



HAL
open science

Les derniers jours de Palavankodie. Transformations et effacement des pratiques des matrones en Inde

Pascale Hancart Petitet

► **To cite this version:**

Pascale Hancart Petitet. Les derniers jours de Palavankodie. Transformations et effacement des pratiques des matrones en Inde. Laurent Pordié; Emmanuelle Simon. Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation, Éditions de l'EHESS, pp.99-113, 2013, 978-2-7132-2385-3. hal-03681778

HAL Id: hal-03681778

<https://hal.science/hal-03681778v1>

Submitted on 30 May 2022

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.

Hancart Petitet Pascale (2013). Les derniers jours de Palavankodie. Transformations et effacement des pratiques des matrones en Inde . Dans Laurent Pordié & Emmanuelle Simon (eds.), *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Éditions de l'EHESS. Pp99-113.

Les derniers jours de Palavankodie.

Biographie d'une matrone en Inde du Sud

Pascale Hancart Petitet

La présence d'institutions spécialisées et la médicalisation croissante de l'accouchement caractérisent le paysage sanitaire du sud de l'Inde. En milieu rural cependant, les matrones assistent encore de nombreux accouchements¹. Elles traitent également les problèmes d'infertilité et certaines maladies des adultes et des enfants, et sont parfois responsables des cérémonies marquant les événements divers de la reproduction, comme le rite de puberté des filles, la cérémonie de fin de grossesse, ou encore le bain de purification donnée à la mère et au nouveau-né dans les jours qui suivent la naissance. Mais aujourd'hui, les pratiques comme les conditions socio-économiques des matrones sont transformées. Les représentants locaux du système biomédical exercent diverses pressions à leur encontre et de plus en plus de patients souhaitent une prise en charge médicale, ce choix étant expliqué en partie par les effets bénéfiques de la médicalisation de l'accouchement. Ce chapitre illustre ces transformations en retenant pour exemple le cas de Palavankodie, une matrone villageoise du Tamil Nadu. Il rend également compte des circonstances et des processus d'appauvrissement des populations, et explore les dynamiques sociales du pouvoir thérapeutique et la délégitimation des savoirs relatifs à la santé.

L'histoire de Palavankodie est représentative de deux situations souvent observées chez les matrones en Inde. D'abord, dans un contexte de paupérisation et de manque d'emploi, Palavankodie, comme d'autres femmes des castes défavorisées, a été conduite à devenir matrone alors que sa caste n'y était pas engagée². Ensuite, ses activités se sont peu à peu organisées autour de rôles divers, établis en périphérie de la fonction de soignant. Elle a renouvelé ses pratiques et endossé des fonctions inhabituelles, afin de répondre à l'exigence des patientes et de pouvoir exister dans les interstices du système biomédical.

Palavankodie n'est pas une figure marginale dans ce pays. Comme tant d'autres praticiennes, dont les savoirs et les pratiques sont remis en question par une forte concurrence dans le domaine de l'accouchement, cette femme met tout en œuvre pour survivre. Elle contribue ainsi à la redéfinition de la fonction même de matrone.³

¹ Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, 26% des accouchements en Inde ont lieu dans des services de santé et 35% sont faits à domicile par des praticiens expérimentés (« *skilled attendants* »), c'est à dire par des médecins, des infirmières ou des auxiliaires infirmières sages-femmes (WHO, 2004a). Selon les états indiens, 30 à 60% des accouchements sont faits par des matrones (Government of India, 2005).

² Ce point est également relevé dans Jeffery *et al.* (1989).

