont pas responsables en cas de mort de l'enfant.

Catégorisations ontologiques mises à mal

Tenus de superviser le déroulement des naissances, les médecins et infirmières en poste en salle d'accouchement ont parfois aussi pour tâche d'annoncer la mort aux mères et de gérer le caractère potentiellement traumatique du deuil périnatal. Cette charge est, en partie, guidée et encadrée par des instructions officielles. Si le fœtus a une durée de gestation supérieure à cinq mois et un poids d'au moins 500 grammes, la femme touche – au même titre que les accouchées – la petite somme d'argent allouée par le Jsy. De même, si ces deux critères sont remplis, la famille peut également récupérer le corps de l'enfant et ainsi procéder à des rites funéraires. En fonction de ce seuil de cinq mois et de 500 grammes, le statut du fœtus change radicalement²⁶ : en deçà, il subit le sort des déchets opératoires de l'hôpital, jeté dans le même seau qui contient le placenta, le sang, l'urine, etc. ; au-delà, l'existence d'un « être » est en partie reconnue, pour percevoir une indemnisation de naissance et pouvoir réaliser des rites funéraires particuliers qui permettront de faire le deuil de cet être singulier qu'est le mort-né.

26. Le seuil du cinquième mois correspond à une différenciation d'ordre scientifique communément établie en médecine et entérinée, entre autres, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Néanmoins, dans la pratique, ce qui compte pour les soignants, ce n'est pas de suivre les critères officiels, mais plutôt que l'enfant semble formé.

Néanmoins, à l'exception de l'application de cette procédure, les soignants ne sont pas tenus de suivre des règles standardisées pour accompagner les mères endeuillées. Ils peuvent ainsi prendre en compte les réactions des femmes, ajuster leurs comportements en conséquence et décider de présenter un cadavre ou, au contraire, refuser de le faire. Un jour où une patiente accouche d'un enfant mort *in utero* par césarienne, une femme médecin s'oppose à ce que le mari montre le corps à son épouse. À mon égard, elle ajoute : « À ce moment-là, la mère est vraiment sensible, ça peut créer des traumatismes ça ! ». Toutefois, à l'intention de préserver émotionnellement une mère endeuillée, s'ajoute parfois aussi la volonté de déjouer de potentielles futures accusations d'échanges d'enfants. En temps normal, compte tenu de la préférence marquée pour les garçons, le personnel hospitalier a pour habitude de montrer l'enfant à la mère dans les secondes qui suivent l'accouchement. Il évite ainsi qu'une patiente ne l'accuse d'avoir échangé son garçon contre une fille. « Avant, on craignait qu'une femme à qui on montrait la deuxième fille dont elle venait d'accoucher puisse s'enfuir ou mourir sur le coup à cause du choc produit. Mais maintenant le règlement veut que l'on montre l'enfant, même s'il s'agit de sa septième fille », m'explique une infirmière. Ainsi, lors d'un accouchement provoqué à dix-neuf semaines en raison d'une malformation (anencéphalie)²⁷, une interne interpelle la patiente pour lui montrer son enfant, puis précise : « Vivant ou mort, il faut toujours montrer l'enfant à la mère, sans quoi les patientes et leurs familles risquent de se plaindre si on leur remet une petite fille, même morte, et de prétendre qu'il s'agissait d'un garçon ». Selon les personnalités, les réactions des femmes et les enjeux, le médecin semble pris entre des sentiments de responsabilité contraires : le devoir d'éviter un possible traumatisme à la mère ou celui de se préserver personnellement, en déjouant de potentielles accusations d'échange d'enfants.

Mis à part cette prise en considération, l'observation montre que le personnel hospitalier manipule les fœtus et les nourrissons morts de la même façon que les enfants vivants, sans considérer les critères de viabilité ou d'âge gestationnel. Cela apparaît tout d'abord dans le traitement similaire que le personnel hospitalier réserve tant au corps du nouveau-né qu'à celui du mort. En effet, aussi bien les fœtus (issus d'une fausse couche ou d'un avortement) que les nouveau-nés et les mort-nés sont déposés dans le même contenant, un plateau métallique. Les enfants vivants à la naissance sont immédiatement amenés dans l'alcôve attenante à la salle d'accouchement, sous l'appareil de chauffage radiant ; et, comme l'exemple précédemment

27. Il s'agit d'une malformation congénitale du système nerveux : le fœtus est dénué d'encéphale (cerveau, cervelet, tronc cérébral).

cité le montre, si un nouveau-né meurt dans les moments qui suivent la naissance, son cadavre ne sera pas nécessairement déplacé ailleurs. Ce corps inerte restera à proximité d'autres nouveau-nés pendant plusieurs dizaines de minutes. Certes, il existe une nuance dans la manipulation du corps : à la différence des fœtus morts et des mort-nés déposés à même le plateau métallique, les nouveau-nés en vie sont placés sur un tissu vert avant d'être posés dans un plateau. Hormis cette distinction, les pratiques hospitalières de traitement des corps des enfants se ressemblent, qu'ils soient morts ou vivants.

La labilité des frontières apparaît également clairement au niveau lexical. Qu'il s'agisse d'enfants vivants, d'enfants viables puis morts, de mort-nés ou de fausses couches (survenues aussi bien en début qu'en fin de grossesse), le personnel emploie un seul et même terme, celui d'« enfant » (*baccā*). À titre d'exemple, lorsque Megha interpelle Fazila pour lui montrer le corps du fœtus (19 semaines, cas d'anencéphalie), elle dit simplement : « Voici ton enfant » (*Yēh hai tumharā baccā*).

Cette terminologie commune contraste avec le constat que Luc Boltanski fait à partir d'un terrain français : face à une patiente, un médecin choisit un terme plutôt qu'un autre selon que l'enfant est viable, que sa survie sera assurée ou pas :

« Au cours de l'échographie [le médecin] emploie le terme de "bébé" si l'être dans la chair est destiné à être conservé et, lorsqu'il ne peut pas faire autrement et sur le mode de la dénégarion ("ceci n'est pas un embryon"), le terme d'embryon dans le cas contraire » (2004 : 178).

