



HAL
open science

Transformations contemporaines des pouvoirs, des savoirs et des pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry

Pascale Hancart Petitet

► **To cite this version:**

Pascale Hancart Petitet. Transformations contemporaines des pouvoirs, des savoirs et des pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry. Patrice COHEN. Figures contemporaines de la santé en Inde, L'Harmattan, 2008, 978-2-296-06991-6. hal-03681820

HAL Id: hal-03681820

<https://hal.science/hal-03681820v1>

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., 2008. Transformations contemporaines des savoirs et pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry. Dans Cohen Patrice (dir) *Figures contemporaines de la santé en Inde*. Paris, L'Harmattan.

Transformations contemporaines des pouvoirs, des savoirs et des pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry ¹

Pascale Hancart Petitet ²

Introduction

En Inde, malgré l'augmentation de la biomédicalisation et de la standardisation des soins obstétricaux, en particulier dans certains Etats, de nombreuses femmes continuent d'accoucher à domicile avec l'aide d'une matrone³. Dans les zones rurales desservies par les services biomédicaux ce choix de recours est aisément explicable. Cependant, en ville, où les soins fournis par les maternités publiques sont géographiquement et économiquement accessibles certaines femmes enceintes (ou leur famille) optent pour des soins d'accouchement à domicile⁴. C'est ce « système de naissance » que ce chapitre propose d'explorer à partir du portrait de Satchadie, une matrone exerçant en milieu urbain au Tamil Nadu, un Etat de l'Inde du Sud ⁶.

1 Je remercie Satchadie pour le don de son temps, Pragathi Vellore (PILC), l'assistante de recherche, Chandrou Toulasy chargé de la transcription des entretiens enregistrés, ainsi que les Prs. Alice Desclaux et Robert Deliége pour leurs précieux commentaires sur ce texte.

2 Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne, Aix Marseille III. Institut Français de Pondichéry. Contact : pascale.hancart@free.fr .

3 Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, en Inde, 26% des accouchements ont lieu dans des services de santé, et 35% sont faits à domicile par des praticiens qualifiés (« skilled attendants ») c'est à dire par des médecins, infirmières et auxiliaires infirmières sages-femmes.

Les 39% restant sont fait par les matrones à domicile (WHO. 2004. *Skilled attendant at birth - 2004 Global Estimates*. World Health Organization.. Au Tamil Nadu, le nombre de femmes accouchant dans une structure biomédicale serait de 80%. Government of India. 2005. *Annual report 2003-2004*. Ministry of Health and Family Welfare..

4 Cette région comporte également de nombreuses cliniques privées.

5 Terme emprunté à Brigitte Jordan (1978) qui désigne un ensemble de pratiques et d'acteurs mobilisés autour de la naissance dans un contexte donné.

6 Les données ont été recueillies entre août 2003 et mai 2005 dans le cadre du programme de recherche intitulé « Transmission du VIH et pratiques d'accouchement en Inde du Sud, approche anthropologique » initié par le Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés. Il est financé par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et Sidaction. Ces travaux s'inscrivent également dans les programmes « Construction sociale du soin en Inde, anthropologie comparative des médecines » et « Approche anthropologique de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (Inde du Sud) » menées par le département des sciences sociales de l'Institut Français de Pondichéry.

J'ai rencontré la matrone Satchadie par mon réseau de connaissance à Pondichéry. La succession des entretiens menés chez elle révèle la façon dont cette matrone témoigne de pratiques spécifiques alliant plusieurs sources de savoirs, et d'un pouvoir socialement reconnu. Satchadie s'adapte aux demandes des accouchements à domicile, et aux personnes elles-mêmes. Elle sait composer un éventail de soins qui allie à la fois les pratiques relevant de son savoir « traditionnel » et celles qui lui ont été enseignées à l'occasion d'une formation dans le contexte hospitalier. Satchadie est une figure de praticienne « traditionnelle » dont la variété et la variation des pratiques et des représentations « des bons soins de l'accouchement » sont à mettre en perspective avec le contexte des transformations contemporaines de la société indienne.

En milieu rural, j'ai eu également l'occasion de rencontrer des matrones - formées ou non formées dans le système biomédical – qui, à la manière de Satchadie, transforment leur pratique de soins en fonction du contexte. Cette adaptation se fait selon la demande des patientes et sous la pression des auxiliaires infirmières sages-femmes (ANM)⁷ les représentantes communautaires du système biomédical. L'objectif donné à ces dernières est d'augmenter la référence des femmes enceintes à l'hôpital et le nombre d'accouchements en structures biomédicales. Les pratiques des matrones s'en trouvent transformées puisque dans les cas extrêmes - en particulier si elles sont "non formées" - celles-ci n'ont plus le droit, sous peine de punition, de poursuivre leur pratiques d'accouchement à domicile. Le cas de Satchadie, comme nous le verrons est différent. Certes, la formation dont elle a bénéficiée lui a permis, selon ses dires, d'être appréciée et reconnue par le personnel de l'hôpital où elle a coutume de référer les cas de complication obstétricale. Par ailleurs, n'étant pas soumise au contrôle d'agents de santé⁸ elle a le loisir de poursuivre ses pratiques et d'en inventer de nouvelles qu'elles jugent plus adaptées. C'est ce que nous verrons avec deux exemples de pratiques biomédicales transposées à domicile, le lavage intestinal ou énéma, et la pratique de l'épisiotomie.

Mais avant d'aller plus loin, le contexte historique et social de la biomédicalisation de l'accouchement en Inde s'impose comme préambule à la présentation du portrait de Satchadie.

Contexte historique et social de la biomédicalisation de l'accouchement en Inde

En Inde, les activités de soins de santé de la mère et de l'enfant⁹ débutèrent de manière informelle au début du XXe siècle, avec les formations de sages femmes et d'agents de santé femmes. La transition vers un contrôle officiel des activités de MCH par le gouvernement indien se fait en 1938. Des activités de formation et de

⁷ Depuis les années 1960, des « Auxiliary Nurses Midwives » (auxiliaires infirmières sages-femmes) sont formées dans le cadre de programmes nationaux d'études paramédicales. Ces « ANMs » sont chargées d'établir des liens de référence des patients entre les praticiens traditionnels, dont les matrones, et les structures de soins de santé primaire.

⁸ J'emploie ce terme pour désigner les femmes « Community Health Workers » et « Health Auxiliaries » deux catégories de travailleurs de soins communautaires du système de santé indien. Voir à ce sujet le rapport ministériel Government of India. 2005. *Annual report 2003-2004*. Ministry of Health and Family Welfare..

⁹ Ces activités sont regroupées dans le programme du département Mother and Child Health (MCH) du Ministère de la Santé et des Affaires Familiales.

développement de structures biomédicales sont mises en place durant les premiers et second « Five Years Plans »" (1951-1956 et 1956-1961). Les premières formations d'Auxiliaires infirmières sages-femmes (ANM) et d'infirmières débutent en 1953¹⁰ (1998). Le programme national de formation des matrones, « Dai Training scheme »" initié durant le sixième Five Years Plan (1980-85) avait pour objectif de moderniser les soins traditionnels donnés par les matrones pendant la grossesse et l'accouchement, et de former une *daï*¹¹ dans chaque village¹².

