



HAL
open science

L'art des matrones revisité.

Pascale Hancart Petitet

► **To cite this version:**

Pascale Hancart Petitet (Dir.). L'art des matrones revisité. : Naissances contemporaines en question.
Pascale Hancart Petitet. Faustrol Descartes, 2011. hal-04040729

HAL Id: hal-04040729

<https://hal.science/hal-04040729>

Submitted on 17 Apr 2023

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.



Open licence - etalab

Sous la direction de
Pascale Hancart Petitet

**L'ART DES MATRONES
REVISITÉ**



Naissances contemporaines en question

Editions Faustroll

SOUS LA DIRECTION DE
PASCALE HANCART PETTET

MANOELLE CARTON - JESSICA L. HACKETT
PIA MARIA KOLLER - PAOLA LAVRA
BRIGITTE NIKLES - LAURENCE POURCHEZ
PRISCILLE SAUVEGRAIN - NELLY STADERINI
ROGER ZERBO

POSTFACE DE YANNICK JAFFRÉ

L'ART DES MATRONES REVISITÉ
Naissances contemporaines en question

ÉDITIONS FAUSTROLL
DESCARTES
2011

Publié avec le concours du WHEP
(Women Health Education Programme)

<http://whep.info>

Le WHEP est un programme d'action
mis en place par le GID
(Groupe Inter-académique pour le Développement)

ISBN 2-915436-19-3

Édition originale

©2011 Éditions Faustroll
Descartes

Dépôt légal : février 2011

« [...] après avoir fay unanimité hier les femmes de la paroisse de Fain les Moutiers et de St Just de choisir entre elles une qui pû faire les fonctions de matrone, elles m'ont dit avoir fait en la personne de la ditte Gelin dont j'ay reçu le serment de la forme rituel de ce diocèse de la seconde feste de la pentecoste à l'issüe des vesprès »

Jean BAUDENET, curé de Fain les Moutiers,
le 8 juin 1767

AVANT PROPOS

C E livre est le fruit d'une longue maturation depuis 1994, année de ma première mission humanitaire dans des camps de réfugiés maures et touarègues maliens où en tant que sage-femme j'étais chargée de la formation des matrones. J'ai renouvelé cette expérience en Angola, en 1996-98, dans les zones rebelles de l'UNITA. Plus tard, au Pakistan en 1998-2000 et en Afghanistan en 2002, ayant pris du grade dans la hiérarchie humanitaire, j'avais la fonction de discuter du financement, du contenu et de la mise en œuvre de ces formations auprès des autorités sanitaires locales et des bailleurs de fonds internationaux. Puis mes cinq années de recherche doctorale en Inde m'ont permis de polir la rugosité de l'expérience de terrain avec les outils de l'analyse scientifique. Enfin, mon travail de recherche mené au Cambodge depuis 2008 me conduit à élargir mon champ d'observation autour de l'anthropologie de la reproduction. Ainsi, je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans mon questionnement au sujet des matrones. Je pense en particulier à Patrick HIRTZ de Médecins du Monde qui a contribué à forger mon

regard critique sur l'action humanitaire et à Alice DESCLAUX, qui m'a construite en tant qu'anthropologue en dirigeant mes travaux de recherche pendant neuf ans. Merci également à Laurent PORDIE, qui, alors que nous étions doctorants à l'Institut Français de Pondichéry, a lancé cette idée d'ouvrage autour des matrones. Son approche théorique des médecines en Inde fut une grande source d'inspiration. Il me faut remercier par ailleurs Laura MARTELLI, de l'organisation Nomad Recherche Soutien International pour son travail de relecture de certains chapitres ainsi que Francis SEGOND et Yannick JAFFRÉ pour la sympathie et la richesse de nos échanges lors de l'édition du manuscrit. Enfin, je remercie très chaleureusement chacun(e) des auteur(e)s du livre, pour leur précieux travail et leur longue patience.

PRÉSENTATION DES AUTEURS

Manoelle CARTON, anthropologue, diplômée en santé publique (DES inter-universitaire –Université Libre de Bruxelles et Université Catholique de Louvain- axé sur la santé et le développement) est actuellement en formation d’infirmière à la Haute école Gallilée à Bruxelles. Elle a obtenu un prix de l’Université des Femmes, pour son mémoire de fin d’étude en anthropologie qui traitait du traitement social de la naissance dans une zone rurale au Burkina Faso.

Jessica L. HACKETT est doctorante en anthropologie à l’Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Suite à ses travaux entamés lors de son master au sujet des pratiques de naissance en zone rurale maharashtrienne pour lesquels elle a bénéficié du soutien de la bourse Fulbright/III, elle conduit actuellement ses recherches doctorales sur la relation entre les pratiques dévotionnelles des femmes et la protection sanitaire de la famille au Maharashtra (Inde) sous la direction de Marine Carrin. Elle est membre actif dans l’Association des Jeunes Études Indiennes. Elle effectue par ailleurs des travaux de traductions d’articles et de livres dans le domaine de l’anthropologie de la santé et du religieux.

Pascale HANCART PETITET est anthropologue, attachée à l'Amsterdam Institute for Social Research et chercheure associée à l'UMI 233 de l'Institut de Recherche et de Développement. Sage-femme de formation initiale, elle a commencé à aborder le sujet des matrones lors de projets menés dans le domaine de l'action humanitaire internationale. Depuis, elle s'intéresse aux questions relatives au corps, au genre, à la maladie et à la médecine en lien avec les dimensions culturelles, sociales et politiques de la reproduction. Ses travaux publiés, dont l'ouvrage « Maternités en Inde du Sud » (Édilivre, 2008), issue de sa recherche doctorale, concernent l'anthropologie de la naissance, les rites de la grossesse et les savoirs et pratiques des matrones en Inde du Sud, les aspects anthropologiques et les dimensions éthiques de la transmission mère-enfant du VIH. (<http://pascalehpanthropo.blogspot.com>)

Yannick JAFFRÉ est anthropologue, directeur de recherche au CNRS et enseignant à l'EHESS. Il est directeur adjoint de l'Unité Mixte Internationale (UMI 3189) qui regroupe le CNRS, et les Universités du Burkina-Faso, du Mali et du Sénégal. Ses travaux portent, principalement en Afrique de l'Ouest, sur les liens entre anthropologie et santé publique dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur une anthropologie comparative des catégories affectives. Il a publié de nombreux articles et ouvrages dont *La Bataille des femmes* aux Éds. Faustroll.

Pia Maria KOLLER est infirmière et anthropologue (Université La Sapienza, Rome). Elle est diplômée en Educazione Interculturale, Université RomaTre, et en Coopération et Développement, Institut Nadel, ETH, Zurich, et a obtenu le Certificate of Tropical Community Medicine and Health, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool. Elle a effectué de nombreuses missions avec le Comité International de la Croix Rouge et coordonné les projets « Femmes et Guerre », notamment au Mexique (Chiapas), Burundi, Angola et Haïti. Elle poursuit actuellement ses travaux dans des institutions de santé, les écoles et des associations d'immigrants en Italie. Son travail de thèse relatif aux systèmes médicaux dans la région de Cusco (Pérou) a donné lieu à la publication de l'ouvrage « Reinventare la salute al tempo della paura. Perù: scambi, incontri, dis-incontri » (Liguori, Naples, 2006).

Paola LAVRA est anthropologue, docteure de l'Université Antilles-Guyane en ethnologie et anthropologie. Elle a mené ses recherches dans le bassin de la Méditerranée (D.E.A. à l'EHESS) et s'est ensuite spécialisée en études créoles au cours de son travail sur l'enfantement à la Marti-

nique. Ses thématiques d'études sont la naissance entre empirisme médical et médicalisation (savoir féminin traditionnel et pratiques actuelles des professionnels de santé) ; la société de plantation, la créolité et le pluralisme médical; la petite enfance et la famille; les processus d'incorporation et de construction sociale de la masculinité et de la féminité aux Antilles.

Brigitte NIKLES est anthropologue, diplômée de l'Université de Zurich, pour laquelle elle a conduit un premier travail de recherche au Cambodge en 2005 au sujet des stratégies de survie et de la gestion des ressources naturelles chez les Bunongs du Mondolkiri au Cambodge. Depuis 2007, elle poursuit ses recherches dans le cadre de l'Unité de Recherche de l'organisation Nomad RSI et s'intéresse plus particulièrement aux questions liées aux pratiques autour de la naissance et au changement social dans cette région. Elle a participé à l'ouvrage « Living on the Margins: Minorities and Borderlines in Cambodia and Southeast Asia » (PJ Hammer, 2009) et a réalisé avec Tommi Mendel, un anthropologue suisse, le documentaire ethnographique, « Bunong Guu Oh - Bunong's Birth Practices » (2009), Switzerland/Cambodia, tigertoda productions (www.tigertoda.ch).

Laurence POURCHEZ est anthropologue, maître de conférences au Département d'études créoles, Université de La Réunion Laboratoire LCF, CNRS, UMR 8143. Elle mène depuis près de quinze années des recherches dans la zone ouest de l'océan indien, notamment dans les Mascareignes (Réunion, Maurice Rodrigues). Ses thématiques d'études sont les phénomènes de créolisation, l'enfance, la fécondité et la famille (notamment par l'étude de la première partie du cycle de vie), les savoirs traditionnels associés aux conduites thérapeutiques, le rapport à la nature, les différents modes d'écriture de la recherche, l'épistémologie réflexive.

Priscille SAUVEGRAIN est sage-femme et docteure en sociologie au laboratoire de l'URMIS (Unité de Recherche en Migrations, relations interethniques et racisme, IRD/ Paris 7). Elle a exercé en Guyane, à Madagascar et en Afghanistan et travaille actuellement à la maternité de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris. Sa recherche doctorale vise à décrire et analyser l'impact des catégorisations sociales des patientes « africaines » sur leurs trajectoires de soins en maternité, en termes de traitement différentiel voire de discrimination. Ses travaux antérieurs traitaient de l'accouchement des parturientes Chinoises en France et des rapports des femmes immigrées aux institutions publiques hospitalières.

Nelly STADERINI est actuellement référente médicale pour les questions de santé de la reproduction à Médecins Sans Frontière-Suisse à Genève. Sage-femme et titulaire d'un DU en Santé Publique (Université de Nancy), elle a exercé des fonctions diverses dans des missions humanitaires à l'étranger (Mali, Cambodge, Pakistan, Afghanistan, Guinée, Tchad et Burundi) Elle a participé à trois initiatives au Tchad (2005-2009) : appui à deux maternités de district et à l'École Nationale de Santé (Safer Birth In Chad Foundation, 2005), projet de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le VIH, 2006), et un programme de santé mère-enfant au Kanem (Médecins du Monde, 2008-2009). Elle est l'auteur de travaux traitant des formations des matrones au Cambodge et des sages-femmes au Tchad et de l'ouvrage : Sage-femme en Afghanistan (Edition Cheminements, 2003).

Roger ZERBO est anthropologue, chercheur au Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique au Burkina Faso (IRSS/CNRST). Bénéficiant d'une bourse de mobilité, (fonds ULB, Xénophilia et Jacques Lewin - Inès de Castro), il prépare depuis 2007, un doctorat : orientation anthropologie, à l'Université Libre de Bruxelles en Belgique. Il s'intéresse plus particulièrement aux systèmes de santé et aux projets de développement. Depuis 2002, ses travaux portent sur la thématique du VIH/SIDA, tuberculose, et santé de la reproduction. Il est diplômé en recherche sur les systèmes de santé (CU-IRSS). Il est également formateur en droits humains et mène des actions de soutien auprès des associations de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso.