³ Le terme matrone désigne une praticienne de l'accouchement en milieu populaire, qu'il ne convient de confondre ni l'accoucheuse traditionnelle (dont la traduction anglaise donne « Traditional Birth Attendant »),

Éléments biographiques

Il est onze heures, un matin d'avril, lorsque Pragathi et moi arrivons chez Palavankodie. Tandis que son mari et sa fille aînée de sortent péniblement de leur sieste, la matrone 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 Palavankodie telle que nous l'avions quitté il y a neuf mois. Son sari est délavé et ses yeux larmoient. Un cataplasme d'herbes est étalé sur le front de son visage amaigri. Lors de nos dernières visites, Palavankodie était très loquace et intarissable à propos des questions concernant la maternité. Mais elle peine aujourd'hui à exprimer ses propos. Elle ne dit rien sur son mari, de qui elle se plaint pourtant habituellement. Il ne la soutient pas dans les difficultés du quotidien. Refusant de travailler, cet homme passe sa journée à boire pendant que ses deux cadets sont à l'école et que son épouse et sa fille aînée travaillent comme *coolie*⁴ dans les champs ou aident au vêlage des animaux.

Palavankodie a appris les soins de l'accouchement auprès de sa grand-mère. Cette femme l'a élevée après le décès prématuré de sa mère. Elle a grandi dans une famille où quatre générations de femmes sont devenues matrones, non pas parce qu'elles appartenaient à la caste des barbiers⁵, dont les femmes occupent traditionnellement cette fonction, mais parce qu'une ancêtre aurait décidé de devenir *maruttuvacci*⁶. 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, à un moment donné, l'exercice de la fonction de matrone permettait d'assurer un revenu économique régulier pour le foyer.

Palavankodie accompagnait régulièrement sa grand-mère 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 raconte l'événement déterminant le début de sa carrière de matrone ainsi :

« Je suis venue dans ce village après mon mariage. Il y avait alors la construction d'un barrage, dans lequel des membres du village voisin 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. C'est alors que je suis passé sur le chemin. Ces gens savaient

terme propre au langage du développement, ni avec la sage-femme. 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). De nombreux anthropologues utilisent également le terme de sage-femme traditionnelle ou populaire versus professionnelle. Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, 26% des accouchements en Inde ont lieu dans des services de santé et 35% sont faits à domicile par des praticiens expérimentés (« *skilled attendants* »), c'est à dire par des médecins, des infirmières ou des auxiliaires infirmières sages-femmes (WHO, 2004a). Selon les états indiens, 30 à 60% des accouchements sont faits par des matrones (Government of India, 2005).

⁴ Le terme *coolie* désigne le travailleur journalier. Les femmes qui travaillent dans les champs gagnent en moyenne cinquante roupies par jour (soit un euro environ), les hommes en reçoivent cent.

⁵ Il s'agit de la caste des Vaannan, barbiers et blanchisseurs non « intouchables », ce qui les distingue des Vannan Paraiyar.

⁶ Il s'agit de l'équivalent féminin du terme tamoul *maruttuvar* : le médecin.

que ma grand-mère était matrone et ils m'ont demandé d'aider la femme à accoucher. Dès que je me suis approchée, le bébé est sorti du *katavu vāy*⁷. 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 Arundhathiyar⁸. Elle assistait encore récemment les accouchements de femmes de sa caste et d'autres « castes répertoriées » (*Scheduled Castes*). Palavankodie n'a cependant 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 complications obstétricales et les raisons pour lesquelles elle avait modifié le traitement appris par sa grand-mère. Les pratiques de Palavankodie ont évolué avec son expérience.

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

Une opportunité ratée

Une brève description des éléments clés concernant l'historique et les objectifs des formations des matrones en Inde va maintenant préciser le contexte de cette étude de cas. Deux programmes de formation initiés en 1885 puis en 1903 avaient pour objectif de changer les pratiques des matrones jugées archaïques et responsables des taux élevés de mort maternelle et infantile à cette époque⁹. Ces formations ont été mises en œuvre par le gouvernement et par des organisations diverses, exécutant les directives de diverses structures internationales. Dans les années 1960, le nombre de ces formations fut considérablement réduit lors du lancement des programmes de formations des « auxiliaires infirmières sages-femmes » ou « *Auxiliary Nurse Midwife* » (ANM). Actuellement, le rôle des matrones à l'accouchement tend à être minimisé, voir dénigré, par les instances de santé publique nationales et internationales. Les matrones ne sont pas reconnues comme « accoucheuses qualifiées » (WHO., 2004a). En Inde, l'une des missions confiées par les autorités sanitaires aux ANM est de limiter le nombre des accouchements faits par les matrones qui n'ont pas bénéficié de formation dans un cadre biomédical¹⁰. Dans les zones rurales où les ANM sont difficilement

⁷ Littéralement : *katavu* : porte, *vāy*: vagin ; la porte du vagin.