Ces cinq dernières années, des auxiliaires infirmières sages-femmes, formées dans le cadre de programmes nationaux d'études paramédicales¹³, tendent à remplacer les matrones. Malgré la mise en place des services biomédicaux et obstétricaux dans certains Etats¹⁴, moins de 30% des femmes indiennes accouchent dans des maternités et une majorité d'enfants naissent toujours à domicile. Cependant, des facteurs de modernisation divers orientent les constructions culturelles de la reproduction - des soignants et des soignés - ainsi que le choix (ou son absence) des lieux et des pratiques autour de l'accouchement. Sur un plan général, ces facteurs seraient principalement la professionnalisation et l'institutionnalisation de l'obstétrique, le mandat international de maintenir le contrôle des naissances en Inde, et l'impact des programmes des agences de développement (Hollen 2003). Plus localement, j'ai observé que la transformation des représentations et des pratiques populaires autour des événements de la grossesse et de l'accouchement intervient à deux niveaux. Cette transformation a lieu lors du recours des femmes à un accouchement biomédical dans un centre de soins de santé primaire ou dans des maternités gouvernementales et privées. De plus, la formation des matrones a également un impact sur ces pratiques et ces représentations. La biomédicalisation de l'accouchement opère non seulement dans la sphère publique, avec une augmentation du nombre d'accouchements dans le système biomédical, mais aussi dans la sphère privée, dans le cadre des accouchements effectués par des matrones à domicile. Les pratiques thérapeutiques dites « traditionnelles » des matrones s'appuient principalement sur l'utilisation des pouvoirs des aliments et des plantes. A cela les matrones leurs ajoutent aujourd'hui l'utilisation de traitements biomédicaux et de produits manufacturés. Alors que l'utilisation de certains médicaments (ocytocine, methylergometrine¹⁵) s'effectue de manière clandestine par rapport à leurs formateurs biomédicaux, l'utilisation de gants, de coton et de lames de rasoir stériles permet aux matrones de se conformer aux bons préceptes reçus dans le cadre de leur formation.

¹⁰ A cette époque, les activités officielles de santé de la mère et de l'enfant comprennent, les soins pré, péri et post natals, le « Integrated Child Development Services scheme (ICDS) », le « National Programme for Control of Blindness », ainsi que les programmes pour le contrôle des maladies diarrhéiques et le Planning Familial.

¹¹ Daï est le terme hindi désignant les matrones. Ce terme est repris par les documents officiels du gouvernement.

¹² Fin 1985, 500 000 daï sont formées. Cependant, le rapport de 1994 établi par le gouvernement rapporte les nombreux dysfonctionnements du programme¹² Lingam, L. 1998. *Understanding Women's Health Issues: A Reader*. Delhi: Kali for Women..

¹³ Cette formation est de 18 mois après la 10ème classe (soit la troisième dans le système français).

¹⁴ Les indicateurs de santé et d'éducation sont les plus élevés dans les Etats du Tamil Nadu, du Karnataka, du Kerala et de Goa Government of India. 2005. *Annual report 2003-2004*. Ministry of Health and Family Welfare..

¹⁵ Médicaments utilisés pour augmenter l'activité utérine en *per* ou *post partum*.

La biomédicalisation des pratiques d'accouchement au Tamil Nadu n'est également pas sans conséquence sur le statut des matrones. Dans cette région, les matrones traditionnelles ou *maruttuvacci*¹⁶ ont longtemps été, principalement en zones rurales, les actrices principales des soins de la grossesse et de l'accouchement. Dans le contexte de généralisation des services biomédicaux, la poursuite des activités de ces matrones semble liée à plusieurs facteurs : au rôle social parfois très important que la communauté leur attribue, au faible recours aux soins biomédicaux de certaines populations¹⁷ et à l'absence de distributions généralisées de ces services dans les zones rurales isolées. Par ailleurs, les pratiques des matrones ne se limitent pas aux soins de la grossesse et de l'accouchement. Certaines matrones occupent une place prépondérante lors des cérémonies célébrant les événements liés à la reproduction. C'est le cas du rite de puberté des filles, *mañsaṅnīr*, et de celui du septième mois de la grossesse *vaḷaikāppu*¹⁸.

En dehors du contexte lié à la biomédicalisation des soins de l'accouchement, les pratiques des matrones sont également déterminées par l'ensemble des paramètres liés aux changements du monde moderne. Le portrait de Satchadie permettra d'explorer cet aspect. Mais en aval il me semble opportun de commencer par présenter des extraits de sa biographie ainsi que des éléments de définition de son statut familial, social et professionnel. Ces derniers nous permettront de mieux appréhender le contexte dans lequel Satchadie élabore son savoir et ses pratiques de soins et la façon dont elle se représente « la modernité ».

Les facettes d'un statut

Au Tamil Nadu, la position et la reconnaissance sociales, dont les matrones bénéficient, sont déterminées par la diversité de leurs pratiques, par leur proximité avec le système biomédical, et par leur capacité à adapter leur offre de soin aux exigences du monde moderne. Leur statut social est également façonné par des paramètres liés à leur histoire personnelle et familiale, ainsi qu'à un ensemble de paroles, de gestes et d'attitudes venant définir leur comportement. Des pratiques de soins des matrones sont effectivement communément retrouvées dans des localités variées. Néanmoins, en raison de la complexité que je viens d'esquisser, il n'est pas surprenant de constater qu'il n'existe pas de portrait « typique » des matrones du Tamil Nadu. Pourtant, le (*a priori*) faible statut des matrones en Inde a souvent été décrit (Chawla 1994; Jeffery & Jeffery 1993). Il a été mis en corrélation avec les notions d'impureté et de pollution auxquelles les pratiques des matrones les apparenteraient d'emblée. Par exemple, l'hypothèse de Ram (1994), est que dans les classes moyennes et supérieures en Inde du Sud,

¹⁶ Terme vernaculaire tamoul: *maruttu* : les remèdes locaux, *vacci* : femme. Les termes vernaculaires notés en italique sont translittérés selon les règles adoptées par le Tamil Lexicon 1924-1936. *University of Madras. Tamil lexicon*. Madras: University of Madras..

¹⁷En raison d'une méconnaissance des facteurs de complication obstétricale ou par manque de confiance envers le service biomédical. Voir par exemple les travaux de Ram Ram, K. 1994. Medical Management and Giving Birth: Responses of Coastal Women in Tamil Nadu. *Reproductive Health Matters* 4, 20-26..

¹⁸ *Valaikāppu* ou cérémonie des bracelets. Je me permet de citer à ce sujet Hancart Petitet, Pragathi Hancart Petitet, P. & V. Pragathi. A paraître. Ethnographic Views of *valaikappu*. A Pregnancy Rite in Tamil Nadu. *Indian Anthropologist* 36(2)..

l'accouchement est organisé selon la hiérarchie des pollutions. Parce que l'accouchement et la mort sont vus comme polluants, les classes favorisées emploient des personnes de rangs inférieurs pour s'occuper de cette fonction. L'idée directrice de Ram est que la matrone de basse caste prend sur elle la pollution de l'accouchement et l'enlève ainsi de la caste supérieure. Selon mes observations, en dehors du cas particulier de Satchadie qui accouche des femmes appartenant à des castes supérieures, les matrones villageoises n'opèrent qu'à l'intérieur de leur caste, dans des castes de leurs rangs, ou d'un rang inférieur. Le sang et les produits de déjection de l'accouchement (le liquide amniotique, les selles, l'urine) sont certes jugés polluants. Mais l'événement de la naissance est considéré comme de bonne augure et s'accompagne d'un changement de statut intra-familial de l'accouchée et de ses familles natale et conjugale, en particulier suite à la mise au monde d'un garçon. Cette ambivalence de l'accouchement (impure et de bon augure), ainsi que la diversité des personnalités et des origines sociales des matrones expliquent la pluralité des modes de reconnaissance sociale dont elles bénéficient. Ainsi, certaines matrones sont reléguées dans le monde de l'impur auquel s'apparente leur gestion des produits de l'accouchement et d'autres sont respectées et vénérées.

Ceci étant posé, nous retiendrons en résumé que le statut social des matrones au Tamil Nadu repose sur un ensemble de paramètres, individuels, familiaux et contextuels. Le cas de Satchadie va me permettre d'explorer dans un premier temps trois facteurs constitutifs de son statut social: le double apprentissage de ses savoirs (familial et institutionnel) et la façon dont son pouvoir de guérir construit son prestige social.

Une transmission familiale des savoirs

Satchadie est issue d'une caste intouchable, celle des Ambattan, les barbiers, qui ont aussi pour fonction la pratique de la médecine locale et de la chirurgie, celle de la musique et celle de laver les corps au moment des mariages et des funérailles. Les épouses des barbiers occupent souvent, mais de manière non systématique, la fonction de matrone. Les matrones n'appartiennent pas forcément à la caste des Ambattan. Par exemple au Tamil Nadu, les matrones que j'ai rencontrées appartenaient à d'autres castes intouchables Paraiyars, Arundhathiyar et Vannan¹⁹.