INTRODUCTION DE L'USAGE DU SAVOIR DES MATRONES

PASCALE HANCART PETITET

AVANT le grand réquisitoire lancé contre elles, en Angleterre puis étendu en France et sur toute l'Europe en 1760, les matrones ¹ étaient les femmes qui assistaient les accouchements dans les sociétés paysannes anciennes. L'aide qu'elles apportaient lors des accouchements, conçu comme un service rendu par charité, était décrit par des représentants administratifs et reli-

¹ Le terme matrone que nous utilisons dans cet ouvrage désigne une praticienne de la naissance en milieu populaire qu'il convient de ne pas confondre avec celui d'accoucheuse traditionnelle, terme propre au langage du développement et avec celui de sage-femme, dont l'OMS, la Confédération internationale des sages-femmes (CISF) et la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues (FIGO) donne une définition très précise. Des anthropologues anglo-saxonnes utilisent aussi le terme de sage-femme « traditionnelle », « populaire » ou « naturelle » en opposition à celui de « professionnelle » mais ce choix me semble être porteur de confusion. J'ai abordé ces questions dans Hancart Petitet (2008).

gieux de cette époque comme un ensemble de pratiques répugnantes à supprimer. Ainsi, en France, aux XVI^e et XVII^e siècles, les matrones accusées de sorcellerie furent parfois envoyées au bûcher. Puis, au XVIII^e siècle, elles devinrent un objet de contrôle assidu de l'Église, du corps médical et de l'État (Gélis, 1984). Dès lors, une « nouvelle conception de la vie » (Gélis 1988), se traduisant, en particulier, par la mise en place de formation de sages-femmes diplômées et par la généralisation du recours aux médecins accoucheurs, ont conduits à évincer les matrones du domaine de la naissance ¹.

Dans les pays du Sud, la limitation des budgets alloués au secteur de la santé, la privatisation des soins médicaux, l'emphase donnée à la technologie biomédicale et à la mise en place de programmes d'interventions selon des schémas « verticaux » associées parfois à des contextes économiques et politiques instables conduisent à observer les phénomènes suivants : selon les dernières estimations, un nombre absolu de 529.000 femmes meurent chaque année durant la grossesse, l'accouchement et dans les 40 jours qui suivent la naissance. Parmi ces femmes, 99.6% vivent dans des pays du Sud et dans des contextes économiques et sociaux où l'accès aux soins est limité. De nombreuses initiatives ont été menées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par les organisations onusiennes en charge de la santé des mères et des enfants (UNICEF, et UNFPA) par la Banque Mondiale ainsi que dans des actions du « Millennium Development Goal (MDG 5) » visant à réduire la mortalité maternelle de trois quart en 2015. Pourtant, dans certaines régions, en partie en raison de la guerre et de l'épidémie à VIH la situation s'est dégradée (Kidney, Winter, Khan, Gülmezoglu, Meads, et al. 2009). Parallèlement, depuis les années 1970 ², les taux de césarienne n'ont cessé d'augmenter dans de nombreux États comme au Chili (Murray 2000) et en Inde (Misha 2004), où, dans certaines cliniques, ils sont supérieurs à 60%. Enfin, tous États confondus, alors que, la proportion des accouchements fait par des « accoucheurs quali-

¹ Au sujet de l'histoire de la médicalisation de l'accouchement en Europe voir les ouvrages de Gélis (Gélis 1984 ; Gélis 1981 ; 1988 ; Gélis, Laget, and Morel 1978). Les campagnes d'élimination des matrones aux États-Unis et au Canada sont décrites dans les travaux recensés par Davis-Floyd, Pigg et Cominsky (2001).

² A propos de la construction sociale des taux d'accouchements par césarienne en Europe voir Porter *et al.* (2006).

fiés »¹ devait atteindre les « 80% en 2005, 85% en 2010 et 90% en 2015 » (WHO, 2004), les dernières statistiques² publiées à ce sujet laissent penser qu'en Afrique et en Asie du Sud et du Sud-est, en particulier, ces chiffres sont loin d'être atteints et qu'une grande proportion des accouchements ont toujours lieu à domicile avec l'aide des matrones.

L'objet que nous proposons d'examiner dans le présent ouvrage concerne certaines questions contemporaines autour de la naissance dans des pays du Sud. Nous souhaitons les saisir en nous intéressant spécifiquement à ce qui constitue l'*art* des matrones. Comme le note Didier Fassin à propos de la construction des objets de l'anthropologie, cet art, est ici *revisité* au moyen d'approches méthodologiques et analytiques choisies en rapport avec notre engagement dans la cité (2008). L'objectif n'est nullement de remettre en cause les effets bénéfiques de la bio médicalisation de l'accouchement mais de montrer, selon des perspectives et des focales diverses, comment, et pourquoi se construisent les pratiques des matrones actuellement. Réunir dans un même ouvrage des acteurs appartenant à des champs d'intervention et disciplinaires divers était un pari difficile. Il explique aussi la diversité des formes, des tons et des expériences vécues et rapportées, aux confins de l'exercice académique et des enjeux posés par l'appliqué.

Du théorique à l'appliqué **Un enchâssement des perspectives**

Dans le champ des sciences sociales les matrones sont l'objet de nombreux travaux et offrent des perspectives diverses sur le « système de naissance »³ à domicile dans divers pays du Sud. Les auteurs traitent des pratiques des matrones dans des contextes géogra-

¹ Ou « Skilled birth attendants » Les matrones, formées ou non dans un cadre biomédical, sont exclues de cette catégorie.

² Ces données par pays, et par indicateurs sont consultables sur le *WHO Statistical Information System* (WHOSIS) <http://www.who.int/whosis/en/>

³ Le concept est emprunté à Jordan (1978) et permet de porter un regard sur la naissance en tant qu'événement biologique, social et symbolique. Le système de naissance définit l'ensemble des acteurs, des pratiques et des représentations mobilisés autour de cet événement dans un secteur de soins donné (populaire, traditionnel ou biomédical).

phiques et culturels variés (Chapman 2003; Laderman 1987), de leurs rôles dans la provision des services de soins obstétricaux biomédicaux (Goldman and Gleib 2003; Hay 1999; Jenkins 2003), de la dévaluation du savoir des matrones par les représentants de la biomédecine (Hinojosa 2004; Pigg 1997a; Pigg 1997b; Stephens 1992), des processus sociaux conduisant à la médicalisation de la naissance et à la disparition progressive des matrones dans certains contextes (Van Teijlingen et al. 2004) ou de la transformation contemporaine des savoirs et des statuts des matrones dans le contexte de biomédicalisation de l'accouchement (Davis-Floyd 2000; Davis-Floyd, Pigg, and Cosminsky 2001; Hancart Petitet 2008; Pinto 2008; Rozario and Samuel 2002). Sur un plan théorique, ces études s'insèrent dans ce que Ginsburg and Rapp (1995) ont nommé le «boom de l'anthropologie de la naissance» des années 1980, mouvement de production de connaissances qui s'inscrit dans deux dimensions. Premièrement, ces travaux sont pensés et menés ont continuité des travaux d'anthropologues féministes comme par exemple ceux menés par Kitzinger et Davis (1978), Cominsky (1977), Anderson et Bauwens (1982) et Jordan (1978) dont l'objectif était de dénoncer la bio médicalisation excessive des pratiques de la naissance aux États-Unis en tant que forme d'abus de pouvoir des médecins, principalement des hommes, sur le corps des femmes. Ainsi, les recherches conduites, au sujet des matrones par Cominsky au Guatemala (1982), Sargent parmi les Baribas du Bénin (1985), Laderman en Malaisie (1987) et Jeffery, Jeffery et al. en Inde du Nord (1985) ont eu pour objectifs d'ethnographier les pratiques de naissance dans des contextes où la biomédecine était absente et, souvent, en idéalisant les bienfaits. Deuxièmement, à une période où de nombreux projets de santé mère-enfant émanant d'institutions des pays du Nord ont été lancés dans des pays du Sud, des anthropologues ont été mandatés par des organisations internationales pour tenter de comprendre «les résistances des populations» face à certains «projets d'innovation». Des chercheurs ont alors soulevé plusieurs questions relatives à la construction du pouvoir biomédical, en tant qu'imposition de valeurs normatives autour de la naissance. Ils ont décrits comment la mise en œuvre du modèle biomédical de l'accouchement, conduit à des formes coercitives diverses pour les populations concernées et à la subordination des matrones aux représentants biomédicaux (Hay 1999; Hinojosa 2004; Rozario 1995). Enfin, Davis-Floyd, Pigg et Co-

minsky (2001) ont ouvert de nouvelles perspectives de recherche en se libérant du cadre d'analyse propre à l'étude de la domination exercée par la biomédecine sur les autres systèmes médicaux. Leur approche tend à considérer comment et dans quelles mesures certaines praticiennes de l'accouchement manipulent habilement les modèles et les pratiques de systèmes médicaux divers et inventent de nouvelles formes de soins. Ainsi le concept de « post modern midwives » tel que ces auteures l'ont défini permet d'aborder l'environnement social et symbolique dans lequel se jouent les pratiques de ces matrones (et de sages-femmes), qui étendent leur champ d'activité au delà de la sphère de la naissance, négocient leurs fonctions, légitiment leurs savoirs et s'organisent en réseaux nationaux et chose plus rare, internationaux. En ce sens, cette perspective d'analyse n'est pas sans lien avec le concept de « néotraditionalisme » décrit par Pordié (2008), au sujet de la diversification des pratiques, des processus de délocalisation, de transnationalisation et d'innovation médicale propres à la médecine tibétaine. Au demeurant, en ce qui concerne les « post modern midwives » de tels phénomènes relève de l'exceptionnalité. Ils apparaissent dans des champs géographiques limités et avec des configurations, en termes de rapports et savoir et de pouvoir, sans communes mesures avec ce que révèle l'étude des formes contemporaines de la médecine dans d'autres champs disciplinaires et géographiques. Dans ce cas, il apparaît alors légitime de s'interroger, à partir du cadre analytique proposé par Pordié (Ibid.), sur les processus de légitimation des praticiens « néotraditionnels » dans d'autre système de médecine et dans le champ de la naissance en particulier : Qui accède à ce statut, ou cet état signifié par le concept de néotraditionalisme ? Quels en sont les principes et les fondements ? Le fait que de tels phénomènes soient très minoritaires et extrêmement réduits dans le système de naissance que nous étudions est-il à mettre en rapport avec l'origine sociale des matrones ? La place donnée aux femmes dans les sociétés ? La construction symbolique de l'évènement de la naissance ? Dans cette perspective, en quoi l'ethnographie des rapports de soumission et de domination à l'œuvre dans la sphère sociale de la naissance étudiée ici nous informe t-elle de la construction de la valence différentielle des sexes (Héritier 1996). Au delà des thèmes que nous aborderons dans cet ouvrage, quelle lecture critique pouvons-nous faire de nos travaux à partir de

la proposition faite par Butler (1990) de dépasser l'analyse de la hiérarchie de genre pour en entrevoir les conditions de production ?