Selon le sociologue, le degré de personnification de l'enfant ainsi que le vocable qu'emploie le personnel hospitalier dépendent principalement de l'inscription du fœtus dans un projet parental. Les analyses de Dominique Memmi vont également dans ce sens. Elle aussi fait état d'une « évolution contradictoire » avec des processus d'« incarnation juridique de l'enfant mort » en cas d'interruption médicalisée de grossesse (IMG) et une « désincarnation du produit » en cas d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en milieu français (Memmi 2011 : 38). En somme, dans ses processus de valorisation ou de dévalorisation du fœtus comme dans les formes de deuil qu'il préconise, le personnel soignant prendrait en compte la réalisation du « projet parental ».

Cette prise en considération ne se retrouve pas à M. C., où les soignants recourent au terme (*baccā*) pour désigner aussi bien les bébés que les mort-nés ou les fœtus non viables. Ce constat, qui renvoie au phénomène de *lumping* décrit par Nicole Isaacson, témoigne de cette tendance à inclure le fœtus *in utero* et le bébé *ex utero* dans une seule et même catégorie : « The division of an undifferentiated continuum of pregnancy into significant cognitive

categories through the processes of lumping and splitting has resulted in the contemporary creation of fetus-infant » (1996: 477). Le fait de « lisser lexicalement les seuils officiels » (Memmi 2011: 57) et de n'utiliser qu'un seul et même terme devant les parents n'est pas anodin : non seulement le langage a le pouvoir de réifier des constructions mentales en des réalités concrètes, mais le lexique employé par le personnel médical a, de par son caractère supposé scientifique, un impact tout particulier (Isaacson 1996: 462).

La polysémie du terme hindi *baccā* est d'autant plus grande que ce terme générique (masculin) signifiant littéralement « enfant » est parfois employé – par extension – pour désigner un « fils ». Le caractère équivoque de cet emploi est d'autant plus problématique que la préférence pour les garçons reste marquée en Inde, et que la découverte du sexe de l'enfant – primordial pour les femmes – ne s'effectue qu'au moment de la naissance. En effet, en 1994, le gouvernement a mis en place le *Pre-natal Diagnostic Techniques Act*. Avec l'instauration de cette loi, visant à remédier au phénomène de l'avortement sélectif féminin, les médecins ont l'interdiction d'annoncer le sexe de l'enfant aux parents. De la même manière que les réjouissances, les prestations et les festivités familiales diffèrent à la naissance selon qu'il s'agit d'une fille ou d'un garçon²⁸, la peine des endeuillés semble souvent plus vive lorsqu'ils apprennent ou constatent que le mort-né était un garçon. Il me semble révélateur qu'une femme qui évoque la perte d'un garçon précise fréquemment *Larṅka thā* (« C'était un garçon »). Comme la préférence pour les garçons est largement reconnue socialement, elle suggère implicitement que la perte est d'autant plus douloureuse. Il est, en revanche, rare qu'une femme mentionne le décès d'un enfant et indique d'elle-même qu'il s'agissait d'une fille.

Rachi, une infirmière, a bien conscience des désillusions entraînées par l'équivoque du terme « *baccā* » à la naissance :

« Oui, c'est arrivé plusieurs fois que l'enfant naisse et qu'on l'appelle *baccā*, que ce soit un garçon ou une fille. Mais les femmes considèrent qu'en disant *baccā* ça signifie qu'elles ont forcément eu un garçon. Du coup, lorsque le médecin leur donne ensuite leur petite fille, elles soutiennent qu'elles ont eu un garçon [en minaudant] : “Mais vous avez dit que j'avais eu un *baccā*” [Rires] ».

Aussi, en milieu hospitalier, l'expérience des parturientes est-elle marquée par une porosité entre le vivant et la mort. La parturiente est confrontée à une rhétorique de la mort (« Tu veux que ton enfant meure? »), elle est

28. Lorsqu'il s'agit d'un garçon, les familles sont plus enclines à organiser une « cérémonie de naissance » (*kuā pūjā*) en grande pompe (musiciens, photographes, buffet, etc.) tandis que les *hijra* (« eunuques ») réclament d'importantes sommes d'argent (et de cadeaux) en échange de leurs bénédictions (Jullien 2016).

susceptible d'avoir un bébé mort dans son champ de vision et les pratiques langagières et corporelles que les soignants adoptent à l'égard des nouveau-nés ressemblent de près à celles adoptées vis-à-vis des mort-nés. Contrairement à ce qui s'observe dans certains pays occidentaux, cette configuration ne semble pas résulter d'une humanisation du fœtus ou d'une prise en considération du projet parental. Cela tiendrait peut-être davantage à un manque de ressources et au fait que le personnel hospitalier n'est pas contraint d'endosser un rôle spécifique pour accompagner les patientes et leur famille dans leur travail de deuil.

En cas de fausse couche ou d'accouchement d'un enfant mort-né, les comportements du personnel hospitalier comme les « normes pratiques » (Olivier de Sardan 2008) en vigueur à M. C. demeurent en effet sensiblement les mêmes. D'une part, le personnel soignant traite les corps morts sans grand ménagement avant de les rendre aux familles avec désinvolture et peu d'explications. D'autre part, les auxiliaires de soins réclament un bakchich comme à leur habitude, tranchant avec l'idée – fréquemment avancée – selon laquelle les familles donneraient spontanément quelques dizaines de roupies pour manifester leur bonheur ou exprimer leur gratitude. Tous ces comportements – depuis le manque d'adaptation du comportement aux circonstances, au peu de distinction entre les différents êtres (fœtus, nouveau-né ou mort-né, etc.) jusqu'au nivellement des termes utilisés – donnent des soignants une image de simples exécutants, affairés à leurs tâches, que l'enfant soit mort ou vivant. En adoptant un protocole unique pour tous les patients, les soignants se dédouanent ainsi de leur responsabilité.