Satchadie est veuve depuis une dizaine d'année et vit avec sa fille - infirmière- et son gendre, - linguiste-, dans l'appartement du deuxième étage d'une grande maison familiale transformée en copropriété. Selon ses propos elle est une matrone respectée et reconnue. Contrairement à Latchoumie, sa belle sœur dont les gens disaient: « Oh Latchoumie, on ne la veut pas, Latchoumie, elle demande carrément son salaire » Satchadie dit n'avoir jamais évoqué la question de sa rétribution lors de ses déplacements pour les accouchements. Selon elle, son principe de discrétion serait un des facteurs expliquant les nombreux témoignages de respect dont elle aurait été l'objet.

¹⁹ Les Paraiyars sont traditionnellement des paysans et des joueurs de tambours. Arundhathiyars : est l'appellation contemporaine de la caste intouchable des travailleurs du cuir de langue telugu nommés également Sakkili. Les Vannan : ou Washerman sont responsables des cérémonies de la naissance, de la puberté, du mariage et des funérailles. Ces éléments schématiques sont donnés à titre indicatif. Pour une lecture contemporaine du système des castes voir Deliège Deliège, R. 2004. *Les castes en Inde aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France..

En dehors de cette attitude, le statut de Satchadie repose également sur ses origines familiales et sur la reconnaissance sociale dont bénéficiait sa tante et une parente éloignée, les deux matrones qui lui ont successivement transmis leurs savoirs. Enfant, Satchadie vivait à la campagne dans un village proche de Pondichéry. Suite au décès de sa mère, elle a été envoyée chez sa tante paternelle. Elle se souvient avec plaisir du temps où elle allait à l'école et où elle aimait jouer dans des pièces de théâtre. Pourtant lors du remariage de son père, elle a réintégré le domicile paternel afin d'aider la nouvelle épouse de celui-ci aux travaux du foyer. Ce changement de résidence a profondément marqué son existence et a eu pour conséquence l'arrêt total de ses études. Quelques années plus tard, devant l'ampleur des conflits intra-familiaux elle a quitté à nouveau le domicile parental pour s'installer définitivement chez sa tante. Elle nous dit en parlant de celle-ci²⁰:

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

Les modes d'apprentissage du métier de matrone en Inde du Sud sont divers. L'une m'a dit avoir eu une révélation lors d'un rêve, certaines ont relaté comment les opportunités des formations organisées par le gouvernement les ont conduites sur cette voie. D'autres sont devenues matrones dans un contexte où la paupérisation et le manque d'opportunité de travail les a effectivement conduit à exercer cette fonction alors que leur tradition familiale n'y était pas engagée²¹. Mais pour Satchadie, comme pour la plupart des matrones que j'ai rencontrées, le métier de matrone résulte d'une transmission familiale. Dans ce cas, l'apprentissage des savoirs et des pratiques se fait selon un mode expérimental, « par l'expérience de la main » et non pas en suivant un enseignement didactique comme le propose la plupart des formations institutionnelles.

Les pratiques de Satchadie sont nombreuses et ne se limitent pas au soin de l'accouchement. Satchadie traite également les problèmes d'infertilité, les maux de la grossesse, les complications obstétricales et les maladies du *post-partum* comme les saignements abondants et les infections génitales. Elle a également l'habitude d'être sollicitée pour les traitements d'autres maladies des adultes et des enfants. Dans ce cas,

²⁰ Les données ont été recueillies lors d'entretiens enregistrés puis traduits en français. Afin d'en faciliter la lecture, les marques de sections du discours ont été supprimées.

²¹ Ceci est également relevé dans Jeffery et Jeffery Jeffery, P., R. Jeffery & A. Lyon. 1989. *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London: Zed Books..

elle connaît parfaitement les règles d'utilisation des *naṭṭu maruntu*, les remèdes locaux. Elle dit:

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

En dehors de ces activités médicales, Satchadie a un domaine de compétence très large:

« Je ne suis pas seulement une accoucheuse. Je fais aussi ce qui est en rapport avec mon travail d'accoucheuse. Je pratique les *manrāṭṭam* [formules rituelles utilisées pour écarter démons et esprits]. Je sais éloigner les mauvais esprits. Parfois, je mets du *tirunīru* [mélange de cendre et de chaux réduites en poudre] sur le front et je fais partir le *tōṣam* [la malédiction]. »

Les fonctions exercées par Satchadie ne sont pas communes à toutes les matrones que j'ai rencontrées au Tamil Nadu. La transmission familiale du métier de matrone est loin de se limiter à un rôle de soignant le jour de l'accouchement. Satchadie est présente pour tous les événements de la vie de la reproduction des femmes de son quartier, qu'ils soient de l'ordre de la célébration des rites de puberté et de la grossesse, du soin de l'accouchement, du traitement de l'infertilité et des autres maux du corps. Alors que les pratiques de soins et des rites de la reproduction sont communes à d'autres matrones qui n'appartiennent pas aux castes des barbiers, les pratiques des *naṭṭu maruntu* et des rituels contre le *tōṣam* sont propres aux matrones de cette caste.

Les traitements de Satchadie sont orientés par un double registre de connaissances médicales. Elle peut composer un soin en appliquant les pratiques transmises par sa famille ou celles apprises dans le cadre de la formation à l'hôpital.

Un savoir "biomédical"

Dans les années 1980, de nombreuses formations de matrones ont été organisées par le gouvernement indien. Elles regroupaient des femmes dont les critères d'admission ne reposaient pas forcément sur une activité de matrone bien établie mais sur des critères d'âge, de statut familial ou de niveau d'éducation. Ces formations concernaient des femmes reconnues comme *marutuvacci* et d'autres ne faisant qu'occasionnellement des accouchement. D'autres femmes étaient recrutées parce que leur profil correspondaient aux critères recherchés. La formation dont a bénéficiée Satchadie comprenait deux volets essentiels²². Le premier était théorique et proposait des enseignements sur la grossesse, l'accouchement, la prise en charge de l'enfant, les soins du *post partum*, le planning familial et la vaccination. Le second volet était consacré à des enseignements pratiques en salle d'accouchement dont je décrirai ultérieurement

²² Il n'a pas été possible de retrouver le curriculum de cette formation.

deux aspects. Ce deuxième volet n'apparaît pas dans les formations des matrones organisées selon les guides des organismes internationaux²³.

La formation en milieu biomédical fut également propice à la rencontre de Satchadie avec le personnel de l'hôpital. Selon elle, c'est la raison pour laquelle le personnel de la salle d'accouchement avait coutume de bien l'accueillir lorsqu'elle accompagnait une patiente en travail qu'elle avait décidé de référer à l'hôpital avec l'accord de la famille. Les infirmières et les médecins lui laissaient volontiers faire l'accouchement si finalement ce dernier s'avérait être sans complication. D'autres matrones formées dans un cadre biomédical m'ont également raconté qu'elles étaient bien reçues par le personnel de l'hôpital où elles avaient été formées. Selon les propos des matrones et de certaines familles, la connaissance, par les matrones, de la structure et de certaines personnes y travaillant, sont un facteur essentiel à une prise en charge rapide et soignée des patientes référées par les matrones. Cependant, les matrones qui n'ont pas bénéficié de ces formations ont plutôt tendance, par peur de représailles à ne pas se présenter comme matrone face au personnel hospitalier.

Pour Satchadie, dont le savoir et les pratiques étaient initialement diversifiés, cette formation a été à l'origine de l'ajout d'une composante biomédicale à son savoir-faire. Bien qu'elle minimise ce facteur, le fait d'avoir « ses entrées » à l'hôpital fut aussi probablement favorable à améliorer son statut social. Selon elle, le véritable changement qu'aurait pu produire la formation dans son existence aurait été de travailler en salle d'accouchement de l'hôpital. Cette opportunité, manquée, aurait changé radicalement son statut familial. Elle nous dit:

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

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

Pouvoir de guérir et prestige social

Selon Satchadie, la formation reçue dans le système biomédical n'est pas un fait déterminant de son statut social et de son autonomie. Elle juge sa bonne réputation de guérisseuse à la mesure de son pouvoir du *kai rasi*²⁴ ou « main chanceuse », le don de soigner par l'apposition des mains. L'attribution du pouvoir du *kai rasi* à un soignant est

²³Voir par exemple le rapport de WHO WHO. 1994. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*. World Health Organization. Il est possible cependant que cet ajout relève soit une initiative locale des responsables de cette formation., soit d'une décision prise au niveau national pour adapter au contexte indien les recommandations internationales de l'époque en matière de formation des matrones.