⁸ Il s'agit de l'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 en raison de l'hétérogénéité croissante de la caste, de nombreux Arundhathiyar n'exercent plus cette fonction (Deliège, 2004).

⁹ Les deux programmes ont été encouragés par la Reine Victoria. Le premier est également connu sous l'appellation National Association for Supplying Female Medical Aid to the Women of India. Il fut initié en Inde grâce aux fonds alloués par Lady Curzon, la comtesse du Dufferin en 1885. L'autre programme fut mené grâce au Victoria Memorial Scholarship Fund (van Hollen, 2003).

¹⁰ Ce rôle attribué aux ANM vise à réduire la mortalité maternelle. En 1992, le gouvernement indien a ainsi mis en œuvre les programmes « Survie des Enfants » (*Child Survival*) et « Maternité sans Risque » (*Safe Motherhood*)

recrutées, le gouvernement indien collabore cependant avec les matrones, mais sans pour autant les rémunérer ou leur accorder de reconnaissance administrative. Ayant rarement fait preuve de leur efficacité à réduire la mortalité maternelle et infantile, les formations des matrones ont été peu à peu abandonnées. Ils ne persistent que dans les états où les taux d'accouchements à l'hôpital sont les plus faibles (Government of India, 2005). Au Tamil Nadu, les matrones sont envisagées comme des aides potentielles aux ANM. Quelques ONG indiennes les incluent dans leurs programmes, où elles sont par exemple chargées de traiter les personnes tuberculeuses (Subramanian *et al.*, 1996).

Mais intéressons nous maintenant aux conséquences de la présence d'ANM sur les pratiques de Palavankodie. Contrairement à une autre femme du village, qui ne faisait pourtant que très peu d'accouchements, Palavankodie n'a pas pu bénéficier de la formation organisée par le gouvernement. Elle remarque qu'elle devait rester proche de ces enfants en bas âge dont la garde ne pouvait être assumée par son mari alcoolique. Cette opportunité ratée est à l'origine des nombreuses déconvenues rencontrées aujourd'hui par Palavankodie. Depuis la mise en poste d'une ANM dans son village, son activité de matrone connaît 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 PHC [*Primary Health Center*, Centre de soins de santé primaire] viennent au village, elles s'opposent à moi. Selon elles, je ne devrais plus faire d'accouchement. Elles disent que mon travail c'est d'enregistrer les femmes enceintes et de les emmener au PHC pour accoucher. Elles rajoutent que je n'ai pas à intervenir autrement. »

Malgré l'interdiction qui lui est faite, Palavankodie assiste encore des femmes pour leurs accouchements. Les familles ont alors recours à ses services à domicile, car il lui est impossible d'intervenir en contexte biomédical. Officiellement, ses fonctions se cantonnent à référer les patientes à l'hôpital. Comme nous allons le voir maintenant, cet impératif de référence lui assigne cependant un nouveau rôle que les familles des patientes lui demandent de jouer.

Un interdit discuté

Tandis que Palavankodie ne discute pas la légitimité des soignants de l'hôpital pour prendre en charge les cas d'accouchements compliqués, elle porte cependant un jugement très critique sur la façon dont certains gestes de soins sont effectués à l'hôpital. Dans les années 1990, les nouvelles réglementations émises par le département gouvernemental indien de santé maternelle et infantile comprenaient la suppression du bain donné au nouveau-né juste après l'accouchement, en raison du risque d'hypothermie néonatale. Les raisons de cet interdit semblent avoir été mal expliquées aux soignants et les pratiques diffèrent d'une structure, et parfois d'une personne à l'autre (van Hollen, 2003). A la maternité de Pondichéry et au centre de santé de Karik, le bain ne semble plus être pratiqué. C'est ainsi que certaines femmes ayant accouché à l'hôpital ont recours aux services de Palavankodie pour donner le bain à leur bébé.

afin de réduire le taux de mortalité maternelle à deux pour mille en l'an 2000 (Rao *et al.*, 2001). Chaque année en Inde, 540 femmes – pour 100 000 naissances vivantes – meurent durant la période de la grossesse ou lors des 42 jours suivants l'accouchement (WHO, 2004b).