Sur un plan relatif à la recherche « applicable » les matrones sont la cible de programmes de développement variés et l'objet de nombreuses études conduites par des experts internationaux de santé publique. L'objectif de ces travaux est souvent de mesurer l'impact de leurs activités sur certains indicateurs de santé dont la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Costello, Osrin, and Manandhar 2004; Imogie, Agwubike, and Aluko 2002; Schaidler, Ngonyani, S'Tomlin, Rydman, and Roberts 1999; Sibley, Sipe, Brown, Diallo, McNatt, et al. 2007; Sibley and Sipe 2006; Walraven and Weeks 1999; Yao 2002)¹. Par ailleurs, comme l'ont montré Lock et Kaufert (1998), la bio médecine n'est pas un bloc monolithique et les phénomènes de biomédicalisation des pratiques autour de la reproduction sont à analyser en terme « d'arrangement institutionnel ». Les idéologies véhiculées dans le champ international de la santé de la reproduction (Lush and Campbell 2001) sont aussi des objets de contestation interne (venant des administrateurs et des soignants du système biomédical) et externe (formulée par ses utilisateurs). Des études mettent en doute l'applicabilité de la recommandation de l'OMS (WHO 2004) relative à la mise en place des « skilled birth attendants », venant remplacer les matrones, et réduire ainsi les taux de mortalité maternelle (Harvey, Blandón, Affette, Sandino, Urbina, et al. 2007). Enfin, des travaux de recherche sont à nouveau mis en œuvre afin de documenter l'impact des activités dites « communautaires » sur la santé maternelle et infantile (Kidney, Winter, Khan, Gülmezoglu, Meads, et al. 2009). C'est dans ce cadre que certains auteurs continuent de documenter les succès de certains programmes de formation des matrones (Costello, Osrin, and Manandhar 2004; Jokhio, Winter, and Cheng 2005 ; Kidney, Winter, Khan, Gülmezoglu, Meads, et al. 2009; Sibley and Sipe 2006).

¹ Dans le domaine de la santé publique, plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer l'échec de la formation des matrones. Premièrement, les matrones n'ont pas les capacités d'appliquer les mesures requises pour la prise en charge d'une complication obstétricale. Deuxièmement, les formations doivent impérativement s'appuyer sur la mise en place d'un système de référence entre « la communauté » et les institutions de soins biomédicaux. Enfin, les méthodes pédagogiques employées sont souvent inappropriées.

Dans cette perspective, un niveau analytique nous apparaît pertinent. Il s'agit d'utiliser la recherche anthropologique pour documenter certains effets de politiques sanitaires en matière de reproduction élaborées au Nord sur la vie des individus résidant dans des pays du Sud. Notre propos s'inscrit dans le courant de l'anthropologie critique proposé par Castro et Singer (2004) dont l'objectif est d'utiliser la production du savoir ethnographique pour décrire et analyser, à différentes échelles, les modalités de construction et de mise en œuvre et les effets de certaines politiques de santé. Ces auteurs ont montré, comment dans certaines circonstances ces politiques peuvent reproduire certaines formes de violence structurelle comme les inégalités sociales, raciales et sexuelles. Par ailleurs, il s'agit de montrer comment « l'hégémonie médicale » est aussi le lieu d'appropriations et de contournements divers (Saillant and Genest 2005). Enfin, à la manière d'une anthropologie classique, on pourrait envisager que ce travail soit aussi de recenser des pratiques autour de la naissance en milieu populaire avant qu'elles ne disparaissent. En effet, dans de nombreux contextes, ni les matrones elles-mêmes, ni les représentants biomédicaux n'envisagent la mise en place de nouvelles générations de matrones. Néanmoins, malgré l'engagement récent et sans précédent des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé maternelle dans les pays du Sud, le contexte persistant d'inégalités d'accès aux soins de santé, et les crises actuelles et annoncées en matière d'effondrement de l'économie de marché, de changement climatique et de tarissement des ressources énergétiques ¹ laisse penser que la bio médicalisation universelle de l'accouchement restera limitée au domaine rhétorique de la santé publique (Fassin 2000) et que les matrones continueront d'accompagner la venue au monde de nombreux êtres humains.

Dés lors, ce livre présente une lecture variée des reconfigurations contemporaines des savoirs et pratiques des matrones et tente de répondre à plusieurs questions : Comment s'élaborent les rôles des matrones aujourd'hui ? Quels sont les processus de construction, de légitimation et de délégitimation des savoirs de ces praticiennes face au pouvoir biomédical ? Dans quelles mesures les politiques sanitaires autour de la naissance sont réinterprétées par les acteurs en charge de programmes localement, par les acteurs de soins responsables des

¹ Voir l'ouvrage de Lester Brown (2006).

formations des matrones, par les matrones elles-mêmes, et par les personnes qui ont recours à leurs services ? Quelles nouvelles lectures des savoirs et des pratiques des matrones pouvons-nous faire lorsque la naissance se déroule en contexte de crise ? Quelles sont les dimensions heuristiques relatives à la posture des auteur(e)s par rapport à leur objet et en fonction des perspectives adoptées ?

Présentation de l'ouvrage

Cet ouvrage rassemble neuf contributions d'auteur(e)s qui interrogent plusieurs aspects en lien avec les pratiques des matrones dans l'archipel des Antilles (Martinique) et des Mascareignes (La Réunion), en Asie (Afghanistan, Cambodge, Inde), en Afrique (Tchad, Burkina Faso, Burundi) et au Chiapas mexicain. L'objectif est d'approcher ces questions selon les points de vue des matrones, des femmes et des familles qui ont recours à leur services, des soignants du système biomédical, des représentants gouvernementaux et des organisations internationales et selon des perspectives diverses selon la place occupée par chaque auteur(e) dans son rapport à sa discipline et à son objet.

Le livre est organisé en trois parties. En premier lieu, nous présentons trois ethnographies qui présentent des portraits de matrones et certains aspects des reconfigurations contemporaines de leurs pratiques de soins. En second lieu, trois études abordent les questions relatives à la construction et de la production du savoir des matrones dans le contexte des programmes de formation. La dernière partie s'intéresse aux effets de certaines situations de crises sur la recomposition du rôle et des pratiques des matrones.

Figures de praticiennes et constructions contemporaines

Assurant la reproduction de l'espèce, les femmes ont été, durant des millénaires les détentrices des savoirs liés à l'alimentation, à l'hygiène, à l'accouchement, aux soins à l'enfant et les actrices privilégiées des pratiques rituelles entourant le corps à des moments clés de l'existence (Bonnet and Pourchez 2007; Saillant 1985). Dans de nombreux endroits, en particulier dans les pays du Nord, la biomédicalisa-

tion des pratiques de soins en général et de celles entourant la naissance a certes été bénéfique et a permis de réduire considérablement les taux de mortalité maternelle et infantile. La biomédicalisation de l'accouchement a eu aussi pour effet de délégitimer les savoirs populaires des matrones et de contribuer à leur disparition. Dans de nombreux pays du Sud, malgré les incursions de l'institution biomédicale, en particulier en zones urbaines, des facteurs sociaux, économiques et politiques divers viennent limiter la disponibilité et le recours aux soins biomédicaux. Dès lors, une majorité de femmes continuent d'accoucher à domicile avec l'aide des matrones. Dans ce contexte, il s'agit de se demander comment s'élaborent les pratiques de soins en dehors du champ biomédical, et comment se construit la rencontre entre le savoir populaire et le savoir biomédical autour de l'accouchement. Nous souhaitons aussi aborder comment les matrones s'adaptent ou non à ces changements de contexte qui modifient les formes de recours aux soins. Ainsi, l'objectif de cette partie est d'interroger la construction du savoir des matrones, en documentant, dans le champ des pratiques de soin, la façon dont il est soumis, négocié, revendiqué ou réinventé face à l'autorité biomédicale.

Le chapitre de Laurence Pourchez fournit une approche originale des savoirs des matrones en abordant des dimensions diverses. Son travail de recherche menée sur l'île de la Réunion depuis de nombreuses années lui permet d'une part de recueillir un riche corpus ethnographique au sujet des pratiques de soins des matrones mobilisées durant les grossesses et les accouchements. D'autre part, une perspective historique sur ces savoirs permet d'en étudier les processus de délégitimation mis en œuvre par des représentants biomédicaux puis par des acteurs de la presse écrite. Ensuite, elle présente la manière dont les femmes se réapproprient les savoirs populaires des matrones d'abord timidement, puis de manière beaucoup plus affirmée, voir revendicatrice. Enfin, nous découvrons comment le travail, mené par l'auteure, de restitution des résultats de la recherche aux acteurs de terrain, de collaboration avec des cadres des institutions de soins, et de formation à l'école de sages-femmes de l'île, accompagne l'élaboration individuelle et collective de nouvelles pratiques combinant les apports de la biomédecine avec les savoirs issus de traditions populaires.

Les pratiques de soins des *suin*, matrones du Maharashtra indien, font l'objet des travaux de Jessica L. Hackett. Elle rapporte des éléments ethnographiques relatifs aux pratiques mobilisées par les matrones lors des soins entourant la naissance et lors des rituels de purification et de protection. Ainsi, l'auteure dresse le portrait d'une interlocutrice privilégiée, la *suin* Zanabai, dont les discours narratifs permettent au lecteur d'approcher divers aspects sociaux, culturelles et symboliques de la société maharati. Nous voyons comment, dans le contexte de biomédicalisation de la naissance, ayant pour effet de diminuer sa pratique des accouchements à domicile, cette matrone modifie son activité. Les modalités de sa reconversion professionnelle témoignent de la façon dont elle parvient ou non à monnayer ses savoirs. Alors que dans une clinique où elle parvient à se faire employer comme « petite main » et où son savoir ne lui apparaît d'aucune utilité, cette matrone poursuit son activité de praticienne à domicile en proposant des soins du *post-partum* non disponibles dans les institutions où les femmes accouchent désormais.

Les travaux de Paola Lavra permettent d'approcher certaines pratiques des matrones en Martinique. A travers le discours de la matrone Hortensia, l'une de ses informatrices principales, l'auteure conduit une analyse qui rend compte de la construction identitaire de cette femme, de la dimension historique et sociale de ses pratiques et du contexte symbolique dans lequel les soins de l'accouchement sont mis en œuvre. En second lieu, ce chapitre s'intéresse aux modalités de rencontres des systèmes de naissance 'traditionnel' et biomédical selon plusieurs perspectives. Ainsi, cette ethnographie nous invite à appréhender comment à l'échelle individuelle et collective les pratiques de soins populaires de l'accouchement sont dénigrées et contestées, ou parfois intégrées dans le système biomédical en place.

Un paradigme du savoir d'autorité

Le concept de « Authoritative Knowledge » ou « savoir d'autorité » est le concept fondateur de l'anthropologie de la naissance formulé par Jordan en 1978. La construction de ce concept est largement inspiré par les travaux de Foucault (1975) autour de la notion de « biopouvoir » qui permet d'analyser comment les techniques spécifiques du pouvoir s'exercent sur les corps des individus et sur l'ensemble d'une

population. Le concept de « savoir d'autorité » permet d'analyser le processus de légitimation d'une pratique donnée dans un contexte social donné. Selon Jordan, « Ce savoir est considéré légitime, officiel, indiscutable dans une communauté et permet de justifier certaines des actions mises en œuvre par des personnes chargées d'effectuer des actes déterminés. » (Jordan in Davis-Floyd & Sargent, 1997 : 58) ¹. Ainsi, la deuxième partie de l'ouvrage vise à formuler de nouvelles perspectives de recherche autour du concept de « savoir d'autorité » en explorant, selon plusieurs points de vue, les formes de son élaboration et de sa manifestation ainsi que ses directions et ses enjeux divers lors des programmes de formations des matrones dans des pays du Sud.