En somme, au fil de ces dernières années, la naissance est devenue une affaire institutionnalisée et médicalisée, mais la prise en charge de la mort et l'accompagnement du deuil ne semblent pas relever de la compétence du personnel hospitalier ; la mort continue d'être gérée au sein des sphères traditionnelles. À partir d'une enquête menée à Jaipur, Maya Unnithan-Kumar a effectivement souligné qu'en cas de mort périnatale, les femmes se tournent davantage vers les « guérisseurs religieux » (*religious healers*) chargés d'« exorciser le mal » et qui, par ailleurs, gèrent les « états psychologiques de souffrance et d'anxiété » de celles qui perdent un enfant. L'auteure ajoute que ces mères endeuillées estiment souvent que le personnel médical ou les *dāi* ont « peu à apporter » en la matière (Unnithan-Kumar 2002 : 119).

Il est vrai qu'en fonction des symptômes et des maux, les femmes recourent à différents spécialistes, combinant divers traitements. Mais, s'agit-il uniquement d'une affaire de savoir-faire différenciés et de répartition des compétences ? Rappelons qu'avec les politiques récentes de gratuité des soins, les hôpitaux publics sont devenus des lieux de grande mixité : aux différences

statutaires propres aux métiers, s'ajoute une diversité sociale (caste, classe) et religieuse qui ne va pas de soi en contexte indien. Les formes de défiance et de distinction sociale qui en résultent n'expliquent-elles pas aussi, du moins en partie, la difficulté des soignants à accompagner les patientes dans leur travail du deuil ?

Nous avons observé qu'au moment culminant de l'accouchement ou de l'annonce de la mort d'un enfant, les soignants cherchent fréquemment à déjouer de potentielles accusations face aux patientes. De même, nous verrons qu'en matière de soins périnataux, les attitudes des médecins et des infirmières à l'égard des jeunes mères et de leur famille restent, là aussi, largement guidées par la volonté de se prémunir contre des inculpations.

Au paroxysme des accusations : les soins du nourrisson

« La vie du bébé est menacée » (*Bacce ke jān ko khatrā hai*), me disaient souvent les femmes. Le nouveau-né est perçu comme un être vulnérable, particulièrement sujet aux entités malveillantes (*havā*) et, plus spécifiquement, au mauvais œil (*burī naẓar*) et aux esprits des femmes mortes en couche (*curail*), du fait de son impureté « attrayante » (substances, odeurs) et de la « perméabilité » de sa tête (fontanelle). Pour contrer cette incertitude, l'immense majorité des femmes prend des précautions (souvent dictées par leur belle-mère), et ce, dès les premières heures qui suivent la naissance. L'intérêt porté aux *śarīra saṃskāra*²⁹, ces rites ponctuant le cycle de la vie des castes supérieures (les « deux-fois nés »), a eu tendance à éclipser toute une série de soins périnataux plus populaires. Ces derniers, qui visent à déjouer ou écarter les dangers potentiels et les influences néfastes dans les jours qui suivent l'accouchement, sont pourtant largement suivis par les femmes, indépendamment de leur caste, toutes religions confondues, qu'elles accouchent chez elles à l'aide d'une *dāī*, ou en milieu hospitalier.

À titre d'exemple, les accouchées, hindoues comme musulmanes, ont pour habitude de poser un couteau sur leur lit près de l'oreiller ou sous le drap pendant les quarante jours qui suivent la naissance. Lorsqu'elles se déplacent dans l'hôpital – pour aller aux toilettes par exemple –, elles le font habituellement avec l'enfant dans les bras et le couteau à la main. L'idée est que la lame éloignerait les entités invisibles nocives (notamment les esprits vengeurs des femmes mortes en couche). À l'instar du khol que l'on applique sur le visage de l'enfant (sous ses yeux, sur la joue ou sur le

29. Ces « rites perfectifs relatifs au corps » des « deux-fois nés » (*dvija*), extrêmement codifiés et abondamment commentés (Kane 1941 ; Bhattacharya 1979 ; Kakar, S. 1985 ; Kapani 1992), sont destinés à enlever l'impureté de la naissance, à intégrer l'enfant dans son lignage, à reconnaître sa particularité individuelle et à le protéger.

front) ou des petits bracelets de perles (ou de fils) noirs que l'on attache à ses chevilles ou à ses poignets, la possession d'un couteau fait partie des mesures prophylactiques de la petite enfance. Très suivie en Inde, cette pratique est aussi respectée par la classe moyenne, voire par les médecins eux-mêmes. Au cours d'une visite en salle de post-accouchement, lors de ma première semaine à l'hôpital, le médecin Seema Mehta, entourée de ses collègues, admet en riant avoir eu un couteau pour son propre accouchement : « À cause de ma belle-mère, même moi j'ai dû en avoir un [couteau] aussi ! ».

En plus de faire preuve d'empathie envers les patientes qui suivent cette coutume, de nombreux médecins confirmés reconnaissent des formes de rationalisation. Toujours au sujet du port du couteau, une femme médecin souligne qu'« à l'origine, il y avait une raison derrière cela » :

« Les gens avaient l'habitude de vivre dans les villages entourés de forêts, où il y avait de nombreux animaux, des prédateurs. Ils devaient donc garder avec eux des couteaux et des armes tranchantes pour les repousser. Maintenant, même en ville, c'est devenu un rituel pour éloigner les fantômes. C'est comme ça que les choses deviennent des rituels ».