Palavankodie explique qu'elle « 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 près de sa mère sans lui avoir donné le bain. C'est sale. Les gens de l'hôpital [les auxiliaires infirmières sages-femmes] qui viennent dans mon village me poussent à ne pas donner de bain au bébé, mais je continue de le faire. Ils disent que le bébé aura le *salippu nōy*¹¹. Je ne sais pas de quelle maladie il s'agit. »

D'autres matrones rencontrées au Tamil Nadu, également privées de leurs fonctions d'accoucheuses, mettent également l'accent sur les soins de la grossesse et du *post-partum*. La potentielle survenue de la « maladie du froid » dont les ANM font état sert à justifier l'absence du bain à l'hôpital. De plus, dans le cadre hospitalier, un bain d'eau chaude demanderait une logistique supplémentaire et une disponibilité accrue des soignantes. Cet interdit n'a pas lieu d'être pour ces raisons lors d'un accouchement à domicile, car le bain est facilement réalisable par les matrones. Bien qu'il s'agisse d'une pratique discutée dans le monde biomédical, le bain réalisé sous des températures favorables toute l'année semble sans conséquence évidente pour l'enfant. Par ailleurs, l'ANM du village ne propose à Palavankodie aucune d'explication précise sur la « maladie du froid ». Elle représente localement le monde biomédical. Son savoir et son pouvoir font autorité, mais son impact est faible sur les pratiques de Palavankodie. Face au savoir acquis par l'expérience, l'autorité biomédicale fait l'objet d'une « compliance sélective »¹². La matrone du village opère un tri sélectif au sein des pratiques biomédicales qui lui sont recommandées, comme l'indique l'exemple du bain du nouveau-né. La dévalorisation des pratiques de Palavankodie par certains agents biomédicaux conduit celle-ci à adopter une attitude de discrétion au sujet de sa fonction. Son expérience est alors un handicap. Palavankodie remarque que lorsqu'elle accompagne une femme à l'hôpital elle ne précise jamais qu'elle est *maruttuvacci*. « J'ai peur car je n'ai pas reçu la formation et ne suis donc pas supposée faire d'accouchements ». Elle se camoufle alors en accompagnatrice.

Du soin à l'accompagnement

Selon les villageoises, l'avantage majeur de l'accouchement à domicile est qu'il ne nécessite aucune préparation préalable (consultation anténatale, prise de sang, examens), dont le coût est parfois très élevé. Certaines parturientes préfèrent également accoucher à la maison, en raison de la présence amicale de femmes appartenant à la famille et de voisines, autant d'accompagnatrices interdites à l'hôpital. L'accueil peu empathique du personnel hospitalier à l'encontre des patients en Inde est l'un des facteurs déterminants de la sous-utilisation des services sanitaires (Jejeebhoy, 2000 ; Ram 1994 ; van Hollen 2003). Malgré cela, la majorité des femmes de ce village se rend à l'hôpital pour accoucher. Et Palavankodie les y accompagne parfois :

¹¹ Littéralement, la « maladie du froid ». C'est une maladie non spécifique au nouveau né qui désigne une entité nosologique similaire à ce qu'en langage populaire français, on appelle le « coup de froid ». 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.

¹² Ce terme est emprunté à Browner et Press (1996) qui décrivent ainsi les opérations de sélection (effectuées par des femmes enceintes) des prescriptions données par le praticiens biomédicaux.