²⁴ Littéralement: *kai*: main, *rasi*: chance

construite sur la diffusion orale de sa bonne réputation et de ses succès en matière de traitement. Dans ce cadre de référence, le succès attribué au soignant n'est pas uniquement le résultat d'un savoir-faire et d'une compétence fondée sur une formation spécifique ; il est relatif à la possession de ce don. Par exemple un chirurgien qui a la réputation de réussir toutes ces opérations se voit attribuer la réputation du don du *kai rasi*, et une augmentation garantie de sa clientèle. Le *kai rasi* serait aussi le facteur essentiel du prestige social de Satchadie. Elle explique :

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

Le don du *kai rasi*, la diversité de ses pratiques de soin et sa connaissance du personnel hospitalier donnent la mesure du statut social de Satchadie. Mais selon ses propos, sa position sociale serait également définie par le paradoxe d'une grande légitimité à l'extérieur de la maison et d'une totale dépréciation à l'intérieur de la cellule familiale. En dehors de sa fille qui vit sous son toit, Satchadie a également trois fils avec lesquels elle est en conflit. Ses deux fils aînés sont mariés et ont des postes dans l'administration. Son troisième fils est célibataire et vit à Pune où il travaille dans une compagnie de traitement informatique de données. Le statut professionnel des enfants de Satchadie témoigne d'une ascension sociale récente et conséquente. Alors que Satchadie est régulièrement sollicitée pour ses services de soins à domicile, ces enfants lui interdisent de poursuivre son activité sous prétexte de son âge avancé et de sa santé désormais fragile. Elle dit:

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

La mobilité sociale des fils de Satchadie à l'extérieur des occupations traditionnellement allouées à leur caste d'origine leur a permis de se construire un statut enviable. Ce qui semble sous-tendre la dépréciation du métier de Satchadie au sein du groupe familial est le fait que la poursuite de ses activités en tant que matrone de basse caste puisse desservir le nouveau statut familial que le travail d'une génération a permis de constituer.

Cette apparente ambivalence repose aussi sur une vision personnelle de Satchadie orientée par sa confrontation avec un problème intra-familial. En effet, au cours des entretiens, Satchadie a souvent évoqué sa tristesse à ne pas parvenir à contribuer au bonheur de son fils cadet qui décline toutes discussions sur l'éventualité de son mariage qu'elle souhaiterait arranger. Dans le contexte indien, ce refus doit se lire comme l'affirmation d'un choix individuel qui n'est pas sans conséquence sur le statut et le pouvoir social de l'ensemble de la famille de Satchadie.

Enfin, pour clore ce paragraphe consacré à la construction du statut social de Satchadie, il me faut aborder la question du lien entre statut social et formation. En ce qui concerne Satchadie, il apparaît, que contrairement à ce que constatait Stephens (1992) en Andhra Pradesh lors d'une étude menée auprès de matrones urbaines formées dans le cadre biomédical, le statut de cette matrone demeure inchangé avant ou après la

formation dont elle a bénéficié à l'hôpital de Pondichéry : Son statut n'est pas amélioré (ce qui pourrait être le cas du fait d'une reconnaissance gagnée en tant que professionnel de la santé ou grâce à l'utilisation de nouveaux équipements). Il n'est pas non plus dévalué (par exemple, du fait d'une absence de rémunération lors de ses actes à domicile que les utilisateurs considèreraient désormais comme payés par le gouvernement). Cette singularité ne semble reposer ni sur les conditions de rétribution de ses services, ni sur son appartenance à une caste de bas statut, ni non plus sur la notion d'impureté que sa caste et sa fonction seraient censées évoquer²⁵, mais sur un savoir-faire et un don largement reconnus.

Avant d'étudier les pratiques d'accouchement de Satchadie et leurs transformations, il me semble également opportun de compléter l'étude du contexte social de l'élaboration des soins par d'autres éléments. Etudions la façon dont Satchadie elle-même se représente les facteurs de changement et leurs répercussions sur ses choix thérapeutiques.

Corps troublé et « modernité »²⁶

Selon Satchadie, et certaines de ses consœurs matrones exerçant en milieu villageois, le monde « moderne »²⁷ serait responsable de diverses variations corporelles observées sur les femmes enceintes. Par exemple, la couleur des pertes vaginales avant l'accouchement était « traditionnellement » vue comme un indicateur fiable pour le diagnostic du sexe de l'enfant à naître. Mais comme l'explique Satchadie ce n'est plus le cas aujourd'hui:

« Si, pendant le travail d'accouchement, le bébé bouge il y aura du sang, s'il ne bouge pas il y aura des pertes blanches. S'il y a du sang, le bébé sera une fille et s'il y a des pertes blanches, le bébé sera un garçon. C'est une tradition, mais cette tradition ne se réalise pas toujours. De nos jours, tout est mélangé. Parfois il y a du sang, et puis c'est un garçon. »

²⁵ Alors que de nombreux auteurs ont eu tendance à présenter le système des castes et la hiérarchie du pur et de l'impur comme un ensemble homogène de représentations et de pratiques, l'ethnographie des pratiques nous enseigne que celles-ci sont singulières, propres à un individu et non à une caste d'appartenance. Selon Robert Deliège « (...) la conception d'une caste, une culture est davantage une obsession victorienne des ouvrages *Castes and Tribes* ...du XIX s qu'un reflet de la réalité » Deliège, R. 2001. L'ethnographie contre l'idéologie: le cas de l'hindouisme. *L'Homme* **160**, 163-176.

²⁶ La modernité est ici entendue au sens défini par Giddens Giddens, A. 1994. *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan..

²⁷ En tamoul *navīnamayam*, temps moderne, est utilisé en opposition à *pāramāriyam*, la tradition, l'habitude, par les gens lettrés. Les femmes rurales utilisent plutôt la notion de « ceux qui savent » en opposition avec « ceux qui ne savent pas ». Van Hollen montre comment, pour des femmes du Tamil Nadu, les liens entre maternité et modernité sont contradictoires. Par exemple, si des femmes de basses castes viennent accoucher à l'hôpital pour « être modernes » elles restent vues par le personnel comme des personnes arriérées van Hollen, C. 2003. The Professionalization of Obstetrics in Colonial India. The "Problem" of Childbirth in Colonial discourse. In *Birth on the Threshold Childbirth and Modernity in South India* (ed.) C.V. Hollen. Berkeley and Los Angeles: University of California Press..