En premier lieu, Priscille Sauvegrain, qui lors de son activité de sage-femme en Afghanistan pour le compte de l'association Médecins du Monde a eu l'occasion de mettre en place des activités de formation pour les matrones, propose un témoignage et une approche réflexive de son expérience. L'originalité de son chapitre est d'aborder la notion de « savoir d'autorité » en montrant comment il est décliné, par les acteurs de terrain en charge de la mise en œuvre d'activités visant à réduire la mortalité maternelle. L'auteure rapporte comment, elle-même, en tant que formatrice, a reproduit, à son insu, certaines formes autoritaires de dispensation d'un savoir. Son témoignage nous permet d'aborder intimement deux thématiques essentielles. D'une part, nous découvrons la façon dont s'organisent les pratiques de soins des matrones et les contraintes diverses liées à la dispensation de la formation dans cette région reculée. Deuxièmement, la forme non académique du texte nous invite à approcher, avec beaucoup de sensibilité, les modalités d'une rencontre interculturelle entre des praticiennes de l'accouchement.

En second lieu, Manoelle Carton et Roger Zerbo rendent compte de la mise en œuvre du programme « Maternité Sans Risques » et du déroulement de séances de formation des matrones dans une zone rurale au Burkina Faso. Leur travail d'analyse permet de reformuler certaines questions relatives à l'inadéquation pédagogique des formations, en termes de forme et de contenu, soulevée par de nombreux anthropologues. Ainsi, ce chapitre invite à affiner les problématiques

¹ Traduction personnelle.

posées dans ce domaine en soulignant les contraintes institutionnelles diverses qui conduisent les dispensateurs de la formation à opter pour certaines modalités de transmission du savoir dont ils savent pertinemment qu'elles ne sont pas adaptées. Par ailleurs, les auteurs décrivent comment certains soignants sont contraints par leur hiérarchie à exercer diverses formes de pouvoir coercitif sur les femmes villageoises, dont les matrones, afin d'augmenter les taux de fréquentation en consultation prénatale et en salle d'accouchement.

Enfin, le thème des formations des matrones selon le point de vue des décideurs des instances internationales de santé publique est l'objet du propos de Nelly Staderini. Sage-femme en poste au Tchad pendant quatre ans, cette auteure présente une perspective inédite sur les matrones. En effet, ces praticiennes sont l'objet d'une abondante littérature produite par des chercheurs en sciences sociales qui présentent, le plus souvent, des points de vue émiques sur leurs pratiques, et par des experts de santé publique qui documentent, dans leurs propres cadres de référence, l'impact de certaines activités menées dans ce domaine. Hors, ce chapitre présente les discours de décideurs qui témoignent des effets quotidiens des lourdeurs et des lenteurs administratives auxquels ils sont soumis, de leur impuissance et leurs obligations face aux bailleurs de fonds dont la stratégie actuelle est de ne plus financer les formations des matrones alors qu'eux même, sur le terrain, sont persuadés de la pertinence de ce type d'activités. Ainsi, cette perspective permet d'approcher le paradigme du développement et les contradictions diverses liées à l'exercice du pouvoir qui fait autorité.

Situations de crise

L'impact de situations de crises sur la construction des normes et des pratiques dans le champ de la santé de la reproduction est documenté par plusieurs travaux. Les auteurs se sont intéressées aux modalités de mise en œuvre de politiques diverses, à leurs effets sur les pratiques des matrones et à la façon dont les femmes, dans de tels contextes intègrent ou non les règles édictées par les institutions relatives à la gestion de leurs corps. Par exemple Jambai & Mac Cormack (1997) ont ethnographié et analysé ces situations en Sierra Leone, Towghi (2004) au Pakistan et Stein (2007) en Indonésie. Lock et Kaufert ont

décrit comment, dans des situations diverses, les femmes parviennent à résister aux prescriptions imposées le personnel biomédical ou à les contourner (1998). Enfin, l'étude menée par Kligman (1998) a permis d'explorer les politiques restrictives en matière d'accès à l'avortement mise en place en Roumanie sous le régime de Ceausescu. Son approche conduit à analyser l'impact et le coût humain de telles pratiques et à montrer comment les questions en lien avec la reproduction dans ce contexte de crises sont intimement enchâssées avec les agendas politiques définis à l'échelle nationale et internationale. Les trois études présentées dans ce dernier volet de l'ouvrage décrivent respectivement des situations de crise sanitaire, de crise identitaire et de crise sécuritaire et font amplement référence aux cadres d'analyse utilisés les auteurs mentionnés plus haut. Ainsi, nous invitons le lecteur à entrevoir comment l'étude des discours et les pratiques construits en temps de crise, se révèlent un instrument heuristique pour aborder le champ des savoirs des matrones tels qu'il est mis en œuvre par les praticiennes, utilisé par les personnes qui ont recours à leurs services et investi ou non par les acteurs sanitaires mobilisés à cette occasion.

L'épidémie à VIH a représenté une crise mondiale majeure ces dernières années. Elle a engendré la production de codes, de normes et de pratiques nouvelles dans de nombreux domaines et dans le traitement social de la naissance en particulier ; thème de recherche que j'aborde ici à partir de mes travaux menés auprès des matrones en Inde du Sud. Mon objectif est double. Il vise d'une part à décrire et à analyser la construction des pratiques autour de la naissance à domicile et en milieu hospitalier en montrant pourquoi et dans quelles mesures les matrones jouent, ou peuvent jouer, un rôle non négligeable dans la prévention du VIH. Le cadre analytique choisi conduit à considérer par ailleurs comment le corpus des discours produits dans le milieu de la santé publique au sujet du rôle des matrones face au VIH permet d'entrevoir les contradictions dans lesquelles s'élaborent les politiques de la reproduction.

Brigitte Nikles aborde la question de l'accouchement chez les Bunong de Mondolkiri, au Cambodge. Dans un contexte de grands bouleversements sociaux alliant immigration, exploitation incontrôlée des ressources naturelles et spéculation foncière, cette région est aussi un

terrain de prédilection pour la mise en œuvre tout azimut de projets d'innovation divers. Pourtant, le domaine de la santé maternelle y est peu investi et l'accès aux soins obstétricaux est particulièrement critique pour les Bunongs en raison de leur éloignement géographique, social et économique des institutions de santé. Ainsi, les femmes accouchent avec l'aide des matrones, respectées par les villageois pour leur savoir et leur fonction d'intermédiaire dans la relation entre le monde des hommes et celui des esprits et dont chaque naissance peut venir en bousculer l'équilibre. L'ethnographie de la cérémonie faite après l'accouchement et dont l'objectif principal est de remercier la matrone pour ces services et de témoigner le respect dû aux esprits nous invite à mieux saisir les enjeux sociaux et l'environnement symbolique dans lequel se construisent les pratiques autour de l'accouchement.

La reconstruction du rôle des matrones face à la guerre fait l'objet de l'étude de Pia Maria Koller menée au Chiapas mexicain et au Burundi dans le cadre des programmes du Comité International de la Croix Rouge. La richesse de ce texte nous permet d'aborder la question du conflit à partir de problématiques de santé maternelle et selon plusieurs perspectives. Ainsi nous découvrons comment les événements liés à la guerre ont pour effet de modifier ou non les interactions entre les femmes et les matrones, en termes de modalités de recours et de pratique de soins. Par ailleurs, le double regard émique et étique porté par l'auteure sur les activités du CICR conduit à décrire et à analyser les formes d'utilisation du savoir et de la fonction sociale des matrones dans un contexte de guerre et à émettre des critiques constructives quant à leur succès et à leur contradiction. Ainsi, le regard aiguisé de Pia nous permet de pénétrer la sphère intime des femmes, des hommes, des matrones et des acteurs de soins mobilisés autour de l'événement de la naissance inscrit, pour chacun dans un trajet biographique bouleversé.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON, Sandra & Eleanor BAUWENS – 1982 An Ethnography of Home Birth. In: M Kay (ed.), *Anthropology of Human Birth*; 289-303. Philadelphia: FA.Davis.
- BUTLER, Judith – 1990 *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York, Londres: Routledge.
- BONNET, Doris & Laurence POURCHEZ – 2007 *Du soin au rite dans l'enfance*. Paris: Eres, IRD.
- BROWN, Lester R. – 2006 *Plan B 2.0: Rescuing a Planet Under Stress and a Civilization in Trouble*. Washington: Earth Policy Institute.
- CASTRO, Arucho & Merrill SINGER – 2004 *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, Lanham, New York, Toronto, Oxford: Altamira Press.
- CHAPMAN, Rachel – 2003 Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care and pregnancy risk. *Social Science & Medicine* 57 (2003) 355-374.
- COMINSKY, Sheila – 1977 Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca. *Medical Anthropology, Cross Cultural studies on Health and Illness* 6 (3): 69-104.
- COSTELLO, Anthony, David OSRIN & Dharma MANANDHAR – 2004 Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *British Medical Journal* 329: 1166-1168.
- DAVIS-FLOYD, Robbie – 2000 Anthropological Perspectives on Global Issues in Midwifery. *Midwifery Today* 68-69.
- DAVIS-FLOYD, Robbie, Stacy LEIGH PIGG & Sheila COSMINSKY – 2001 Daughters of Time: The Shifting Identities of Contemporary Midwives. *Medical anthropology* 20 (2-3 and 4) : 105-139.
- FASSIN, Didier – 2000 Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante* 7: 58-78.
- FOUCAULT, Michel – 1975 *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- GELIS, Jacques – 1984 *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI-XIXe siècle*. Paris: Fayard.
- GELIS, Jacques – 1981 *De la matrone à la sage-femme : les transformations de l'accoucheuse de campagne au XVIIIème siècle*. *Pénélope* 5 (9) : 33-36.
- GELIS, Jacques – 1988 *La Sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard.
- GELIS, Jacques, Mireille LAGET & Marie-France MOREL – 1978 *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris : Gallimard.