« 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, 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. »

Palavankodie ne gère plus seule l'accouchement, comme elle le fit autrefois. Elle réfère la patiente à l'hôpital et joue un rôle d'accompagnatrice spécialisée. Cette situation illustre certains problèmes rencontrés par les matrones d'aujourd'hui. Il s'agit d'abord de la diminution du nombre d'accouchements réalisés à domicile, qui a entraîné une forte baisse des revenus auparavant assurés par la pratique des accouchements. La fonction d'accompagnatrice spécialisée permet à Palavankodie d'obtenir une rétribution pour ses actes et la reconnaissance des patientes. Elle peut intervenir pour un accouchement lors du trajet, mais n'a aucun rôle médical à l'hôpital. Palavankodie y demeure incognito jusqu'à ce que l'accouchement soit fait. Elle rentre ensuite au village où elle informe les autres membres de la famille et leur annonce le sexe du bébé.

Cette matrone adapte ses pratiques au nouveau contexte sanitaire, dans lequel une interdiction de pratiquer pèse sur elle. Elle renonce à ses fonctions d'accoucheuse pour devenir accompagnatrice. D'autres « facteurs de proximité », que nous allons découvrir bientôt, sont également responsables de ce changement. Parmi les matrones que j'ai rencontrées, Palavankodie est la seule dont les pratiques sont étroitement surveillées par un membre des services gouvernementaux¹³. Elle connaît une confrontation quotidienne avec l'auxiliaire infirmière sage-femme travaillant dans son village.

L'enregistrement administratif des pratiques de soin

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 dix-huit 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 tubaire. 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. Elles ont également la responsabilité des soins de l'accouchement. Souvent, la charge de travail des ANM est excessive et une

¹³ Les autres matrones voient également une baisse de leurs activités, mais celle-ci est essentiellement due à l'augmentation du nombre des recours à l'hôpital. Elles mentionnent également la façon dont elles intègrent ou rejettent des éléments empruntés à la biomédecine, comme la position de la parturiente en décubitus dorsal propre à l'accouchement en milieu biomédical, l'injection de produits ocytotiques pour augmenter les contractions ou le recours à l'épisiotomie.

grande partie de leur activité est consacrée à la mise à jour de registres divers¹⁴. Les ANM ont une affectation dans un centre de soins de santé primaire dans lequel elles sont censées résider. Deux ANM de villages environnants de Pondichéry m'ont expliqué que l'éloignement des voies carrossables, l'absence d'école pour leurs enfants et les obligations professionnelles de leurs époux ne favorisaient pas leur installation dans leur nouveau village. Les effets de la contrainte de résidence ont un impact sur la qualité des services des ANM. Elles sont souvent absentes et manquent généralement de disponibilité (Iyer et Jesani, 1999; Mohan *et al.*, 2003). Cette situation conduit les femmes à recourir aux matrones alors que les ANM sont supposées prendre en charge les accouchements dans les zones rurales¹⁵. Selon Palavankodie, l'ANM est « chargée de contrôler 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 an ». 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 évoquées, les ANM mettent en œuvre des stratégies visant à couvrir les éventuels manquements de leurs services vis-à-vis de leur hiérarchie.¹⁶ Palavankodie remarque à ce sujet :

« L'ANM m'a demandé d'enregistrer sous son nom les accouchements que je fais. J'en ai enregistré cinquante sous son nom de cette façon. 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 – dans la mesure où elles ne concernent pas les activités de l'ANM – est une nouvelle pratique de Palavankodie. Il est également peu probable que cette pratique soit singulière en Inde. Or, il est possible que l'augmentation du nombre de fausses déclarations ait des conséquences directes sur les outils mis en place par le gouvernement national pour évaluer la pertinence des ANM en termes de santé publique. Ainsi, le dernier rapport du Ministère de la Santé et des Affaires Familiales fait mention de 71,2% de « *safe delivery* » pour l'état du Tamil Nadu (Government of India, 2005). En tant que nouveau critère de mesure adopté par les instances internationales de santé publique, un taux de plus de 70% d'accouchements dit « sans risque » semble témoigner d'une amélioration substantielle de l'environnement sanitaire. Les objectifs de réduction de la mortalité maternelle formulés lors de la session de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (ICPD+5) qui s'est tenue lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1999 semblent ainsi être atteints. 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 également un indicateur sélectionné par la Déclaration du Millénaire pour mesurer l'amélioration de la santé maternelle (WHO, 2005).