En outre, et même si certains médecins se plaignent parfois que « l'Inde est pleine de superstitions ! », il existe un accord tacite et culturel entre les médecins et les patientes sur la nécessité d'accomplir certaines pratiques qui dépassent le cadre biomédical. Après avoir évoqué les résidus d'encens (*bhabhūti*) ou de poudre colorée grise que les patientes apportent à l'hôpital et dispersent autour d'elles, un interne ajoute :

« On les laisse faire. Ce sont leurs croyances. Tu ne peux pas leur dire de ne pas le faire car si quelque chose de mal se passe elles penseront que c'est arrivé car elles n'ont pas fait [ce qu'elles devaient faire] ».

La formulation indique une forme d'entente tacite. Si ces pratiques étaient interdites à l'hôpital, les femmes pourraient davantage refuser l'accouchement institutionnel ou, en cas de problème, s'en prendre aux soignants. Par ailleurs, le personnel hospitalier est bien conscient du contrôle qu'exerce la belle-famille (notamment la belle-mère) sur le corps des accouchées. Accepter que les patientes suivent les préconisations de leur belle-mère ou d'un gourou, c'est aussi minimiser la probabilité que ces femmes puissent être blâmées par leur belle-famille si un problème advenait. Bien souvent, en effet, l'impossibilité de concevoir ou d'accoucher d'un enfant sain est attribuée aux femmes et, pour ces raisons, un homme peut choisir de répudier sa femme ou de prendre une seconde épouse (Jeffery & Jeffery 1996 : 17).

Cependant, il existe des pratiques périnatales relativement répandues que les médecins et les infirmières réprouvent, si bien que les jeunes accouchées les suivent discrètement, au risque de se faire réprimander.

L'ensemble des infirmières et des médecins semble s'accorder sur le fait que les représentations des femmes en matière d'allaitement constituent les pires « croyances » (*beliefs*) ou « superstitions » (*andhaviśvās*) auxquelles ils ont affaire. Scandalisée, une infirmière en poste en salle d'accouchement souligne : « Certaines disent qu'elles doivent attendre de voir les étoiles. Et parfois, ça prend trois jours ! Trois jours avant qu'elles puissent allaiter l'enfant ! ».

Toujours à propos de l'allaitement, Suma, une infirmière hindoue, kéralaise, m'explique :

« Elles ne veulent pas [allaiter]. Quand le bébé commence à téter, il y a une induction et, à ce moment, le lait arrive. Le système entier du corps subit l'induction, et c'est comme ça que le lait sort. Mais elles, vous savez ce qu'elles font ? Elles font venir du thé de l'extérieur et elles en donnent au bébé avec un bol, une petite cuillère et surtout avec un petit morceau de tissu ! Ce n'est pas bien, n'est-ce pas ? L'enfant aura la diarrhée et il mourra vite ».

Comme ces extraits le révèlent, les tensions découlent principalement du fait que les patientes ne suivent pas les recommandations du personnel médical au sujet du colostrum³⁰, du début de la tétée ou de l'allaitement exclusif. Le colostrum, que beaucoup de femmes jugent « impur » et « mauvais », est rarement donné à l'enfant. Nombreuses sont celles qui refusent d'allaiter dans les heures qui suivent l'accouchement (voire qui attendent une journée avant de le faire)³¹. Quant à l'allaitement exclusif prôné par les instances médicales et largement étayé par des pancartes informatives, il est rarement respecté : bien souvent, la belle-sœur ou la belle-mère donne quelques gouttes de *ghuṭṭī* (mélange d'eau, de miel ou encore de beurre clarifié) ou, plus souvent, de *cāy* (« thé au lait ») au nouveau-né, du bout du doigt ou à l'aide d'une petite cuillère ou d'un *dīpak* (support métallique de lampe à huile).

Même si le personnel hospitalier fait parfois semblant de « ne pas voir » et ne reprend donc pas systématiquement les familles qui ne nourrissent pas le nouveau-né comme les instances médicales recommandent de le faire, les répréhensions liées aux « mauvaises pratiques » de l'allaitement sont fréquentes. Surtout, la responsabilité de la mère (et de sa belle-famille) sur la potentielle mort de son enfant est au centre de ces interventions. Lors d'une visite, un médecin surprend une belle-mère qui donne quelques

30. Ce liquide jaunâtre et très nutritif, également appelé « premier lait », est produit chez la femme durant la dernière partie de la grossesse et les premiers jours de l'allaitement.

31. Maya Unnithan-Kumar (1999 : 627) a constaté que les Nagori Sunni de Sanganer (banlieue sud de Jaipur) commencent à allaiter entre 24 et 48 heures après l'accouchement. Ce délai serait dû au fait que la pratique du *azān* (mots sacrés qu'un érudit musulman murmure à l'oreille du nouveau-né) doit être accomplie avant.

gouttes de thé à un nourrisson, s'arrête au pied du lit de la patiente et lui demande : « Mais qu'es-tu en train de faire ? Tu veux qu'il meure ? [Silence]. Si c'est le cas, continue ! ». Puis il lui tourne le dos, sans attendre de réponse, sans fournir davantage d'explications. Quant aux infirmières en poste en salle de post-accouchement, elles manifestent le plus souvent leur réprobation de manière non verbale : elles s'arrêtent devant le lit de l'intéressée, attendent d'avoir attiré son attention, lui lancent un regard de consternation et poursuivent leur chemin en faisant un bruit de la langue pour marquer leur désapprobation.

À divers endroits de l'hôpital, des écriteaux vantent les bienfaits du colostrum et recommandent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, conformément aux recommandations de l'OMS. On trouve aussi la charte des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », qui constitue le document de référence de la vaste campagne « Hôpitaux amis des bébés » lancée par l'UNICEF et l'OMS en 1991. Dès l'année suivante, cette initiative, répandue à l'échelle mondiale, a été mise en œuvre en Inde en partenariat avec le ministère de la Santé et du Bien-être familial. Et pour cause, d'après une étude menée par l'UNICEF, si tous les bébés étaient nourris exclusivement par allaitement pendant leurs six premiers mois, 250 000 vies pourraient être sauvées chaque année en Inde (Subbiah & Jeganathan 2012 : 62).