- GINSBURG, Faye D & Rayna RAPP – 1995 Conceiving the new world order. The global politics of reproduction. California : University of California Press.
- GOLDMAN, Noreen & Dana GLEI – 2003 Evaluation of Midwifery Care: Results From a Survey in Rural Guatemala. *Social Science & Medicine* 56 : 685-700.
- HANCART PÉTTET, Pascale – 2008 Maternités en Inde de Sud. Des savoirs autour de la naissance au temps du sida. Paris, Edilivre.
- HARVEY, Steven, Carla WONG BLANDON, McCaw-Binns AFFETTE, Ivette SANDINO, Luis URBINA, César RODRIGUEZ, Ivonne GOMEZ, & Patricio AYABACA – 2007 Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bulletin of the World Health Organization* 85 (10).
- HAY, M Cameron – 1999 Dying mothers: Maternal Mortality in Rural Indonesia. *Medical Anthropology*, 18: 243-279.
- HÉRITIER, Françoise – 1996 Masculin / Féminin. La pensée de la différence. Paris: Odile Jacob
- HINOJOSA, Servando – 2004 Authorizing Tradition: Vectors of Contention in Highland Maya Midwifery. *Social Science & Medicine* 59: 637-651.
- IMOGIE, AO, EO AGWUBIKE & K ALUKO – 2002 Assessing the Role of Traditional Birth Attendants in Health Care Delivery in Edo State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 6: 94-100.
- JAMBAI, Amara, & Carol MACCORMACK – 1997 Maternal Health, War and Religious Tradition: Authoritative Knowledge in Pujehun, Sierra Leone. In: Robbie E. Davis-Floyd & Carolyn F. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press, pp: 421-440.
- JENKINS, Gwynne L. – 2003 Burning bridges: policy, practice, and the destruction of midwifery in rural Costa Rica. *Social Science & Medicine* 56: 1893 -1909.
- JOKHIO, Abdul Hakeem, Heather R. WINTER, & Kar Keung CHENG – 2005 An Intervention Involving Traditional Birth Attendants and Perinatal and Maternal Mortality in Pakistan *The New England Journal of Medicine* 352: 2091-2099.
- JORDAN, Brigitte – 1993 Birth in Four Culture. Prospect Heights: Waveland Press. First Published in 1978.
- KIDNEY, Elaine, Heather R WINTER, Khalid S KHAN, A Metin GÜLMEZOĞLU, Catherine A MEADS, Jonathan J DEEKS, & Christine MACARTHUR – 2009 Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9: 2.

- KITZINGER, Sheila & John A DAVIS – 1978 *The Place of Birth. A Study of the Environment in Which Birth Takes Place with Special Reference to Home Confinements.* Oxford, Oxford University Press
- KLIGMAN, Gail – 1998 *The Politics of Duplicity. Controlling Reproduction in Ceausescu's Romania.* Berkeley University of California Press
- LADERMAN, Carol – 1987 *Wives and midwives, Childbirth and Nutrition in rural Malaysia.* California: University of California Press.
- LOCK, Margareth & Patricia A. KAUFERT – 1998 *Pragmatic women and body politics.* Cambridge: University Press.
- LUSH, Louisiana & Oona CAMPBELL – 2001 *International co-operation for reproductive health: too much ideology?* In: McKee M, Garner P and Stott R (eds.), *International co-operation in health.* Oxford Oxford University Press.
- MURRAY, Susan F – 2000 *Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study.* *British Medical Journal* 321: 1501-1505.
- MISHRA, US – 2004 *Who should decide on caesarean sections?* *British Medical Journal* 328: 1320.
- PIGG LEIGH Stacy – 1997a *Authority in Translation: Finding, Knowing, Naming, and Training "Traditional Birth Attendants" in Nepal.* In: Robbie E.Davis-Floyd & Carolyn F.Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives:* 233-362. Berkeley: University of California Press.
- PIGG LEIGH Stacy – 1997b *"Found in Most Traditional Societies" Traditional Medical Practitioners between Culture and Development.* In: F Cooper & R Packard (eds.), *International Development and the Social Sciences:* 259-290. London: University of California Press
- PORTER, Maureen, Siladitya BHATTACHARYA, and Edwin VAN TEIJLINGEN – 2006 *Unfulfilled expectations: How circumstances impinge on women's reproductive choices.* *Social Science & Medicine* 62: 1757-1767.
- PINTO, Sarah – 2008 *Where There Is No Midwife: Birth and Loss in Rural Life in India.* New York: Berghahn Books
- ROZARIO, Santi & Geoffrey SAMUEL – 2002 *The Daughters of Hariti: Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia.* London and New York.: Routledge.
- SAILLANT, Francine – 1985 *Le mouvement pour la santé des femmes.* In: Jacques Dufresne, Fernand Dumont & Yves Martin (eds.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie:* 743-762: Les Presses de l'Université du Québec, l'IQRC (l'Institut québécois de recherche sur

la culture) et Les Presses universitaires de Lyon

SAILLANT, Francine & Serge GENEST – 2005 Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux. Les Presses de l'Université de Laval

SCHAIDER Jeffrey, Samson NGONYANI, Stephen TOMLIN, Robert RYDMAN & Rebecca ROBERTS – 1999 International Maternal Mortality Reduction: Outcome of Traditional Birth Attendant Education and Intervention in Angola. *Journal of Medical Systems*. 23(2): 99-105.

SIBLEY, Lynn M & Theresa Ann SIPE – 2006 Transition to Skilled Birth Attendance: Is There a Future Role for Trained Traditional Birth Attendants? *Journal of Health, Population and Nutrition* 24(4): 472-478.

STEIN, Eric A – 2007 Midwives, Islamic Morality and Village Biopower in Post-Suharto Indonesia. *Body Society* 13(3): 55-77.

STEPHENS, Carolyn – 1992 Training Urban Traditional Birth Attendants : Balancing International Policy And Local Reality. Preliminary Evidence From The Slums of India on The Attitudes and Practices of Clients and Practitioners. *Social Sciences and Medicine* 35: 811-817.

TOWGHI, Fouzieyha – 2004 Shifting policies toward Traditional Midwives: Implications for Reproductive

Health Care in Pakistan In: Arachu Castro and Merrill Singer (eds.), *Unhealthy Health Policy. A critical Anthropological Examination* Oxford Altamira Press, pp: 79-95.

VAN TEIJLINGEN, Edwin, George W. LOWIS & Peter Mc CAFFER – 2004 Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives. New York: Nova Science

WALRAVEN, Gijs, & Andrew WEEKS – 1999 The role of (traditional) Birth Attendants With Midwifery Skills in the Reduction of Maternal Mortality. *Tropical Medicine and International Health* 4: 527-529.

WHO – 1985 Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé : Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement - Fortaleza Brésil, 22-26 Avril. Geneva. World Health Organization

WHO – 2003 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice. Geneva. World Health Organization.

WHO – 2004 Skilled attendant at birth - 2004 Global Estimates. Geneva. World Health Organization

YAO, Michel NK – 2002 Traditional Birth Attendants and Community Health Workers Can in Fact Play a Role in Sensitisation. *British Medical Journal* 324: 222-225.

PARTIE I
FIGURES DE PRATICIENNES ET
RECONFIGURATIONS CONTEMPORAINES

LES MATRONES RÉUNIONNAISES
ÉLÉMENTS DU FOLKLORE LOCAL OU
ACTRICES DE L'ÉVOLUTION DES CONDUITES FAMILIALES
ET BIOMÉDICALES LIÉES À LA GROSSESSE ET À LA NAISSANCE ?

LAURENCE POURCHEZ

À l'heure où s'achèvent les festivités prévues dans le cadre du centenaire de l'école de sages-femmes de Saint-Denis de La Réunion, la question des matrones, de leur rôle, de leur disparition ou de leur omniprésence dans la culture réunionnaise est plus que jamais d'actualité. En l'espace d'une cinquantaine d'années, une véritable révolution sanitaire s'est opérée à l'île de La Réunion. Les matrones, qui, il y a encore 40 ans étaient responsables du suivi des futures mères et de la mise au monde des enfants, ont été reléguées officiellement au rang de personnages folkloriques. Elles sont dorénavant les sujets et les supports d'émissions télévisées et de mémoires universitaires à propos du « *temps longtemps* »¹. Qu'en est-il réellement ?

¹ Le *temps longtemps* désigne, en créole réunionnais, le passé dit avec une nuance de nostalgie.

Cette contribution s'appuie sur une recherche de terrain initiée dans l'île depuis 1994. Elle comprend des récits variés de matrones recueillis de 1994 à 2003, le recueil des témoignages des médecins ayant exercé dans l'île avant les années 1970 (qui correspond à la période de transition des accouchements à domicile aux accouchements systématiques en milieu hospitalier). Le discours recueilli est complété par les informations collectées lors du suivi d'une maternité initié en 1996, par le relevé de l'évolution des représentations observées à l'école de sages-femmes de La Réunion de 2000 à 2006. Nous verrons comment les savoirs des matrones, après une période de dénigrement par les professionnels de la médecine, eux-mêmes relayés par les médias, sont à présent de plus en plus reconnus voire pris en compte par les professionnels de la biomédecine. Je montrerai de quelle manière le recours aux matrones persiste.

En créole réunionnais, matrone se dit « femme-sage » et les quelques matrones toujours en vie sont toujours sollicitées afin de donner divers conseils et de préparer les tisanes spécifiques pour les soins de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance même s'il s'agit souvent de conduites cachées aux professionnels de la biomédecine.

Construction historique et sociale du savoir des matrones

Sages-femmes et matrones réunionnaises

Peuplée à partir de la seconde moitié du XVII^{ème} siècle, l'île de La Réunion ne comptait, à cette époque, que quelques femmes pour une majorité d'hommes. Ce déséquilibre du ratio hommes/femmes s'expliquait par l'économie de l'île, fondée sur la plantation de cannes à sucre. En effet, les tâches agricoles (coupe de la canne notamment) réclamaient une force de travail masculine. Les femmes n'avaient, pour les maîtres des plantations, d'intérêt que comme domestiques. Comme le notent les chroniqueurs de l'époque (notamment le gouverneur Antoine Boucher -1775- qui, sans doute, exagère quelque peu le caractère « dissolu » de la vie quotidienne à Bourbon au début du XVIII^{ème} siècle), le manque de femmes eut pour conséquence, des unions multiples et fécondes, légitimes ou non.

Dès les débuts de la colonie, la biomédecine est représentée dans l'île¹ et son rapport aux matrones, concurrentes potentielles, est conflictuel : l'historien Jean Barassin note qu'à Saint-Denis, au début du XVIII^{ème} siècle, les sages-femmes, représentantes de la biomédecine, sont inscrites par un prêtre espagnol dans un registre paroissial rédigé en latin, leur nom figurant assorti de la mention « *obstétrix probata* » (1989 : 141). Les méthodes anticonceptionnelles d'alors n'étant pas infaillibles et les représentations de la vie étant différentes de ce qu'elles sont de nos jours, les sages-femmes ont alors essentiellement pour rôle d'empêcher les avortements et les infanticides². Leurs missions sont influencées par l'Église et par les réalités sociales de l'époque. En effet, le bébé né esclave devenait un bien du maître de ses parents au même titre que les meubles ou les animaux. Ainsi, en 1705, deux sages-femmes, Nicole Coulon et Jeanne Arnoult sont déléguées d'office afin d'examiner une jeune fille impliquée dans une affaire criminelle, en l'occurrence, une suspicion d'avortement.

A cette époque, outre les mères suspectées de mettre fin à leur grossesse, les matrones sont montrées du doigt et jugées responsables, d'autant qu'elles appartiennent le plus souvent à la catégorie des esclaves et que le fait d'être en mesure de mettre les enfants au monde donne à la matrone un statut et un pouvoir qui dérangent parfois les propriétaires des plantations. En effet, lors des accouchements de leurs compagnes, ceux-ci se retrouvent en situation de demande d'aide émanant d'une femme habituellement considérée comme leur inférieure. Le 20 janvier 1715³, à la suite de dénonciations, une ordonnance est promulguée qui enjoint aux « filles, veuves et femmes dont le mary serait absent » de déclarer leur grossesse. Dans le cas où la grossesse déclarée ne débouche pas sur une naissance et que « leur fruit ait disparu », les femmes tant libres qu'esclaves, « seraient punies de mort ». La dénonciation qui accusait les matrones et l'ordonnance n'eurent aucune suite car cet article n'eut jamais à être appliqué. Déjà, à cette époque, les matrones étaient, dans bien des cas, les coupables idéales. Et malgré ces attaques, du début du XVIII^{ème} siècle à la fin des

¹ Lire à ce sujet, Pourchez, 2001.