14 Plusieurs ANM m'ont montré la dizaine de registres utilisés pour consigner les données relatives à leurs activités et dont la mise à jour est quotidienne. Voir aussi la section "Field staff" consacrée à ce sujet dans Jeffery (1988 : 269-272).

15 Une étude menée au Karnataka a montré que 37% des femmes ayant prévu d'accoucher avec l'ANM devaient accoucher à la maison avec une matrone ou un membre de la famille car l'ANM n'était pas disponible (Jejeebhoy, 2000).

16 Il faut préciser qu'afin d'inciter les femmes des zones rurales à déclarer leur grossesse, le gouvernement indien leur fournit des produits alimentaires pendant toute la durée de la grossesse puis jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans. Le suivi est effectué par le personnel du *balwadi*, la « crèche » qui accueille les enfants non scolarisés du village.

Or, nous avons vu que ces chiffres, obtenus par le truchement de « l'écrit biomédical », ne sont pas, dans notre cas au moins, le reflet de la réalité.

Prise de risque et accouchement dans l'urgence

Les règles officielles établies en matière de santé de la reproduction sont parfois contre-productives. Elles conduisent les patientes à adopter de nouvelles formes de recours aux matrones lors de l'accouchement en faisant appel à elles à la dernière minute. Les matrones exercent alors leurs fonctions dans des conditions inhabituelles.

Palavankodie dit être soutenue par les gens de son village pour continuer ses pratiques de soins à domicile. Certains hommes expriment leur mécontentement face à l'interdiction formulées par l'ANM eu égard aux pratiques de Palavankodie. 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? [un homme s'adresse à l'ANM]. 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 centre de santé de Pagur ou de Karikalampakkam. Si l'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 pouvons-nous faire? »

Le manque de transport et de ressources nécessaires pour référer des cas d'accouchements dans les hôpitaux est l'un des facteurs responsables de la persistance du taux élevé de mortalité maternelle que les programmes divers de « Maternité sans Risque » ont rarement réussi à diminuer dans les contextes dits « à ressources limitées ». A l'échelle nationale, des politiques sont mises en place afin de pallier à ce problème lié à la question spécifique de l'accès aux soins et au problème de la pauvreté. Le Programme National de la Santé de la Reproduction indien a mis en œuvre un système d'aide financier pour assurer le transport des femmes en couches appartenant aux 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 Panchayat¹⁷, par l'intermédiaire des bureaux de districts (Government of India, 2005). Or, 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. D'autres n'envisagent pas cette solution car ils n'en ont pas les moyens financiers. Ils préfèrent continuer à solliciter les services de Palavankodie. Afin de contourner l'interdiction faite à cette matrone, les villageois font seulement appel à ses services lorsque l'accouchement est imminent. Les conséquences immédiates de cette conduite sont d'une part, l'absence de soins donnés à la femme qui accouche et d'autre part, la totale impossibilité d'émettre un diagnostic de complications – alors que Palavankodie connaît quelques signes avant-coureurs du danger.

Les recommandations de l'OMS en termes 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

17 Il s'agit d'un 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).

l'identification est un des objectifs principaux de la consultation prénatale, et la survenue d'une complication. Ainsi, une femme identifiée sans risque peut avoir une hémorragie *post-partum*. Une femme identifiée à risque peut en revanche accoucher normalement (Carroli *et al.*, 2001; Fiscella, 1995; Maine, 2000). Selon l'étude que Pallikadavath *et al.* (2004) ont menée en Inde du Nord, c'est 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) qui pourrait expliquer en partie la faible prédictibilité des consultations prénatales.

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, certes, 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 à éloigner davantage les femmes pauvres de l'hôpital. Comme nous l'avons vu, les éventuelles complications obstétricales lors d'un accouchement à domicile ne peuvent pas être identifiées précocement par la matrone, ce qui a pour effet de retarder la prise en charge à l'hôpital.