Le nombre important de pancartes de sensibilisation à l'allaitement affichées sur les murs de l'hôpital vient peut-être – du moins en partie – compenser le fait que le personnel hospitalier – en sous-effectif – n'est pas en mesure de sensibiliser les patientes et de veiller aux bonnes pratiques de l'allaitement. À ce sujet, une interne s'exclame : « Pour un interne, il y a une vingtaine de nouveau-nés ! Combien peut-il bien en surveiller ? ». Pourtant, la pancarte « Hôpitaux amis des bébés » accrochée en salle de post-accouchement semble presque davantage servir de garantie aux instances médicales qu'à informer les patientes. En étant désignées à la troisième personne, les accouchées n'apparaissent pas comme des destinataires. En indiquant que le personnel hospitalier est formé, que le travail de conseil est systématiquement effectué et que toutes les dispositions sont prises pour que les mères allaitent, l'hôpital affiche son irréprochabilité. En cas de mort d'un nouveau-né, cette clause d'exonération de responsabilité sur l'allaitement peut s'avérer décisive. C'est ce qu'un incident polémique, relayé dans le journal local *Rājasthān Patrikā*, laisse présager. Il s'agit du cas d'un nouveau-né, décédé quelques jours après sa naissance à M. C., en 2015. La famille et les instances médicales s'accusent réciproquement d'être responsables de sa mort. Face aux protestations de la famille, la police est intervenue en vue de calmer la situation. En l'occurrence, le contentieux tourne précisément

autour de l'allaitement : tandis que la famille accuse le personnel hospitalier de négligence, l'un des médecins en chef stipule que l'enfant n'était pas allaité convenablement, ce qui aurait causé la mort de l'enfant.

L'hypothèse ici défendue est que la réaction du personnel hospitalier face aux patientes découle davantage d'appréhensions sur leur potentielle imputation en cas de décès que de formes de jugement ou de condamnation des « modèles explicatifs »³² (Kleinman 1980) des femmes et de leurs familles. Dans les soins donnés comme dans les conseils prodigués, les soignants sont bien souvent guidés par la volonté de se dédouaner de toute accusation, mais paraissent peu soucieux de gommer ou de rectifier les théories pathogéniques de la patientèle qui ne relèveraient pas du domaine de la biomédecine. Les croyances et les pratiques périnatales des accouchées sont généralement tolérées, voire justifiées par le personnel hospitalier, à partir du moment où celui-ci juge qu'elles ne nuisent pas à la santé du nouveau-né et qu'elles permettront de justifier une mort sans que la négligence ou le dysfonctionnement du service médical ne soient mis en cause.



Il a souvent été avancé que l'évaluation du danger s'était accrue au fil de ces deux derniers siècles et que la notion de risque a largement supplanté ce que l'on estimait auparavant relever du destin (Giddens 1990 : 30). En Inde, les campagnes pour la maternité sans risque (*safe motherhood*) menées par le gouvernement et les ONG sont révélatrices de cette évolution : les programmes mettent l'accent sur le fait que la mortalité infantile ne doit plus relever de la fatalité. En instaurant une prise de conscience du risque à la naissance, ces programmes font apparaître l'accouchement à l'hôpital non plus comme un choix, mais comme une norme. Dans les rapports gouvernementaux, l'incitation à l'accouchement médicalisé est explicitement présentée comme une prévention de la mortalité³³. Dans les messages de sensibilisation du gouvernement comme dans les séances de conseils d'ONG indiennes, le message est souvent présenté sous la forme d'une opposition

32. Les « modèles explicatifs » visent, en réponse à un épisode particulier de maladie, à expliquer cette dernière selon cinq axes (l'étiologie, les symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble et le traitement), et ce, pour chacun des trois grands secteurs concernés par la maladie (le populaire, le professionnel et le traditionnel).

33. C'est ce qu'atteste, entre autres, la phrase initiale de la toute première page d'un document gouvernemental, paru un an après la mise en place du *Janani Surakṣā Yojanā* (JSY, Programme de protection maternelle) : « [It] is a safe motherhood intervention under the National Rural Health Mission (NRHM) being implemented with the objective of reducing maternal and neo-natal mortality by promoting institutional delivery among the poor pregnant women » (*Ministry of Health and Family Welfare* 2006 [<http://pbhealth.gouv.in/jsy.pdf>]).

manichéenne et moralisatrice : les bébés qui naissent à domicile meurent, ceux qui naissent à l'hôpital viennent au monde en bonne santé.

Cette rhétorique a un double impact sur l'expérience des femmes. D'une part, on constate une contradiction entre les promesses de l'hôpital quant à la sécurité de l'enfant et le vécu direct et bien réel de la mort. L'institution hospitalière entretient une certaine labilité des frontières entre la vie et la mort. Les femmes qui optent pour un accouchement médicalisé à M. C., justifiant ce choix par le fait qu'à l'hôpital « le danger [de mort] est écarté » (*khatrā dūr jatā hai*), sont pourtant, malgré elles, fréquemment confrontées à la mort : non seulement la mort potentielle de leur enfant est souvent évoquée mais, l'hôpital étant surpeuplé et le personnel en sous-effectif, les corps morts sont souvent laissés à la vue des parturientes.