La « modernité » marquée par l'augmentation du nombre de recours des patients aux services biomédicaux serait également responsable des complications obstétricales. Selon Satchadie:

« Avant les femmes ne se plaignaient pas, elles accouchaient sans problèmes, mais aujourd'hui pour un oui pour un non elles vont voir le docteur, alors au moment venu de l'accouchement... »

Par conséquent, au sein de ce corpus de représentations, le recours au système biomédical pendant la grossesse est vu comme le signe d'une faiblesse à surmonter les petites difficultés du corps qui, auparavant, ne nécessitaient pas de soins et qui de fait étaient toujours supportées. Cette faiblesse aurait pour conséquence, au terme de la grossesse, une incapacité totale du corps gestant à supporter l'épreuve de l'accouchement. Pour Satchadie, l'explication est claire:

« Avant tout le monde accouchait normalement, maintenant, en ville, toutes les femmes ont des césariennes, leur corps ne sait plus travailler... »

Selon Satchadie, cet affaiblissement serait donc responsable à la fois de la diminution du nombre des accouchements réalisés par les matrones puisque « dès les premières douleurs, elles [les femmes enceintes] courent chez le docteur » et d'une augmentation du nombre de femmes accouchées par césarienne²⁸. Si comme nous venons de le voir le corps enceint s'avère troublé par les effets de la modernité (pertes trompeuses et corps incapable d'enfanter) il semble aussi se poser désormais comme indocile aux pratiques d'antan :

« Avant, on donnait la douche des accouchées avec de l'huile, mais maintenant on utilise des savons de bébé. On a peur de faire la douche à l'huile, parce qu'elles [les clientes] font la grimace, elles disent qu'elles vont s'enrhumer. Donc il ne faut pas leur montrer l'huile. »

Les pratiques de Satchadie, en plus d'être modulées par la distribution des services et par la généralisation du recours au système biomédical, se plient également aux remarques des patientes et à leur demande de soin différent. On peut supposer que l'utilisation de produits manufacturés représente aussi pour ces dernières un symbole de leur appartenance au monde moderne. L'utilisation du savon pourrait être la simple conséquence d'une demande directement formulée par la patiente, par exemple « je préfère que vous utilisiez le savon de bébé ». Mais ici, le changement de produit opère face aux arguments de la patiente sur les effets d'une huile auparavant bénéfique et dorénavant porteuse de maux.

Cet exemple d'adaptation du soin au désir de la patiente permet de nous interroger sur la nature des relations - faite de complicité ou d'écoute, ou construite sur la

²⁸ Les taux de césariennes relevés dans certaines cliniques pondichériennes sont supérieurs à 40%. Dans de nombreux pays, les taux de césariennes dépassent le pourcentage des 10-15 % recommandé par l'OMS (1985) En dehors du bénéfice lucratif de ces interventions, elles sont aussi justifiées par les obstétriciens en raison de la multiplication des procès intentés par les parents jugeant le déficit mental ou physique de leur enfant comme une conséquence directe d'une souffrance à l'accouchement. Dans certains contextes, la césarienne peut être demandée émanant par des patientes et de leur famille.

négociation ou les rapports de pouvoir - établies entre Satchadie, ses patientes et les femmes qui l'entourent à l'accouchement. On peut aussi se demander si l'argument du rhume ne représente pas simplement le déguisement nécessaire à l'obtention d'une requête autrement irrecevable²⁹. Plus généralement, le refus de l'huile par les patientes de Satchadie suggère aussi la façon dont l'individu est soumis à la pression sociale pour l'adoption des signes de la modernité. Il recompose et réintègre des produits superflus en tant que besoin essentiel et renforce ainsi le sentiment d'une nécessité vitale de se les approprier.

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

Les pouvoirs de l'énéma

Selon Tal Schaller (2004)³⁰ l'énéma³¹ autrement nommé nettoyage intestinal ou lavement est une pratique très ancienne. Des papyrus montrent que le lavement rectal était préconisé par les Sumériens, les Egyptiens, les Chinois et la médecine ayurvédique de l'Inde. Les médecines anciennes des pays du Moyen-Orient, de la Grèce, de la Polynésie, de l'Amérique du Nord et du Sud, etc.... préconisaient le nettoyage de l'intestin avec un peu d'eau pour assurer un bon fonctionnement à l'organisme tout entier et éviter les maladies chroniques ou aiguës (*Ibid* :12).

Aujourd'hui, le lavement est également intégré aux pratiques que la « technologisation »³² de l'accouchement a développées, dont certaines visent à l'amélioration du confort des patientes et des praticiens³³. Tel est le cas de l'usage des produits analgésiques destinés à réduire la douleur des contractions utérines ainsi que

²⁹ Le déguisement du discours sur l'efficacité thérapeutique d'un médicament en vue d'en obtenir un autre, plus moderne, parfois plus onéreux est aussi une pratique de certains utilisateurs du système biomédical (notes personnelles).

³⁰ Cet ouvrage est consacré entièrement à l'usage de l'énéma et rend compte d'un historique complet. C'est la raison pour laquelle je fais le choix de retenir cette référence, même si son auteur s'inscrit dans un courant de « médecine douce », dont nous n'interrogeons pas ici l'idéologie. Au sujet de l'utilisation de l'énéma en obstétrique voir les études de Dayton & Rees Drayton, S. & C. Rees. 1984. "They know what they are doing". *Nursing Mirror* **159(5)**, 4-8. et Romney et Gordon Romney, M. & H. Gordon. 1981. Is Your Enema Really Necessary? *British Medical Journal* **282(6272)**, 1269-1271. et le rapport de WHO WHO. 1997. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. World Health Organization..

³¹ Du latin Enema \En"e*ma\, pluriel enemata : envoyer dans. Terme identique en anglais et en tamoul. C'est aussi en Inde l'appellation pharmaceutique du produit.

³² La technologie obstétricale désigne l'ensemble des représentations et des pratiques propres au système de naissance dont le niveau de recours à la technique est élevé.

³³ Il est très intéressant de noter la popularité de l'énéma, élevé chez certains auteurs, au rang de matériel indispensable à l'accouchement « standart » : « She [la matrone] has no instrument, nor does she save the woman pubic hair, perform an enema (...) » Jeffery, R. & P. Jeffery. 1993. Traditional Birth Attendants in Rural North India. The Social Organisation of Childbearing. In *Knowledge, Power and Practice* (eds) P. Lindenbaum & M. Lock. Berkeley: University California Press..

des lavements rectaux donnés aux parturientes avant l'accouchement. Dans le système biomédical, le lavement est prescrit dès le début du travail d'accouchement. Il a pour fonction une évacuation complète de l'ampoule rectale, afin qu'au moment ultime de l'accouchement les efforts expulsifs maternels ne soient pas accompagnés d'émission de selles, phénomène physiologique dont l'accoucheur a tout intérêt à limiter le désagrément. Dans le contexte du *technobirth*³⁴ la prescription de l'énéma s'intègre dans l'ensemble des pratiques de nettoyage et de purification de la zone génitale, totale désinfection de la région périnéale et recouvrement par des « champs stériles³⁵ » de la face interne des cuisses et du ventre de la parturiente, venant délimiter la zone d'exercice de l'accoucheur.

La pratique de l'énéma est au centre de polémiques individuelles et collectives : D'un côté, les défenseurs de l'accouchement naturel ont montré son absence de bénéfice médical pour la femme qui accouche. De l'autre, certaines femmes soucieuses de préserver leur pudeur au moment de l'expulsion préfèrent d'emblée en obtenir la prescription. Par ailleurs, depuis vingt ans, l'Organisation mondiale de la santé relègue l'énéma au banc des pratiques inutiles au même titre que la pratique du rasage pubien (WHO 1985) tandis que par exemple les dernières circulaires ministérielles françaises, dont les nouvelles règles d'hygiène hospitalière, encouragent son utilisation³⁶.

D'après ce que j'ai pu observer, aucune prescription systématique d'énéma n'est appliquée dans les maternités gouvernementales et privées du Tamil Nadu. Le périnée n'est pas non plus l'objet d'un soin particulier avant l'accouchement. Néanmoins, selon Satchadie, il fut une époque où, à la maternité de l'hôpital général de Pondichéry, chaque femme recevait un lavement avant l'accouchement. Il est possible que cette pratique a été supprimée devant l'augmentation démesurée du nombre d'accouchements ces dernières années, sans aménagement de sanitaires et de chambres supplémentaires³⁷. Elle nous dit :

« Avant, ils [les soignants] donnaient l'énéma aux femmes qui venaient accoucher pour nettoyer leurs ventres, et c'est ensuite que les bébés naissaient. Maintenant tout a changé. Pour les femmes qui viennent avec les douleurs de l'accouchement, ils sortent vite le bébé puis ils nettoient avec une serviette. »

Comme d'autres matrones, Satchadie utilise l'énéma. Cette pratique a pour conséquence le gain d'une légitimité supplémentaire propre et reconnue. « Je/elle sais(t) utiliser l'énéma. » Cependant, il n'est fait nulle mention de confort ou d'hygiène dans le cadre de l'utilisation de ce produit à domicile.

³⁴ Terme emprunté à Jordan (1978) qui désigne l'ensemble des pratiques propres au système de naissance à haut niveau de recours à la technique.