Le cas de Palavankodie illustre les effets « non attendus », parfois désastreux, des interventions sanitaires en Inde. Les contraintes des ANM, qui limitent leur capacité à exercer pleinement leur rôle au niveau villageois, combinées aux interdictions faites aux matrones produisent deux effets contrastés. D'une part, les objectifs des programmes de santé maternelle semblent atteints puisqu'il y a une augmentation nette du nombre déclaré de femmes prises en charge par une accoucheuse expérimentée. En réalité, les conditions d'accouchement de certaines femmes villageoises n'en sont pas pour autant améliorées. Bien que les fonctions de l'ANM doivent permettre 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. Ces conduites ne résultent pas d'une ignorance ou d'une incompréhension des moyens mis en place, ni d'une « forte identification culturelle à la matrone »¹⁸, mais d'une non-congruence des moyens donnés pour atteindre les objectifs fixés. L'indisponibilité de l'ANM et l'accès difficile (socialement, géographiquement et financièrement) aux services hospitaliers sont 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 risque. Les risques médicaux font l'objet d'une stratégie d'évitement, tandis que les risques sociaux 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 rend un système sanitaire défaillant. Dans le village de Palavankodie, le suivi des grossesses est amélioré, mais la gestion des accouchements est absolument médiocre. L'accès aux soins des femmes déjà défavorisées par leur origine sociale et leur condition économique est restreint. Les matrones sont stigmatisées et font face à des situations qu'elles ne peuvent pas maîtriser. Enfin, ce système sanitaire villageois ne permet pas aux ANM sous payées et surchargées de travail de remplir leurs objectifs. Dans ce contexte, le jeu de la concurrence et de la complémentarité entre les multiples acteurs du champ médical détermine la mise en œuvre de stratégies, de nouvelles pratiques de soins qui s'apparentent non pas à la conquête de nouveaux territoires, comme l'a écrit Didier Fassin (1992) dans un autre contexte, mais à la défense de celui sur lequel repose leur survie, aussi minime soit-il.

18 Cette argument a été avancé dans un document publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 1996).

*

* *

Les aspects contemporains de la naissance à domicile ont été décrits dans de multiples études, dont celles rassemblées dans l'ouvrage dirigé par Davis-Floyd *et al.* (2001), qui présente divers portraits de « praticiennes *postmodernes* de l'accouchement »¹⁹. Ce concept entend décrire les compositions inaccoutumées des savoirs et des pratiques, ainsi que les nouveaux modes de légitimation de ces praticiennes. Leur légitimation n'est pas relative à leur rang dans la hiérarchie du système biomédical. Elle repose sur les capacités de ces praticiennes à produire et à diffuser des nouvelles formes de soins, dont la théorie et la pratique sont empruntées à la fois aux enseignements de la biomédecine et aux traditions populaires en matière d'accouchement. En Inde, ce type de matrones n'existe qu'à l'état embryonnaire. 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 très minoritaire (Chawla, 1994 et 2006; Gulati, 1999; Mira et Bajpai, 1996; Nagral, 1997)²⁰. Les matrones, en raison de leurs positions sociales défavorisées et de leur isolement dans les villages, n'ont pas tiré profit de l'engouement de certaines femmes de caste et de classe sociale supérieures pour l'accouchement « naturel »²¹.

Le cas de Palavankodie et de nombreuses matrones en Inde présentent une configuration radicalement différente des praticiennes étudiées par Davis-Floyd et ses collègues (2001). La spécificité de ces « nouvelles matrones indiennes » est d'abord que leur devenir et celui de leur pratique ne relèvent pas à l'origine d'un choix individuel. Le renouvellement de leurs pratiques ne reflète pas non plus le désir d'acquérir un statut social supérieur ou un enrichissement financier, souvent remarqués chez les *nouveaux guérisseurs*. Ces matrones sont d'abord des femmes qui multiplient ou stoppent certaines de leurs activités, révisent leur fonction de soignante, pour éviter la mise en péril de leur propre vie. Il s'agit de matrones « dé-médicalisées », dont les fonctions sont essentiellement périphériques à l'accouchement. Elles sont donneuses de bain, accompagnatrices pour les patientes et leurs familles, sous-auxiliaires des « auxiliaires infirmières sages-femmes », et à leur insu, agents indirectement responsables de la persistance des taux de mortalité maternelle élevés en zone rurale.