² Afin de comprendre ces anciennes représentations de la vie, différents procès pour infanticide ont été analysés grâce au double regard d'une anthropologue et d'un juriste dans Pourchez et Tabuteau, 2004.

³ J. Barassin, op.cit : 141-142.

années 1960, elles ont, bien souvent, constitué le seul et unique recours des parturientes

L'accouchement à domicile avec les matrones

Avant que les accouchements à la maternité ne deviennent systématiques, à partir des années 1970, les naissances se passaient à la maison. C'était le père qui appelait ou envoyait chercher la matrone. Celle-ci était souvent une personne proche tant géographiquement que socialement. Parfois, la matrone était secondée d'une « femme-qui-aide »¹, de la mère ou de la belle-mère de la parturiente. Le père, qui généralement n'assistait pas à l'expulsion de l'enfant en raison de craintes associées au sang lochial², était cependant présent, soutenant sa femme (selon la position d'accouchement choisie), s'occupant de l'ensemble de la préparation matérielle de l'accouchement, de l'eau chaude, des tissus destinés à recevoir le bébé ou pourvoyant à la nourriture des autres enfants de la maisonnée.

Aimée, Jacinthe puis Lucie, anciennes matrones, racontent³ :

Aimée : « – Dans le *temps longtemps* (jadis) c'était la misère. Il n'y avait pas de docteur, il n'y avait pas de sage-femme. Moi, j'ai appris avec une vieille *ma tante*⁴ qui m'emmenait avec elle pour chaque accouchement, et qui m'a montré comment il

¹ La « femme-qui-aide » aidait surtout pour les soins, pour la toilette du nouveau-né comme pour celle des morts. Personne de confiance, elle constituait l'un des recours thérapeutique des familles. La différence entre matrone et « femme-qui-aide » est développée dans Pourchez, 1999.

² Le sang des femmes avait la réputation de rendre impuissant. Il était, de ce fait, fortement déconseillé aux hommes d'assister à l'expulsion. En outre et pour les mêmes raisons, les filles, avant d'être mères, devaient laver leurs serviettes hygiéniques et les cacher de la vue de leurs frères. La force des représentations associées au sang se retrouvait également dans les nombreuses recettes de philtres d'amour, le sang, sous sa forme réelle ou symbolique, étant un ingrédient indispensable à leur préparation (Pourchez, 2004).

³ Le dialogue est fictif et m'a été inspiré par la complémentarité des trois discours produits. En effet, il s'agit ici d'une reconstitution constituée de trois témoignages qui sont eux, bien réels mais ont été enregistrés de manière indépendante.

⁴ Il n'est pas certain que ce terme de référence renvoie à un membre de la parenté (consanguine ou par alliance) d'Aimée. Ce terme est fréquemment employé, sur un mode classificatoire, pour désigner une femme, proche de la famille et de la même génération que la génitrice d'ego.

fallait faire. Petit à petit, elle m'a tout appris et puis, quand elle est devenue trop vieille, alors, là, j'ai commencé à faire le travail, à *ramasser les petits enfants* (pratiquer les accouchements). Alors quand une femme était *malade* (avait des contractions), son mari venait me chercher.

Jacinthe : - Moi, on venait me chercher en premier (avant d'aller chercher le médecin). Souvent, le travail était déjà commencé. Parfois, les femmes accouchaient dans leur lit, mais pas toujours. On mettait une alaise, un petit drap ou alors, on faisait un petit lit exprès avec des *gaulettes* (des branches), des *gonis* (sacs de toile de jute) que l'on cousait avec des *baleines parasol* (des baleines de parapluie). Pour aider la maman à accoucher, on lui donnait un bain chaud ou un bain tiède. C'était pour l'aider à relâcher, pour ouvrir. On prenait une serviette mouillée chaude, on la mettait sur le ventre.

Lucie : - Aussi, parfois, pour aider la femme à accoucher, on lui donnait un jus de citron. On disait que ça aidait les contractions à venir. Pour savoir si l'accouchement était proche, on touchait et on voyait si le col était ouvert à deux francs, cinq francs, dix francs¹. Moi au début, pour être certaine, j'avais les pièces dans ma sacoche, et puis après, quand j'ai commencé à avoir l'habitude, je n'en ai plus eu besoin. Le papa, bien entendu, il était là, parfois il regardait mais pas toujours. Il donnait un coup de main. Quand on avait besoin de lui, il était présent. Et parfois, quand l'accouchement se passait mal, il soulageait sa femme, la tenait, l'aidait. Parfois aussi, il fallait changer de position pour aider la femme à accoucher. »

Diverses positions étaient susceptibles d'être choisies pour l'accouchement. La femme pouvait être couchée dans son lit ou, comme le rapporte Jacinthe sur un petit lit bas spécialement fabriqué pour l'accouchement. Fréquemment, d'autres positions étaient privilégiées. Les matrones expliquent qu'il était essentiel que les femmes mettent leur enfant au monde dans la position la plus confortable possible. Le choix d'une posture n'était pas définitif et les matrones aidaient les

¹ En référence aux pièces de monnaie (francs CFA) alors en usage.

femmes à en changer, parfois plusieurs fois avant l'expulsion de l'enfant. L'accouchement pouvait s'effectuer en position horizontale ou semi-horizontale, dans le lit, la femme se maintenant en position semi horizontale grâce à des courroies passées sous le lit. Il pouvait intervenir également sur le côté, seule, debout en appui contre le mur ou en position horizontale soutenue par son mari. La position assise pouvait être choisie : la femme était alors en position assise sur un petit tabouret ou un petit banc, et elle était alors soutenue –souvent par son mari-. Enfin, l'expulsion du bébé pouvait intervenir alors que la femme était à quatre pattes ou accroupie.

Lucie ajoute :

« – Quand c'était difficile, on prenait de l'huile d'olive ou bien du savon pour faire glisser l'enfant. On utilisait de l'huile planiol¹ ».

Jacinthe raconte alors la responsabilité qui était celle des matrones et ce qui l'a décidée à apprendre à pratiquer les accouchements :

« Quand j'ai eu mes premiers enfants, il y avait une vieille matrone, une vieille dame, on l'appelait madame *Zariko*, je ne sais plus son vrai nom mais tout le monde l'appelait comme ça. Donc cette dame, je suis allée la voir et elle m'a dit d'envoyer mon mari quand j'aurais des contractions qu'elle viendrait s'occuper de moi. Quelques jours avant la date prévue pour l'accouchement, je sentais que le bébé ne descendait pas, je ne savais pas qu'il y en avait deux. Alors, mon mari est parti à pieds la chercher, de Saint-André jusqu'à Champ-Borne. Quand il est revenu avec elle, c'était déjà la nuit. Elle a dit :

– ça va être très difficile. A mon avis, votre épouse attend des jumeaux, ils ne sont pas bien placés et elle risque de mourir.

Là, elle est restée, elle a massé mon ventre, doucement, et puis huit jours après, les enfants sont nés et ils sont sortis comme il faut, bien droits... »

¹ Du nom de l'huile de la marque *James Planiol* qui fut la première huile d'olive importée dans l'île. Elle demeure, quand bien même les autres huiles d'olive ait les mêmes propriétés, la seule à être utilisée pour les préparations médicinales.

Aimée complète les propos de ses collègues :

« Parfois, les accouchements étaient vraiment difficiles. Il arrivait qu'un petit bras, ou une petite jambe dépasse, que l'enfant se présente vraiment mal. Il pouvait aussi se présenter par le siège. Alors, avec de l'huile d'olive, on arrangeait ça. On mettait de l'huile d'olive sur la vulve et dans le vagin de la femme. La manœuvre était risquée : il fallait redresser la tête, faire rentrer la petite main, replacer correctement l'enfant. Ensuite, l'accouchement se passait bien. Il y avait aussi des enfants qui venaient par le siège. Là aussi c'était embêtant. On devait permettre à l'enfant de se retourner. Il fallait masser le ventre de la mère, doucement, jusqu'à ce que l'enfant ait pris la bonne position ».

Aimée se souvient également que, dans certains cas, quand, pendant l'accouchement, les femmes avaient « mal aux reins » elle leur massait le bas du dos. Ces techniques obstétricales étaient souvent complétées par des prières. Les matrones faisaient des croix sur le ventre des femmes, elles priaient Sainte-Thérèse, Sainte-Vivienne, Sainte-Marguerite. Certaines prières étaient plus particulièrement récitées comme celles dédiées à la Sainte-Croix ou à Saint-Charlemagne. Ainsi l'Oraison à Saint-Charlemagne¹ précise :

« Quand une femme se trouve dans les douleurs de l'enfantement, qu'elle lise cette prière ou qu'elle l'entende lire, ou qu'elle la porte sur elle, elle se trouvera promptement délivrée et sera toujours tendre mère. Dès que l'enfant sera né, posez cette prière sur son côté droit, et il sera préservé de beaucoup de maux ».

En outre, de nombreuses femmes portaient des amulettes contenant des prières, diverses petites médailles, des cordons de Saint-Joseph². Néanmoins, il serait erroné de penser que les matrones ne s'en remettaient qu'à la religion dans les cas difficiles. Lucie rapporte les faits suivants :

¹ Prière destinée à favoriser l'accouchement qui a été véhiculée de maison jusqu'au début des années 1980.

² Petit cordon de coton, qui porte sept nœuds supposés repousser le mal. Ceux-ci sont toujours commandés par certaines femmes enceintes à Alès, chez les frères Spiritains.

« Je remontais à pieds de la ville et en rentrant chez maman, j'ai entendu, en passant près d'une *kaʒ* une femme qui priait et qui disait "Sainte-Thérèse ! Sainte-Thérèse !" et là, j'ai entendu la *fam-saj*¹ qui lui répondait "Arrête d'appeler Sainte-Thérèse ! Pousse ! Sainte-Thérèse, elle n'a pas accouché ! Elle n'a jamais enfanté ! " ».

A la phase d'expulsion du bébé succédait l'expulsion du placenta. Cette phase était crainte des matrones car elle était susceptible de provoquer des hémorragies. Elles craignaient notamment que le placenta ne sorte pas. Dans ce cas, précise Aimée, « parfois, il fallait mettre la main dedans pour faire sortir le *délivre*² ». Dans ce cas, il était important que les gestes effectués soient les plus doux possibles. Et Aimée précise qu'il fallait juste « Manier doucement, *émouvoir* le dedans ». Une fois le placenta évacué, il revenait au père de l'enterrer dans un endroit humide qui pouvait se trouver au pied d'un bananier, dans la *kour*³, sous un robinet d'eau, voire dans le lit d'une ravine ou près de la mer si l'accouchement avait eu lieu dans les Bas⁴. Il existait en effet pour les femmes un lien entre l'enfant qui venait de naître et le placenta, considéré comme son double symbolique. On pensait qu'il était possible (et c'est une des raisons pour lesquelles le placenta était enterré et soustrait à la vue de tous) de jeter un sort à un individu par le biais de son placenta. Ces représentations associées au placenta ont parfois conduit certains hommes politiques à justifier leur candidature politique dans certains cantons par leur naissance et par la présence, dans ce même canton, de leur *lonbri* (autre terme qui désigne le placenta en créole) qui y était enterré.