³⁵ Terme biomédical désignant les pièces de tissus ou de papier stérilisées généralement bleues ou vertes utilisées en chirurgie. Elles permettent de limiter le champ d'exercice du praticien et d'éviter le portage des germes de la zone périphérique vers la zone d'intervention.

³⁶ Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (arrêté du 03 août 1992) et cellule nationale des infections nosocomiales (circulaire n°17 du 19 avril 1995) qui élaborent les guides de recommandations pour le plan gouvernemental de lutte contre les infections nosocomiales.

³⁷ Aujourd'hui, selon la surveillante du département obstétrique, 99 bébés naissent chaque jour dans cette maternité. Les locaux sont surpeuplés et le taux d'occupation des lits dépasse les 300 %.

« Parfois je donnerai l'énéma avant l'accouchement. Si le tube urinaire et l'appareil excrétoire sont bloqués, le bébé ne fera pas de mouvement. Avec l'énéma toutes les mauvaises choses qui se trouvent dans le ventre sortiront³⁸ et la femme accouchera immédiatement. Je donne l'énéma avant que le sac d'eau soit cassé³⁹, jamais après. Si le sac d'eau est cassé, le bébé a tourné et a commencé de sortir. Si on donne l'énéma à ce moment, l'eau rentrera dans la narine du bébé, et il peut mourir. »

La pratique de l'énéma selon Satchadie s'apparente donc à un traitement permettant de « débloquer » un phénomène dystocique⁴⁰. De plus, l'utilisation de l'énéma ne serait pas à mettre entre toutes les mains puisqu'une absence de diagnostic de la rupture de la poche des eaux ou une ignorance des conséquences de son utilisation sur un « sac d'eau cassé » conduirait au drame.

En conclusion cet exemple nous montre comment l'énéma, pratique « anodine⁴¹ » de confort au sein du milieu biomédical, s'entoure de pouvoirs lorsqu'il pénètre le lieu secret du domicile et la mallette en acier⁴² de Satchadie. Le recours à l'énéma devient alors une pratique balisée - avec des modalités strictes d'utilisation - et légitimée. La connaissance de cette pratique s'impose comme un savoir de référence. Si elle permet à Satchadie d'asseoir sa position de savoir et d'autorité, elle n'est sans doute pas suffisante en dehors d'une reconnaissance sociale préalablement établie. En effet comme l'on montré Sargent et Bascope (1996), en milieu traditionnel à faible technologie, contrairement au milieu biomédical où elle est systématique, l'apport d'une technologie supplémentaire n'est pas nécessairement corrélée à une augmentation du statut social du soignant. Dans ce cadre, la mesure du statut est bien plus complexe puisqu'elle ne dépend pas uniquement du statut professionnel du praticien mais aussi de son histoire personnelle et familiale, de l'étendue de son réseau social et plus généralement de sa réputation.

Une pratique récalcitrante

L'épisiotomie, incision médio-latérale ou médiane du périnée réalisée en dernière phase des efforts expulsifs de l'accouchement, au moment de la distension maximale du périnée, est toujours l'objet de nombreuses controverses au sein du milieu biomédical. Par exemple, en France, jusqu'à une période assez récente, elle était systématique pour tout accouchement d'une primipare, en raison de sa soi-disant

³⁸ Les selles

³⁹ Le sac d'eau désigne les membranes amniotiques.

⁴⁰ Le système de représentations nosologiques de Satchadie qui établit un lien entre mouvement de l'enfant et blocage des canaux urinaires et rectaux, et entre lavage rectal et inhalation du fœtus reste à explorer.

⁴¹ Elle est anodine selon la vision biomédicale puisque limitée à une pratique de confort et par conséquent non basée sur indication médicale. Cependant elle n'est pas complètement anodine puisqu'elle s'intègre dans l'ensemble des rites de nettoyage du *pre-partum*. C'est la raison de l'utilisation des guillemets.

⁴² En référence aux nombreux programmes de formation des matrones réalisés dans le monde entier dont l'un des rites essentiels est la remise, à l'obtention du diplôme, d'une petite mallette comprenant un nécessaire obstétrical de base selon les prescriptions biomédicales (gants, coton, ficelle de ligature du cordon, tablier en plastique...) dont l'utilisation est difficile à pérenniser.

capacité à réduire les cas de prolapsus génitaux⁴³ et les incontinences urinaires. Depuis, des études scientifiques ont montré que des fibres musculaires déchirées ont un taux de reconstitution supérieur à celles sectionnées par un instrument (Larsson et al. 1991). Ces travaux ont aussi souligné que la pratique de l'épisiotomie n'avait qu'un effet limité sur la prévention du prolapsus, par rapport à la réalisation de séances de rééducation périnéale en *post-partum* (Goer 1995). D'autres travaux ont mis en évidence que le petit nombre de cas de prolapsus évité par la pratique de l'épisiotomie était peu enclin à contrebalancer le nombre de ses effets secondaires indésirables et parfois durables⁴⁴. En France, ces conclusions ont conduit certaines équipes soignantes à abandonner la pratique systématique de l'épisiotomie pour ne la réserver qu'aux indications médicales⁴⁵. L'épisiotomie demeure également un symbole fort des rapports de lutte entre médecins obstétriciens et sages-femmes avec, de manière caricaturée, une pratique plus ou moins assidue chez les premiers, et une maîtrise presque parfaite du « PI », périnée intact, chez les secondes⁴⁶.

En Inde du Sud, l'épisiotomie semble largement pratiquée, mais de manière non systématique, dans le cadre des accouchements réalisés dans des maternités publiques ou privées. A domicile, aussi bien à la campagne qu'en zone urbaine, certaines matrones ont également recours à son utilisation en cas d'accouchement compliqué. Voyons maintenant comment Satchadie, formée à la pratique biomédicale de l'épisiotomie en milieu hospitalier, justifie son refus de mettre en application les modalités d'incision et de suture de l'épisiotomie qui lui ont été enseignées⁴⁷:

« Pendant ma formation, on m'a donné tout l'équipement: des ciseaux, une ficelle qui paraît comme des veines⁴⁸ et une aiguille mince, mais je ne les utilise pas. Je fais la méthode ancienne, je fais la césure à la frappe. »

Pratiquée en phase ultime de l'expulsion quand « le bébé est coincé », la « césure à la frappe » consiste à appliquer avec l'index et le majeur joints et tendus, un coup sec et unique, la « frappe », à la « fourchette vulvaire »⁴⁹. L'effet immédiat, obtenu et désiré est une déchirure verticale du périnée. Celle-ci ne sera pas recousue et fera l'objet de soins spécifiques et répétés.

« Si le bébé ne sort pas cela veut dire que la bouche [la vulve] est trop petite. A l'hôpital ils l'ouvrent avec des ciseaux, mais moi je tape de cette façon, et elle s'ouvrira. Après, quand le bébé est dehors, j'essuie le corps de la femme. Je mouille un tissu avec du brandy⁵⁰ et je l'applique sur la coupure. Je demande à la

⁴³ Appellation populaire : la descente d'organe.

⁴⁴ La dyspareunie serait le trouble majeur rapporté par les femmes (Goer, *Op.Cit*).

⁴⁵ Forceps, ventouse, présentation du siège, souffrance fœtale à l'expulsion, macrosomie, rigidité du périnée.

⁴⁶ Ceci s'insère dans le contexte d'opposition entre les acteurs de l'obstétrique en faveur ou non de la démedicalisation de l'accouchement ainsi que dans la problématique du savoir de référence en obstétrique.

⁴⁷ Il faut noter que généralement la pratique de l'épisiotomie ne fait pas partie des objectifs courants des formations de matrones.

⁴⁸ Il s'agit de fil chirurgical.

⁴⁹ Terme biomédical désignant la partie basse et médiane de la vulve.