D'autre part, c'est ainsi que s'installe une dialectique épineuse entre confiance et responsabilité. En reprenant la théorie d'Anthony Giddens sur les institutions de la modernité, l'on pourrait supposer qu'en période d'hospitalocentrisme, les parturientes passent d'une « confiance envers autrui » à une confiance reposant sur des « principes impersonnels » (Giddens 1990 : 26). Et, comme le fait remarquer très justement Paul Ricoeur, imputer une responsabilité ne va pas de soi en milieu hospitalier : « Dans le cas de la médecine hospitalière, le vis-à-vis du malade tend à devenir l'institution hospitalière elle-même, au prix d'une fuite incontrôlable de la responsabilité » (2001 : 238)³⁴. Or, d'après mes interlocutrices, l'accouchement en milieu hospitalier présagerait d'une naissance sans risque et d'un transfert de responsabilités en cas de complications. C'est ce que suggèrent de nombreuses femmes lorsqu'elles justifient le choix de l'accouchement en milieu hospitalier : « S'il y a un danger, ils s'en chargent » (*Kuch bhī khatrā ho, to sambhāl lete hain*). C'est aussi ce qu'indique la belle-mère de Yasmine lorsqu'elle apprend la mort *in utero* de l'enfant : « Depuis la nuit dernière, où vous l'avez admise [à l'hôpital], elle était sous votre responsabilité ». Les femmes ont conscience du revers de la médaille : beaucoup d'entre elles tendent en effet à regretter les attentions des *dāī*. À l'hôpital, elles se plaignent de la saleté des lieux et des travers de la bureaucratisation indienne (discriminations, indifférence des employés, demandes de bakchich) que Akhil Gupta (2012) a si bien décrits. Les patientes s'accordent généralement sur le fait que le passage par l'hôpital est à l'origine de divers désagréments (physiques et émotionnels) personnels, mais qu'il est nécessaire pour le bien-être de leur enfant. Ainsi, qu'un nouveau-né meure et que l'institution se déresponsabilise relève de l'invraisemblable pour les familles. Autrefois, les proches et les sages-femmes

34. Sur les mutations de la relation médecin-malade, et notamment sur les notions de responsabilité, de droits du malade et de prise de décision, se reporter aussi à l'article de Jean-Philippe Pierron (2007).

traditionnelles demandaient aux femmes qui faisaient une fausse couche ou perdaient un nouveau-né de « ne pas en faire de trop » (Jeffery & Jeffery 1996 : 29), rappelant que ces issues fatales étaient inéluctables. Ces réactions ne semblent plus de mise. L'institutionnalisation de la santé obstétrique et les pancartes de « maternité sans risque » affichées dans la ville ont accru les attentes des familles à l'égard de la naissance à l'hôpital. Ces attentes sont d'autant plus élevées qu'en accouchant à l'hôpital, les femmes doivent composer avec de nouveaux désagréments. Aussi est-il compréhensible que la mortalité infantile soit encore moins tolérée.

En somme, les parturientes et leurs familles considèrent que le transfert de responsabilité dans la prise en charge s'accompagne d'une obligation de résultat de la part de l'institution hospitalière. Quant aux agents de l'État, ils ne renvoient pas tant la faute à un déséquilibre structurel dont les origines se trouvent dans une dynamique politique et économique, qu'aux attitudes des patientes, jugées trop arriérées, illettrées ou « péquenaudes » pour appliquer correctement les directives des médecins. La question « à qui la faute ? » occasionne des réponses très différentes selon qu'elle est posée au personnel hospitalier³⁵ ou à son public, du fait de conceptions antagonistes de la responsabilité de l'État dans la mise en œuvre de ses politiques.

*Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft
Universität Zürich, Zürich (Suisse)
clemencejullien@yahoo.es*

MOTS CLÉS/KEYWORDS : mortalité infantile/*infant mortality* – responsabilité/*responsibility* – accusations/*accusations* – hôpital/*hospital* – Rajasthan (Inde)/*Rajasthan (India)* – maternité/*maternity*.

35. Si le personnel hospitalier se pose comme un corps homogène en cas d'imputation de la faute, rappelons qu'il est traversé par divers antagonismes et qu'il est loin de constituer une catégorie uniforme.

Beck, Ulrich

1992 *Risk Society Towards a New Modernity*. London, Sage Publications.

Bhattacharya, Bhaswati

1979 «Hindu *samskāras*: A Theological Perspective», in Clarence McMullen, ed., *Rituals and Sacraments in Indian Religions*. Delhi, Published for Christian Institute of Sikh Studies, Batala by ISPK : 4-38.

Boltanski, Luc

2004 *La Condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris, Gallimard («NRF Essai»).

Bourdin, Alain

2003 «La modernité du risque», *Cahiers internationaux de sociologie* 114 (1) : 5-26.

Castra, Michel

2013 «Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs», in Florent Schepens, ed., *Les Soignants et la mort*. Toulouse, Érès : 123-135 («Clinique du travail»).

Chawla, Janet, ed.

2006 *Birth and Birth Givers. The Power Behind the Shame*. New Delhi, Shakti Books Series.

Cuisance, Marie-Laure

2016 *Les Petites Catastrophes de la vie domestique. Ethnographie des mutations de la relation assureur-assurés chez Axa-France. Dilater l'espace, fragmenter le temps, intensifier la voix*. Nanterre, Université Paris-Nanterre, thèse de doctorat.

Das, Veena

1976 «The Uses of Liminality: Society and Cosmos in Hinduism», *Contributions to Indian Sociology* 10 : 245-263.

Dasen, Véronique

2015 *Le Sourire d'Omphale. Maternité et petite enfance dans l'Antiquité*. Rennes, Presses universitaires de Rennes («Histoire. Série Histoire ancienne»).

Donner, Henrike

2008 *Domestic Goddesses Maternity, Globalization and Middle-class Identity in Contemporary India*. Aldershot-Burlington, Ashgate.

Douglas, Mary

1966 *Purity and Danger. An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. London, Routledge & K. Paul.

1994 *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. London, New York, Routledge.

Duggal, Ravi, Commen C. Kurian & Padma Bhate Deosthali

2012 «Appropriate Role for the Private Sector in Health Care of India», *Health For the Millions* 38, B°4. New Delhi, Voluntary Health Association of India.

Eck, Diana L.

2007 *Darśan. Seeing the Image in India*. Delhi, Motilal Banarsidass.

Ewald, François

1986 *L'État providence*. Paris, Grasset.