Le rôle des matrones ne s'achevait pas avec la délivrance de la mère. Elles étaient également responsables de la section du cordon, des premiers soins au bébé puis du suivi de la mère. Ce suivi pouvait, selon les cas, durer jusqu'à quarante jours, temps de repos traditionnel durant lequel celle qui venait de mettre son enfant au monde devait se

¹ Autre nom donné aux matrones, également parfois nommées *fam-saj maron*, sans doute en référence aux « femmes sages, jugées et expérimentées » inscrites sur les registres du XVIIIème siècle.

² Terme créole qui désigne le placenta.

³ Espace qui, dans *labitasyon* entoure la *kaʒ*.

⁴ Il est d'usage à La Réunion, de distinguer les Bas, la zone littorale, des Hauts, qui regroupent les pentes et les zones montagneuses du centre de l'île.

ménager. Elle devait également éviter les travaux pénibles, se garder de séjours prolongés dans une eau chaude qui aurait été susceptible, en ramollissant les chairs, d'empêcher la cicatrisation en cas de déchirure. Il lui fallait, enfin, permettre à son corps de récupérer de l'épreuve qu'il venait de vivre. Durant le post-partum, les matrones avaient recours à des techniques diverses : bandage du ventre de la mère, afin de permettre à l'utérus de reprendre sa place, massages du bas du dos en cas de douleurs lombaires, bains de siège dans des décoctions de plantes astringentes comme le plantain¹ ou les feuilles de tamarin².

Transmissions sociales

Outre leurs missions premières de suivi de la grossesse des femmes, d'actrices de la naissance et des premiers soins à assurer au nouveau-né, les matrones contribuaient à la diffusion de leurs savoirs auprès des jeunes femmes et des futures mères. Au sein de la famille, les savoirs autour de la procréation et de la naissance étaient tabous. Il était impensable d'en parler en public. Ils étaient donc transmis de génération en génération par les matrones dès lors qu'une grossesse était avérée. Les matrones apprenaient aux femmes les diverses prières destinées à les aider en un temps jugé dangereux (comme la prière à la Sainte-Croix, ou l'oraison à Saint-Charlemagne). Elles leurs donnaient des conseils durant la grossesse, lors du travail ou au moment de l'accouchement puis durant les suites de couches. Aux mères inexpérimentées ou ne pouvant bénéficier des conseils d'une aînée, elles transmettaient une partie de leur propre savoir thérapeutique et botanique. Elles expliquaient la manière de préparer les tisanes à prendre après l'accouchement, infusions de gingembre ou de safran vert pour *réchauffer*³ le corps, comme celles à administrer aux tout-petits afin de leur permettre d'évacuer le méconium contenu dans leurs intestins et d'échapper ainsi à la maladie connue sous le nom de *tanban*⁴. Enfin, les matrones enseignaient diverses techniques du corps comme le fa-

¹ *Plantago major*, (Plantaginaceae).

² *Tamarindus indicus*, (Caesalpinaceae).

³ A prendre ici au sens créole du terme, *réchauffer* signifiant rétablir l'équilibre thermique remis en cause par l'accouchement.

⁴ L'étiologie de cette maladie que-le-docteur-ne-connaît-pas et sa place dans la nosologie populaire sont développés dans Pourchez, 1999.

çonnage du nez du nouveau-né ainsi que les massages et élongations susceptibles d'être pratiqués sur le corps du bébé¹.

Le point de vue des praticiens

Un témoignage, fourni par une sage-femme, est particulièrement important. Il s'agit de celui de Reneta Grenoux qui, formée à la fin des années 1930, a accouché de très nombreuses femmes des années 1940 à 1970 dans l'est de l'île. Elle rapporte des cas de décès qui étaient systématiquement attribués aux matrones par les médias de l'époque, eux-mêmes généralement renseignés par les médecins : « A Commune Caron, trois femmes qui accouchaient avec des matrones étaient décédées ». Cette sage-femme nous dit :

« Un autre jour, à La Marine, il y avait une femme qui accouchait de son premier enfant avec une matrone. Elle était en travail depuis trois jours. Le quatrième jour la famille a fait appel à moi. Je rentre dans la maison, toute la famille était là. La femme était décédée et on voyait la tête de l'enfant. Peut-être que si j'étais arrivée un jour avant j'aurais pu emmener la femme à la maternité, peut-être que j'aurais pu la sauver de justesse... Peut-être... »

Les matrones étaient, en tout état de cause, les coupables idéales et il semble qu'il y ait eu, entre elles et les médecins, des divers conflits, de pouvoir notamment. Ceux-ci étaient représentatifs de cette époque et des bouleversements sanitaires qui étaient alors en cours. Les taux de mortalité maternelle et néonatale étaient importants et une meilleure prise en charge sanitaire de l'accouchement était certes nécessaire. Néanmoins, de nombreux médecins, nommés en tant que représentants tout-puissants du Progrès de la Science, venaient mener ce qu'ils considéraient comme une œuvre civilisatrice alors même que parfois, leur jeunesse et leur inexpérience étaient évidentes. A ce propos, Reneta Grenoux se rappelle de l'arrivée d'un médecin² :

¹ Ces diverses techniques du corps sont décrites, détaillées et analysées dans Pourchez, (2009).

² Pour des raisons de respect de sa personne et de sa famille, son nom ne sera pas cité dans cet article.

« Le docteur X. est arrivé en mars 1963. Il arrivait de France. Il connaissait bien la théorie, mais la pratique, il n’y connaissait rien. Tous le soirs, il m’appelait pour me demander conseil ».

D’autres médecins, même s’ils collaboraient avec les matrones, critiquaient parfois les techniques employées. Lucie, ancienne matrone se souvient du docteur Vaboïs qui officiait dans les années 1950 dans le sud de l’île :

« Le docteur Vaboïs, quand une matrone était avec lui et qu’elle demandait de l’huile d’olive, il disait – Ma fille, ne gâchez pas votre huile d’olive pour un accouchement ! Gardez la pour la salade ! »

Le docteur Torre qui a pratiqué de très nombreuses années dans le nord-est de l’île se souvient :

« Les accouchements à domicile, on n’était pas trop chauds... parce que tout le monde sait qu’il vaut mieux accoucher à l’hôpital, mais pour beaucoup de femmes, c’était vraiment important d’accoucher à la maison. Souvent c’était les matrones qui faisaient les accouchements mais parfois aussi on arrivait à temps. Le premier accouchement que j’ai fait à La Réunion, je me souviendrai toujours, c’était à La Bretagne. Quand je suis arrivé, la matrone était là, c’était presque fait. J’ai sorti un petit garçon et puis, en examinant bien la mère, j’ai vu quelque chose qui dépassait. J’en ai sorti un deuxième. Le papa était sur un nuage. Il était tellement content qu’il est allé à la boutique et il est revenu avec une bouteille de Black and White. Il a voulu à tout prix que je boive du whisky parce qu’il était content et fier d’avoir eu deux gosses d’un coup. Je me souviendrai toujours, c’était en 74 et un des deux garçons s’est appelé Valéry ».

D’autres reconnaissent plus largement le travail effectué et les compétences des matrones. Dans l’est de l’île, le docteur Beauté qui a pratiqué durant plus de quarante années à leurs côtés déclare :

« Les accouchements étaient légions, il m’est arrivé d’en faire cinquante-cinq en un mois ! »

Ce médecin Saint-Andréen se partageait les accouchements avec les matrones :

« Des femmes souvent très compétentes et formidables ! »¹

Dans le nord de l'île, de manière plus récente et jusqu'à la prise en charge systématique des naissances à la maternité, les médecins reconnaissent qu'ils arrivaient souvent après la naissance de l'enfant. Ainsi le docteur Léonard, qui pratique à La Réunion depuis 1974 nous dit :

« Ce qui se passait souvent, c'est qu'à l'époque, il n'y avait pas de téléphone. Alors, parfois le mari était parti depuis trois, quatre heures. Il n'y avait pas de route non plus. Souvent on était obligé de faire trois quatre kilomètres de marche à pieds même par temps de cyclone. Ce qui arrivait régulièrement, quand on arrivait sur place, c'est que le bébé était déjà né. Alors il nous restait juste la délivrance à faire, faire les soins du nourrisson, les soins du cordon, examiner la maman...c'est ce qui se passait dans environ 80% des cas... »

Techniques obstétricales

Les matrones semblent, pour la plupart d'entre elles, avoir eu certaines compétences obstétricales. Les témoignages tendent à montrer que ces compétences étaient déterminantes pour la réputation d'une personne : une matrone que la rumeur publique désignait comme incapable n'exerçait que peu de temps par manque de sollicitations. Les descriptions faites par les matrones attestent d'un suivi tant prénatal (palpation, examen, toucher, administration de tisanes, conseils prophylactiques) que post-natal (suivi des suites de couches, bains cicatrisants, soins au nouveau-né), d'une grande disponibilité et d'une grande conscience professionnelle. De plus, les récits d'accouchements mettent en évidence la connaissance de diverses techniques obstétricales particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Ces techniques n'étaient pas employées « au feeling » mais dans des contextes précis et à la suite d'un long apprentissage. Les matrones savaient en effet faire rentrer le bébé dans le corps de sa mère en cas de mauvaise présentation. Elles connaissaient également diverses techniques destinées à re-

¹ Interview d'Hervé Schultz, *Le quotidien de la santé*, 13 04 93, p.15.

tourner l'enfant *in utero* et à le placer en bonne position dans le bassin de sa mère. Ces deux techniques, connues de la biomédecine, sont respectivement nommées version par manœuvre externe et version par manœuvre interne.

Initialement décrite par Soranos d'Éphèse au II^{ème} siècle de notre ère, puis « réinventée » à l'époque de la Renaissance par Ambroise Paré, la version par manœuvre interne a été fréquemment employée en obstétrique jusqu'au XX^{ème} siècle avant de voir ses indications se restreindre à des cas bien spécifiques. En Europe, elle est toujours enseignée et pratiquée en obstétrique (Quereux, 1993 : 542) notamment dans les cas dans lesquels une césarienne s'avère impossible. Elle est envisagée quand un enfant se présente, comme dans le témoignage d'Aimée rapporté plus haut, en position transverse et nécessite, ainsi que le précise le même auteur¹ une grande maîtrise de l'art des accouchements en raison du risque élevé de décès de l'enfant. Cette technique faisait partie, disent les matrones, des actes difficiles auxquels la novice, qui accompagnait la matrone, n'avait accès qu'après un long apprentissage fait d'observations multiples puis d'interventions dont la difficulté allait croissant jusqu'à ce que la nouvelle matrone devienne autonome.

Une autre technique apparaît également, essentiellement utilisée, disent les femmes interrogées, quand lors de l'examen, elles décelaient une mauvaise présentation de l'enfant, notamment une présentation par le siège. Il s'agissait alors d'agir sur le fœtus afin de l'amener à se retourner et à se placer correctement. Les gestes employés devaient être extrêmement doux et lents afin de ne pas occasionner de souffrance fœtale.