⁵⁰ Cognac de basse qualité.

dame de tenir les jambes jointes et le pansement s'y collera. Après le troisième jour, j'applique du détol⁵¹ et je refais le pansement. Mais je ne fais pas la suture. »

Loin des controverses scientifiques au sujet des « fibres sectionnées, fibres déchirées », il s'avère pourtant que pour Satchadie et ses consœurs, la pratique récalcitrante de « l'épisiotomie à la frappe »⁵² ne cède pas la place à celle de l'épisiotomie aux ciseaux pratiquée en milieu biomédical. Les modalités de la réparation de la coupure (saturée ou pansée) sont également, comme l'explique Satchadie, un facteur déterminant de son acceptation par les patientes :

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

Ces propos de Satchadie présentent une illustration de la limitation de l'impact des formations des matrones. Ce sujet a été amplement discuté par de nombreux auteurs travaillant sur des zones géographiques variées (par exemple, Jordan (1989), Pigg (1997a), Thaddeus and Maine (1994)). Ils ont mis en évidence que contrairement aux présupposés des formateurs biomédicaux, une pratique apprise n'est pas forcément appliquée. L'écart entre la mise en pratique et l'apprentissage est dû principalement à l'inadéquation pédagogique de l'enseignement. Par ailleurs, les matrones n'ont pas toujours le pouvoir social requis pour la mise en application des pratiques recommandées. Enfin, l'absence de pérennité des nouveaux équipements nécessaires à la mise en pratique des enseignements est un problème fréquemment rapporté⁵³. Nous voyons ici que cet écart procède d'un autre ordre. Supposons, en effet, que Satchadie ait bien intégré la pratique de la « l'épisiotomie biomédicale » et de sa suture⁵⁴, et que le matériel mis à sa disposition soit régulièrement remplacé⁵⁵, il reste que la pratique ne serait pas mise en œuvre pour autant. Si l'argument « elles ne veulent pas » fait sens au sein de la problématique des relations de caste, de classe et de pouvoir régissant les relations sociales entre l'accoucheuse et l'accouchée, il illustre aussi la façon dont le pouvoir est ici partagé entre le soignant et le soigné. Alors que des auteurs ont largement démontré le rapport entre pouvoir et utilisation de la technologie dans l'arène biomédicale de la naissance (Davis-Floyd & Sargent 1997), l'exemple de Satchadie nous montre qu'au sein d'un système « traditionnel » l'apport d'une possible technologie ne remet pas forcément en question l'espace de négociation du soin⁵⁶. En

⁵¹ Nom commercial d'un produit antiseptique également largement utilisé dans les maternités. Son utilisation par Satchadie peut laisser penser à une manifestation d'un savoir « biomédicalement appris » puisque le détol ne semble pas être utilisé par les matrones villageoises.

⁵² Malgré le caractère impropre ici du terme biomédical épisiotomie qui désigne une coupure aux ciseaux, je choisis de conserver ce terme pour nommer son équivalent en milieu « traditionnel ».

⁵³ Par exemple l'usage de gants pour les accouchements.

⁵⁴ Ce qui nécessiterait l'observation de cette pratique à domicile.

⁵⁵ Ce que j'ignore.

⁵⁶ Je précise que ce chapitre n'a pas pour but de vanter les mérites de l'accouchement traditionnel au profit de l'accouchement réalisé dans un milieu biomédical. Les morts de femmes et d'enfants et les

plus d'une abdication du soignant devant le désir du patient, souvent difficile selon les schémas de pensée de la biomédecine, la poursuite de la pratique de « l'épisiotomie à la frappe » relève d'une justification pragmatique à satisfaire les exigences des clientes. « Et puis si je fais comme à l'hôpital, pourquoi viendraient-elles me voir ? » constate Satchadie. Dans le système biomédical, la multiplication des actes technologiques réalisés par des médecins augmentent le prix d'un accouchement⁵⁷. Ces actes posent parfois la relation pécuniaire aux patientes selon un schéma de distribution du soin imposant « d'en faire plus » (des actes) « pour en suivre encore plus » (des patientes⁵⁸). Il est intéressant de constater que dans le cas des pratiques de Satchadie, il s'agit surtout de faire autrement afin de gagner la confiance du patient.

Conclusion

En Inde, et ailleurs, certains praticiens des médecines « traditionnelles » comme Satchadie arrivent à se mouvoir aisément dans le contexte contemporain. Leurs pratiques sont transformées sous influence du système biomédical. Egalement, elles sont façonnées par les attentes et les représentations que véhiculent le monde moderne. D'autres praticiens et d'autres matrones sont les laissés pour compte de ce mouvement. Par exemple, des matrones au Tamil Nadu se retrouvent aujourd'hui bafouées par les représentants du système biomédical et abandonnées par leur clientèle. Elles finissent par mettre fin à leur activité qui ne leur rapporte ni reconnaissance sociale ni compensation financière.

Aujourd'hui, la poursuite ou la cessation totale des activités de formation des matrones est un débat dans les organismes de santé publique chargés de la mise en œuvre des programmes de Maternité sans risques. Ces formations représentent aussi pour la recherche en sciences sociales un prisme par lequel les relations de pouvoir des acteurs et des systèmes biomédicaux et « traditionnels » en présence, peuvent être vues. Certains auteurs⁵⁹ ont tendance à considérer les matrones comme des actrices malmenées et contrôlées par le système de formation mis en place. Ils dénoncent le double travers suivant. D'une part, la formation vient valider officiellement une fonction pour laquelle les matrones étaient antérieurement jugées qualifiées au sein de leur milieu d'exercice. D'autre part, cette formation conduit à reconnaître comme expertes des femmes sélectionnées selon des critères d'âge ou de niveau d'étude mais

dramas aux conséquences souvent irréparables qui continuent silencieusement de se dérouler chaque jour, dans des contextes où les services obstétricaux d'urgence sont absents, ne peuvent que plaider en faveur des effets bénéfiques de la médicalisation de l'accouchement.

⁵⁷ En milieu privé, un accouchement simple est largement moins lucratif qu'un accouchement avec forceps ou ventouse, ou qu'une césarienne, et il consomme beaucoup plus de temps pour le praticien. Par contre il est intéressant de noter que les actes d'accompagnements, paroles, relaxations, acupuncture, massages, qui demandent du temps et un savoir-faire et sont souvent réalisés par les sages-femmes, ne sont pas répertoriés dans la nomenclature des actes rémunérés.

⁵⁸ Et ainsi gagner respectivement du temps et de l'argent. Cet exemple est tiré de mes notes personnelles.

⁵⁹ Voir par exemple Pigg Pigg, S.L. 1997b. "Found in Most Traditional Societies" Traditional Medical Practitioners between Culture and Development. In *International Development and the Social Sciences* (eds) F. Cooper & R. Packard. London: University of California Press. et Stephens Stephens, C. 1992. Training Urban Traditional Birth Attendants : Balancing International Policy And Local Reality. Preliminary Evidence From The Slums of India on The Attitudes and Practices of Clients and Practitioners. *Social Sciences and Medicine* Vol (6), 811-817..

non reconnues en tant que matrones par « la communauté »⁶⁰. Du côté des utilisateurs, il en résulte une mise en doute du savoir-faire des matrones (avec le présupposé selon lequel seuls les ignorants ont besoin d'être formés) et une absence quasi totale de recours aux services de ces dernières dont la compétence demeure à leurs yeux invalidée. Les auteurs insistent sur les aspects désastreux de ces formations tant sur le plan de leur pédagogie inadaptée aux besoins des formées, que sur la façon dont les représentations biomédicales tentent de formater les pratiques des matrones. Les formations établissent de manière arbitraire un strict découpage entre les pratiques biomédicales « bonnes » pour les matrones (l'usage de ciseaux et de clamp lors de la coupure du cordon, position de la parturiente en décubitus dorsale à l'expulsion) de celles qu'elles doivent impérativement proscrire sous prétexte de punition (usage de produits intraveineux ocytotiques) (Hinojosa 2004).