Ewald, François & Denis Kessler

2000 «Les noces du risque et de la politique», *Débat* 109 (2) : 55-72.

Fassin, Didier & Dominique Memmi

2004 «Le gouvernement de la vie, mode d'emploi», in Didier Fassin & Dominique Memmi, eds, *Le Gouvernement des corps*. Paris, Éd. de l'EHESS («Cas de figure») : 9-33.

Foucault, Michel

1975 *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris, Gallimard («Bibliothèque des histoires»).

1988 « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », *Hermès. La Revue* 2 (2) : 30-40.

2004 *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*. Éd. par Michel Senellart. Paris, Gallimard (« Hautes études »).

Giddens, Anthony

1990 *Consequences of Modernity*. Cambridge, Polity Press.

Godeau, Emmanuelle

2007 « *L'Esprit de corps* ». *Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*. Paris, Éd. de la MSH (« Ethnologie de la France »).

Guilmoto, Christophe

& Purushottam M. Kulkarni

2004 « Les femmes, la caste et l'État : cinquante ans de planification familiale en Inde », in Arlette Gautier, ed., *Les Politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*. Paris, CEPED : 25-74.

Gupta, Akhil

2012 *Red Tape. Bureaucracy, Structural Violence and Poverty in India*. Durham-London, Duke University Press.

Hancart Petitet, Pascale

2011 « Introduction : de l'usage du savoir des matrones », in Pascale Hancart Petitet et al., eds, *L'Art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*. Descartes, Faustroll : 9-26.

Houdart, Sophie, Vanessa Manceron & Sandrine Revet, eds

2015 *Ethnologie française* 45 (1) : *La mesure du danger*. Paris, Presses universitaires de France.

International Institute for Population Sciences and Macro International

2007 *National Family Health Survey (NFHS-3) 2005-06. 1, India*. Mumbai, IIPS.

Isaacson, Nicole

1996 « The "Fetus-Infant" : Changing Classifications of *In Utero* Development in Medical Texts », *Sociological Forum* 11 (3) : 457-480.

Jeffery, Patricia & Roger Jeffery

1993 « Traditional Birth Attendants in Rural North India : The Social Organization of Childbearing », in Shirley Lindenbaum & Margaret Lock, eds, *Knowledge, Power and Practice*. Berkeley, University of California Press : 7- 31.

1996 « Delayed Periods and Falling Babies : The Ethnophysiology and Politics of Pregnancy Loss in Rural North India », in Rosanne Cecil, ed., *The Anthropology of Pregnancy Loss*. Oxford-Washington, Berg : 17-37.

2008 « "Money itself Discriminates" : Obstetrics Emergencies in the Time of Liberalisation », *Contributions to Indian Sociology* 42 (1) : 59-91.

Jeffery, Patricia, Roger Jeffery & Andrew Lyon

1989 *Labour Pains and Labour Power*. London, Zed Books.

Jonas, Hans

2008 *Le Principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. Trad. de l'allemand par Jean Greisch. Paris, Flammarion (« Champs. Essais » 784).

Jullien, Clémence

2016 *Du bidonville à l'hôpital. Anthropologie de la santé de la reproduction au Rajasthan (Inde du Nord)*. Nanterre, Université Paris Ouest-Nanterre, thèse de doctorat.

Kakar, D. N.

1980 *Dais, the Traditional Birth Attendants in India*. Delhi, New Asian Publishers.

Kakar, Sudhir

1985 *Moksha. Enfance et société en Inde*. Trad. de l'anglais par Claude Davenet. Préf. de Catherine Clément. Paris, Les Belles Lettres (« Confluents. Confluents psychanalytiques »).

Kane, Pandurang Vaman

1941 *History of Dharmasastra. Ancient and Medieval Religious and Civil Law*. Poona, Bhandarkar Orient Research Institute : II, 1.

Kapani, Lakshmi

1992 *La Notion de samskāra dans l'Inde brahmanique et bouddhique*, 1. Paris, de Boccard (« Publications de l'Institut de civilisation indienne »).

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

Lefebvre, Bertrand

2007 « De la planification au marché : la privatisation du secteur hospitalier en Inde (1947-2007) », *Transcontinentales* 5 : 39-55 [<https://transcontinentales.revues.org/693>].

2010 « Hospital Chains in India : The Coming of Age? », *Asie Visions* 23 : 1-27 [www.ifri.org/fr/publications/enotes/asie-visions/hospital-chains-india-coming-age#s-thash.be65JV33.dpbs].

2011 *Les Services hospitaliers de Delhi. Planification, privatisation et gouvernance urbaine*. Rouen, Université de Rouen, thèse de doctorat.

Lim, Stephen S. et al.

2010 « India's Janani Suraksha Yojana, a Conditional Cash Transfer Programme to Increase Births in Health Facilities : An Impact Evaluation », *The Lancet* 375 (9730) : 2009-2023.

Malamoud, Charles

2002 *Le Jumeau solaire*. Paris, Le Seuil (« La Librairie du XXI^e siècle »).

Massé, Raymond

2010 « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie & Santé* 1 : <https://anthropologiesante.revues.org/116>].

Mauss, Marcel

2010 *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France (« Quadrige. Grands textes »).

Memmi, Dominique

2003 *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, La Découverte.

2011 *La Seconde vie des bébés morts*. Paris, Éd. de l'EHESS (« Cas de figure »).

National Rural Health Mission

2011 *Family Welfare Statistics in India, 2011*. New Delhi, Statistics Division, Ministry of Health and Family Welfare.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre

2008 « À la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », in *Afrique. Pouvoir et politique* [programme de recherche]. London, Overseas Development Institute (« Discussion Paper » 5) : 1-23.

Percot, Marie

2005 « Les infirmières indiennes émigrées dans les pays du Golfe : de l'opportunité à la stratégie », *Revue européenne des migrations internationales* 21 (1) : 29-54 [<https://remi.revues.org/2340>].