¹⁹ 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'utilisation de ce terme pour toutes les catégories d'accoucheuses, traditionnelles, populaires et biomédicales.

²⁰ Trois objectifs majeurs semblent se dégager de ce mouvement. Premièrement, les pratiques traditionnelles des matrones sont documentées sur la base d'entretiens et d'observations menés en zone rurale. Deuxièmement, la publication et la diffusion de ces données visent à sensibiliser les femmes des classes moyennes et aisées au 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 ».

²¹ Seules les femmes pauvres ont généralement recours aux services des matrones au moment de l'accouchement. Ces femmes et leurs familles préfèrent généralement se rendre dans des maternités lorsque les services obstétricaux sont disponibles et accessibles.

Bibliographie

- Browner C.Press N. 1996. The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care. *Medical Anthropology Quarterly* 10(2): 141-156.
- 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
- 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
- Davis-Floyd R., Pigg S. L., Cominsky, S (2001). Daughters of Time: The Shifting Identities of Contemporary Midwives. *Medical anthropology* 20 (2-3 and 4): 105-139
- Delaisi G.Lallemand S. 1980. *L'art d'accommoder les bébés*. Paris: Odile Jacob.
- Deliège R. 2004. *Les castes en Inde aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin D. 1992. Quand les traditions changent. Transformations et enjeux actuels des médecins du tiers monde. In *Sociologie des professions de santé*, ed. P Aïach, Didier Fassin, pp. 251-272. La Garenne-Colombes: Editions de l'Espace Européen
- Fiscella K. 1995. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. *Obstetrics and Gynecology* 85: 468-79
- George A. 2002. Embodying identity through heterosexual sexuality. Newly married adolescent women in India. *Culture, Health & Sexuality* 4(2): 207 -222
- Government of India (2005). *Annual report 2003-2004*, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
- Gulati A. 1999. Birth: In whose hands ? *Life positive August*. [http:// www.lifepositive.com](http://www.lifepositive.com) (page consultée le 15.7.05)
- 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
- Jeffery R. 1988. *The Politics of Health in India*. California: University of California Press.
- Jeffery P & R ; Lyon A. 1989. *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London: Zed Books.
- 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.
- Jordan B. 1993. *Birth in Four Culture*. Prospect Heights: Waveland Press. First Published in 1978.
- Maine D. 2000. What's So Special About Maternal Mortality? In *safemotherhood initiatives: critical issues: reproductive health matters*
- 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
- 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.
- Nagrak K. 1997. Concept of Safe Motherhood in Ayurveda. *Journal of Family Welfare* 43(2): 53-57.
- Pallikadavath S. *et al.* 2004. Antenatal Care: Provision and Inequality in Rural North India. *Social Science & Medicine* 59: 1147-1158.

- Pnud. 2005. *Rapport mondial sur le développement humain. Ch 2. Inégalité et développement humain*, Programme des Nations Unies pour le Développement, Paris
- Ram K. 1994. Medical Management and Giving Birth: Responses of Coastal Women in Tamil Nadu. *Reproductive Health Matters* 4: 20-26.
- Subramanian T. *et al.* 1996. Role and acceptability of traditional birth attendants (DAIs) in a rural community in South India. *Indian Journal of Preventive Social Medicine* July-Dec 27(3&4): 109-116
- van Hollen C. 2003. *Birth on the Threshold. Childbirth and Modernity in South India*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- 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.
- WHO. 1996. *Les soins liés à un accouchement normal: Rapport d'un groupe de travail technique*, WHO, Genève.
- WHO. 2003. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*, WHO, Geneva.
- WHO. 2004a. *Skilled attendant at birth - 2004 Global Estimates*, World Health Organization, Geneva.
- WHO. 2004b. *Maternal Mortality in 2000, Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva.: World Health Organization
- WHO. 2005. *Health in the Millennium Development Goals. Goals, Targets and Indicators Related to Health.*, World Health Organization, Geneva.