En étudiant les formations de matrones en Inde le chercheur⁶¹ peut opter pour une construction de l'analyse à partir de discours de matrones aptes à souligner comment la distribution du pouvoir et la hiérarchie des savoirs conduisent à une disparition des pratiques traditionnelles au profit de la généralisation de pratiques biomédicalement apprises au domicile. Ce choix traduit une option pour une vision qui conduit à ne considérer la poursuite des pratiques anciennes ou recomposées à domicile uniquement comme des stratégies de résistance au système biomédical de la part des personnes « formées ». Pour reprendre les propos de Hobart (1993), le choix de parler de stratégies de résistance ou de déni de la part de ceux [ici les matrones] désignés comme inférieurs est assumer qu'ils reconnaissent et se soumettent aux représentations hégémoniques dont ils sont l'objet⁶². Cette vision prend pour acquis le « préconstruit « développementaliste », qui en s'imposant comme représentant de *la connaissance médicale* assigne « à l'autre » et aux autres formes de médecine, le terrain de l'ignorance. Le danger de cette option est d'alimenter un discours dominant sur l'ordre du monde qu'elle pensait dénoncer (*Ibid* : 16).

L'ethnographie des pratiques de Satchadie nous montre que les matrones ne sont toujours pas des « amphores vides »⁶³ prêtes à se remplir des enseignements biomédicaux qu'elles ont reçus. Loin de se poser en facteur d'influence majeur de transformations des pratiques des matrones, les formations dans le système biomédical ne représentent qu'un des divers facteurs déterminant l'agencement des pratiques de ces dernières. Les trois récits décrivant les nouveaux troubles du corps observés, l'usage de l'énéma et la pratique de l'épisiotomie à la frappe montrent que Satchadie opère une mise à jour de ses savoirs déterminante pour l'élaboration de ses pratiques. Elle intègre, devant les changements observés ou recommandés par les formateurs biomédicaux, les différentes composantes de l'action de soin - le contexte, le produit, la pratique antérieurement pratiquée, la pratique apprise et la demande de la patiente - afin de recomposer une pratique de soin la mieux adaptée à une situation, à une patiente et à un temps donnés.

⁶⁰ Terme emprunté au langage du développement.

⁶¹ Comme l'a fait Stephens (1992) par exemple.

⁶² "To speak of strategies of resistance or denial on the part of those designated as inferior is to assume that they recognize and submit to the hegemonic representations of them" Hobart (1993:16)

⁶³ Terme des anthropologues du développement. Il désigne le fait que les « bénéficiaires » d'une action sanitaire par exemple ont aussi leur propre système médical et que la mise en place d'un programme ne se fait pas dans un contexte dénué de tout acteur et pratique thérapeutiques Voir par exemple O. De Sardan Olivier de Sardan, J.P. 1995. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: APAD Karthala..

Les pratiques de Satchadie présentées ici permettent de réaffirmer que parallèlement à l'apparent mouvement hégémonique de biomédicalisation et d'uniformisation des soins, une variété de pratiques anciennes sont recomposées ou nouvellement inventées. Celles-ci témoignent non pas d'un acte de résistance à un quelconque savoir dominant imposée par la biomédecine mais d'un acte de connaissance parfois tout bonnement ignoré par les responsables des programmes de formation. En ce sens, pour paraphraser Le Breton (1990), les pratiques, comme le corps, parce qu'elles sont au cœur de l'action individuelle et collective et du symbolisme social, sont les analyseurs d'une grande portée pour une meilleure saisie du présent. Ces pratiques représentent la part émergée d'un ensemble de relations sociales et d'histoire individuelle de praticiens qui ne font que s'adapter au monde contemporain et au désir toujours changeant des patients en quête d'un soin parfait⁶⁴.

⁶⁴ Et non la quête de la santé parfaite propre aux sociétés industrielles occidentales et évoquée par Illich Illich, I. 1975. *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*. Paris: Seuil..

Bibliographie

- 1924-1936. *University of Madras. Tamil lexicon*. Madras: University of Madras.
- Chawla, J. 1994. *Child Bearing and Culture*. Delhi: Indian Social Institute.
- Davis-Floyd, R. & C.F. Sargent. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross Cultural Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Deliège, R. 2001. L'ethnographie contre l'idéologie: le cas de l'hindouisme. *L'Homme* **160**, 163-176.
- . 2004. *Les castes en Inde aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Drayton, S. & C. Rees. 1984. "They know what they are doing". *Nursing Mirror* **159(5)**, 4-8.
- Giddens, A. 1994. *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Goer, H. 1995. Chapter 14: Episiotomy. In *Obstetric Myths Versus Research Realities, a guide to the medical literature*: Westport: Bergin et Garvey.
- Government of India. 2005. *Annual report 2003-2004*. Ministry of Health and Family Welfare.
- Gupte, M. 1998. Programming Reproduction? Maternal Health Services. In *Understanding Women's Health Issues: A Reader* (ed.) L. Lingam. Delhi: Kali for Women.
- Hancart Petitot, P. & V. Pragathi. A paraître. Ethnographic Views of *valaikappu*. A Pregnancy Rite in Tamil Nadu. *Indian Anthropologist* **36(2)**.
- Hinojosa, S. 2004. Authorizing Tradition: Vectors of Contention in Highland Maya Midwifery. *Social Science & Medicine* **59**, 637-651.
- Hobart, M. 1993. Introduction : The Growth of Ignorance ? In *An Anthropological Critique of Development: The Growth of Ignorance*. (ed.) M. Hobart. London: Routledge.
- Hollen, C.V. 2003. *Birth on the Threshold Childbirth and Modernity in South India*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Illich, I. 1975. *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*. Paris: Seuil.
- Jeffery, P., R. Jeffery & A. Lyon. 1989. *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London: Zed Books.

- Jeffery, R. & P. Jeffery. 1993. Traditional Birth Attendants in Rural North India. The Social Organisation of Childbearing. In *Knowledge, Power and Practice* (eds) P. Lindenbaum & M. Lock. Berkeley: University California Press.
- Jordan, B. 1989. Cosmopolitical Obstetrics : Some Insights from the Training of Traditional Midwives. *Social Sciences and Medicine* **28 (9)**, 925-944.
- Larsson, P., J.P. Christensen, B. Bergman & e. al. 1991. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecologic and Obstetric Investigation* **Vol 31 (4)**, 213-216.
- Lebreton, D. 1990. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Lingam, L. 1998. *Understanding Women's Health Issues: A Reader*. Delhi: Kali for Women.
- Olivier de Sardan, J.P. 1995. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: APAD Karthala.
- Pigg, S.L. 1997a. Authority in Translation: Finding, Knowing, Naming, and Training "Traditional Birth Attendants" in Nepal. In *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* (eds) R. E.Davis-Floyd & C. F.Sargent. Berkeley: University of California Press.
- . 1997b. "Found in Most Traditional Societies" Traditional Medical Practionners between Culture and Development. In *International Development and the Social Sciences* (eds) F. Cooper & R. Packard. London: University of California Press.
- Ram, K. 1994. Medical Management and Giving Birth: Responses of Coastal Women in Tamil Nadu. *Reproductive Health Matters* **4**, 20-26.
- Romney, M. & H. Gordon. 1981. Is Your Enema Really Necessary? *British Medical Journal* **282(6272)**, 1269-1271.
- Sargent, C. & G. Bascope. 1996. Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. *Medical Anthropology Quarterly* **10(2)**, 213-236.
- Schaller, C.T. 2004. *Hygiène intestinale. Retrouvez la santé avec un côlon dépollué*. Genève: Editions Vivez Soleil.
- Stephens, C. 1992. Training Urban Traditional Birth Attendants : Balancing International Policy And Local Reality. Preliminary Evidence From The Slums

- of India on The Attitudes and Practices of Clients and Practitioners. *Social Sciences and Medicine* Vol (6), 811-817.
- Thaddeus, S. & D. Maine. 1994. Too far to walk: Maternal Mortality in Context. *Social Sciences and Medicine* 38(8), 1091-1110.
- van Hollen, C. 2003. The Professionalization of Obstetrics in Colonial India. The "Problem" of Childbirth in Colonial discourse. In *Birth on the Threshold Childbirth and Modernity in South India* (ed.) C.V. Hollen. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- WHO. 1985. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet* 24, 436 - 437.
- . 1994. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*. World Health Organization.
- . 1997. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. World Health Organization.
- . 2004. *Skilled attendant at birth - 2004 Global Estimates*. World Health Organization.