Percot, Marie & Irudaya S. Rajan

2007 « Female Emigration from India », *Economic and Political Weekly* 42 (4) : 318-325.

Pierron, Jean-Philippe

2007 « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé* 2 (25) : 43-66.

Pinto, Sarah

2008 *Where There Is no Midwife. Birth and Loss in Rural India*. New York, Berghahn Books (« Fertility, Reproduction and Sexuality : Social and Cultural Perspectives » 10).

Ricœur, Paul

2001 *Le Juste*, 2.
Paris, Éd. Esprit (« Philosophie »).

Rohrbasser, Jean-Marc

2007 « Leibniz : assurance, risque et mortalité », *Astérion* 5
[https://asterion.revues.org/1259].

Saglio-Yatzimirsky, Marie-Caroline, ed.

2002 *Population et développement en Inde*.
Paris, Ellipses.

Segalen, Martine

2010 *À qui appartiennent les enfants ?*
Paris, Tallandier.

Sengupta, Amit & Samiran Nundy

2005 « The Private Health Sector in India Is Burgeoning, But at the Cost of Public Health Care », *British Medical Journal* 331 (7526) : 1157-1158.

Spitz, Jean-Fabien

2008 *Abolir le hasard ? Responsabilité individuelle et justice sociale*. Paris, J. Vrin (« Philosophie concrète »).

Stork, Hélène

1986 *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*.
Paris, Le Centurion.

1990 « Aspects médicaux et religieux des pratiques de soins aux jeunes enfants en Inde du Sud », in Jean-François Reverzy, ed., *L'Espoir transculturel*, 1. *Cultures, exils et folies dans l'Océan Indien*. Paris, L'Harmattan : 145-155.

Subbiah, Nanthini & Arumugam Jeganathan

2012 « Socio-cultural Beliefs Influences Breastfeeding Practices Among Primi Postnatal Mothers Residing in Urban Slum Area of Delhi », *Health and Population. Perspectives and Issues* 35 (2) : 61-73.

Tarabout, Gilles

2011 « Vizualizing the Gods », *Mārg. A Magazine of the Arts* 63 (2) : 16-25.

Unnithan-Kumar, Maya

1999 « Households, Kinship and Access to Reproductive Health Care among Rural Muslim Women in Jaipur », *Economic and Political Weekly* 34 (10-11) : 621-630.

2002 « Midwives Among Others : Knowledges of Healing and the Politics of Emotions in Rajasthan Northwest India », in Santi Rozario & Geoffrey Samuel, eds, *Daughters of Hārītī. Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia*. London, Routledge : 109-129.

2003 « Reproductive Health Services and Medical Pluralism in Rajasthan : Forward Looking Strategies », in Surjit Singh & Varsha Joshi, eds, *Institutions and Social Change*. Jaipur, Rawat : 251-271.

Van Hollen, Cecilia

2003 *Birth on the Threshold. Childbirth and Modernity in South India*. Berkeley, University of California Press.

Véga, Anne

1997 « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prénance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé* 15 (3) : 103-132
[www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1997_num_15_3_1405].

Zolesio, Emmanuelle

2013 « Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens », in Florent Schepens, ed., *Les Soignants et la mort*. Toulouse, Érès : 91-104 (« Clinique du travail »).

Clémence Jullien, "Alors, à qui la faute?" *Mort périnatale et accusations croisées dans une maternité au Rajasthan (Inde)*. — Pour lutter contre la mortalité infantile, le gouvernement indien a rendu les soins obstétricaux gratuits dans les années 2000. Avec l'instauration de ces politiques, le taux d'accouchement institutionnalisé a ainsi bondi de 38,7 % à 78,9 % au cours de ces dix dernières années. Pour autant, le personnel hospitalier devient-il dès lors responsable de l'état de santé des enfants à naître? Situé à la croisée de l'anthropologie médicale et de la sociologie du risque, cet article rend compte d'un tournant sanitaire historique. Il interroge les conditions dans lesquelles des parents peuvent être tenus pour responsables du décès de leur enfant lorsqu'ils optent pour l'accouchement à l'hôpital comme on les y incite. Fondé sur l'ethnographie d'un hôpital public à Jaipur (Rajasthan), l'article met en lumière des contradictions inhérentes à ce changement et analyse les raisons pour lesquelles les soignants cherchent, coûte que coûte, à déjouer les potentielles accusations des familles et à se dédouaner de toute responsabilité. Si cette étude permet d'interroger la notion de responsabilité à partir d'une transformation profonde des pratiques obstétriques, elle permet aussi d'apporter un regard nouveau sur les imputations sociales et religieuses qui traversent la société indienne contemporaine. Plus largement, le cas indien invite à repenser les formes de corrélations entre les principes de l'État providence et la responsabilité individuelle.

Clémence Jullien, "Who is to blame?" *Perinatal Death and Cross-accusations in Maternity in Rajasthan (India)*. — In the 2000s, the Indian government implemented free maternal healthcare in order to reduce infant mortality. With the implementation of this new policy, institutional delivery rates in institutions rose from 38,7% to 78,9% over the past ten years. Is it thus implied that hospital staff might become responsible for the health status of children to be born? Drawing upon the intersection between medical anthropology and the sociology of risk, this article examines a turning point in the history of prenatal and infant healthcare. It explores under which conditions parents may be held responsible for the death of their child when they choose hospital delivery (as they are encouraged to do). Using a government hospital ethnography case study from Jaipur (Rajasthan), this research sheds light on the contradictions inherent in this recent change. It also analyses the reasons for which hospital staff avoid accusations of potential liability and exempt themselves from responsibility. This study has a twofold objective: not only to question the notion of responsibility, given this deep transformation in obstetric practices, but also to bring new perspective to social and religious imputations throughout India. On a larger scope, this Indian case study invites us to reconsider the forms of correlations between the principles of the welfare state and the individual responsibility.