Cette manœuvre est enseignée et pratiquée en milieu biomédicale, elle est nommée version par manœuvre externe (Chabert, 1993 : 406). En Europe, elle a été vulgarisée par le célèbre médecin Auguste Pinard à la fin du XIX^{ème} siècle puis « redécouverte » et améliorée par Frans Veldman à la fin des années 70 dans le cadre de l'haptonomie².

¹ Quereux, 1993, op.cit : 548.

² Littéralement la « science du toucher », « science de l'affectivité et du contact psychotactyle selon Veldman (1992) destinée à permettre une communication mère-enfant. Plusieurs exemples de manipulations externes effectuées par Veldman figurent dans la célèbre série documentaire *Le bébé est une personne* diffusée dans les années 80.

Enfin, les massages auxquels Aimée fait référence dans son témoignage sont toujours couramment enseignés dans les écoles de sages-femmes et pratiqués de nos jours par les sages-femmes diplômées durant la phase de travail qui précède la naissance : ces massages des reins (plus précisément des lombaires) de la parturiente sont notamment nécessaires en cas de positionnement à droite du dos du fœtus et, quand ce type de positionnement est présent, durant la rotation du bébé qui s'effectue pendant le travail. En effet, la pression effectuée par le fœtus sur les lombaires de la mère provoque de vives douleurs susceptibles d'être soulagées par des massages ¹.

Se pose alors la question de l'origine des connaissances des femmes. En effet, les matrones étaient essentiellement des femmes issues de milieux défavorisés, illettrées, et il est fort peu probable qu'elles aient eu accès à des techniques qui, au début du siècle, étaient réservées à une élite médicale. De plus, pour la version par manœuvre externe, les dates ne concordent pas, les matrones ayant, alors qu'elles sont âgées de plus de 90 ans, appris cette manœuvre avec d'autres matrones qui étaient elles-mêmes très âgées et n'avaient eu aucun contact avec la biomédecine. En effet, cette technique a été vulgarisée en Europe à la fin du XIX^{ème} siècle et il semble donc qu'elle ait été présente chez les matrones réunionnaises de manière antérieure à cette période. Deux hypothèses sont alors envisageables : soit, ces techniques étaient initialement présentes dans les aires culturelles d'origine des premières réunionnaises (à Madagascar, en Afrique de l'est ou en Inde). Cette hypothèse est hautement probable mais malheureusement invérifiable en raison de l'absence de travaux consacrés à ce sujet. Ces savoirs auraient dans ce cas, été amenées par les femmes et ils se seraient transmis, par apprentissage (observation et guidance dans les acquisitions de techniques obstétricales, comme en témoignent les anciennes matrones), de femme à femme et de génération en génération ².

En tout état de cause ces données constituent la preuve d'une certaine compétence de celles qui ont, durant des décennies et selon l'expression créole consacrée, *ramassé les petits enfants* (mis les enfants au

¹ Je tiens à remercier, pour ces précisions, Marie-Noëlle Gimenez et Ana Sammartano, monitrices à l'école de sages-femmes de Saint-Denis de La Réunion.

² Il en est de même pour d'autres savoirs propres aux femmes de l'océan indien. Lire à ce sujet, Pourchez (A paraître).

monde), l'emploi du terme ramasser faisant ici référence aux positions qui étaient adoptées par les parturientes.

Déni et accusations : Les matrones et la presse

Malgré la réalité de leurs compétences, les matrones dérangent. Dans un contexte colonial où tout ce qui vient d'Europe est tout puissant, elles font les frais des représentations biomédicales associées à « l'œuvre civilisatrice ». En effet, certains professionnels de la biomédecine ne conçoivent pas que des descendantes d'esclaves illettrées, non formées par la médecine occidentale puissent posséder un savoir. En outre, les matrones sont discréditées en raison de l'évolution particulièrement rapide du contexte sanitaire et social de l'île. Ces bouleversements ont pour conséquence une valorisation des représentations majoritairement présentes chez les personnes formées à la médecine occidentale moderne et la négation de tout ce qui peut être traditionnel au profit du « Progrès de la Science ».

Aussi, en continuité des attaques proférées depuis le XVIII^{ème} siècle, mais coïncidant aussi, car elles font concurrence aux sages-femmes diplômées, avec la création de l'école de sages-femmes de Saint-Denis en 1904, diverses campagnes de presse vont se déchaîner contre les matrones. Ces agressions sont relayées par de nombreux professionnels de la santé qui insistent à l'époque sur l'ignorance des femmes, leur manque d'hygiène supposé. Dans les médias, les matrones sont accusées d'assassiner les femmes, voire de pratiquer la sorcellerie. Le ton de l'article, « Toujours les matrones », publié en 1914 dans le *Nouveau journal de l'île* est révélateur :

« En vain on aura créé une maternité, en vain on aura formé des sages-femmes expérimentées, le dernier mot sera toujours aux matrones qui continueront leur œuvre mauvaise tant que la justice n'interviendra pas de façon énergique. Il faut, malgré elles, protéger les filles-mères, leur faire comprendre qu'il ne s'agit pas pour elles de cacher plus ou moins la faute commise et d'en arriver à un accouchement clandestin, mais bien de sauvegarder leur propre existence et celle de leurs enfants... »

Nous pouvons noter ici, outre la violente critique faite des matrones elles-mêmes, l'extrême dévalorisation des personnes faisant appel à elles : celles-ci ne peuvent être que des « filles-mères », presque des personnes de mauvaise vie, ayant fauté.

Les accusations continueront durant tout le XX^{ème} siècle voire au-delà. Un article intitulé « sortilèges », publié en 1932 dans le journal *Le Peuple* en témoigne :

« Nous nous trouvons en face d'un mal très grave, puisqu'il s'agit de dénoncer à chaque fois que l'occasion s'en présente, car il compromet l'avenir intellectuel, physique, et la fécondité de la race. Les matrones, rebouteux, traiteurs, guérisseurs etc. sont une plaie dans nos campagnes. Ils exercent leurs ravages sur tous les malades, femmes en couche, enfants, qui vivent dans des localités trop éloignées du rayon d'action d'un hôpital ou d'un médecin. Et c'est certainement à eux, dans une grande proportion, que sont due la mortalité infantile élevée de certaines agglomérations pauvres et les suites de couches multipliées dont souffrent tant de mères de famille de notre population. »

Les matrones sont ici directement mises en cause, leur savoir est dévalorisé et elles sont jugées responsables de maux tels que le taux élevé de mortalité infantile (lié en partie à cette époque à un taux extrêmement important d'enfants poly parasités) ou de morts par suites de couches. Sur ce dernier point, il n'existe pas de chiffres confirmant ou infirmant le phénomène, mais les multiples témoignages recueillis tendant à le minimiser.

Dans les années 1990, quand, les matrones étant supposées avoir disparues, les savoirs et pratiques traditionnels sont l'objet de raillerie dans certains journaux (*Le Quotidien*, 23/2/1997 : 13).

« Pas de bains pendant 40 jours. Disparus ou pas, ces mythes qui font sourire la médecine ont au moins un petit côté poétique voire surréaliste (...) et que penser, sous les tropiques, de l'interdiction de prendre un bain à cause du fameux "refroidissement" des jeunes accouchées qui donnait des douleurs au dos et aux jambes (...) » .

L'auteur de cet article, met ici en évidence sa totale ignorance des logiques des usages traditionnels mobilisés autour de l'accouchement. Il poursuit sur un ton ironique :

« Heureusement, il y avait des solutions comme boire de la tisane de racine raquette, sorte de cactus des bois ¹ (...) » avant de conclure «difficile de dire zut à une grand-mère qui vous em.. avec ses conseils de vieille femme, difficile de refuser les tisanes offertes par belle-maman tout sourire (..) fatiguée de trop d'infos et d'intox, appliquez les merveilleux remède qui tient en quatre mots de Sacha Guitry "N'écoutez pas Mesdames !" »

Ces préjugés ne sont pas rapportés dans la presse uniquement. Ainsi, l'historien réunionnais Prosper Eve n'hésite t-il pas à écrire récemment, dans un article publié à l'occasion du centenaire de l'école de sages-femmes :

« Faute d'une fille aînée de quatorze ou quinze ans, même d'un mari plus ou moins adroit pour recevoir le nouveau-né, elles ont recours à des femmes formées sur le tas (...) ».

Puis, faisant référence aux matrones, il ajoute :

« Pour écarter la pire des perspectives, comme elles sont conscientes des limites de leur compétence, elles s'en remettent entre les mains de Dieu. Aussi finissent-elles par attribuer leur capacité à exercer cet art à un don divin. Elles se mettent au même rang que les faiseurs de tisanes contre les fièvres, les maux d'estomac, l'asthme, que les faiseurs de passe contre les foulures, les entorses, les verrues, les maux de reins, les torticolis, les dartsres. Quand elles initient à cette pratique leur fille, elles considèrent qu'elles leur transmettent un don. » (2006 : 5)

¹ Cette utilisation, de plante médicinale, bien que présentée sur un mode qui la relèguerait au rang de superstition s'avère véridique : la raquette, *Hylocereus undatus* (Haw.) Britt et Rose, (Cactaceae) est également connue et utilisée à Maurice sous le nom de « Raquette de France » (Gurib-Fakim et Guého, 1995 : 313). Les racines en décoction sont cholagogues (facilitent l'évacuation de la bile) par voie orale. A La Réunion, elles sont, chez les femmes enceintes, utilisées contre l'albumine dans les urines, pour aider la digestion et également afin de lutter contre les œdèmes.

Ce texte prête parfois à sourire quand l'auteur, après avoir montré son peu de connaissance des positions d'accouchement traditionnellement choisies par les femmes, confond la chaise trouée (chaise en bois, ancrée des toilettes, sous laquelle était fixée une cuvette ou un pot de chambre) et la chaise d'accouchement qui, bien que présente en Europe, n'a pas été utilisée à La Réunion sauf, peut-être et encore que nous n'en ayons pas trouvé trace, chez certaines familles fortunées

«Trois méthodes sont employées : pour les cas normaux, allongée sur le lit ou assise sur un petit banc le buste renversé et maintenu appuyé contre le mûr [*Sic*] par une tierce personne, en cas de difficultés, sur une chaise trouée » (2006 : 6).

Ainsi, le savoir des matrones réunionnaises a souvent été contesté, essentiellement par des représentants de la biomédecine et des médias pas toujours au fait de l'efficacité de certaines de leurs pratiques dans un contexte historique et social où de nombreuses femmes n'avaient aucune autre forme d'accès aux soins obstétricaux. Depuis la mise en place de services de soins dans une maternité, il semble nécessaire de s'interroger sur le devenir du savoir des matrones alors que leur pratique d'accouchement à domicile a disparu.

Du devenir des matrones : Dix années de suivi d'une maternité

L'enquête

En 1996 a débuté une enquête de terrain qui se poursuit toujours et consiste en une extension de mes premières recherches consacrées à la grossesse, la naissance et la petite enfance à La Réunion¹. Il s'agit du relevé et du suivi des représentations et des conduites tant des femmes, futures mères et mères, que du personnel médical en poste, sages-femmes, puéricultrices, infirmières et médecins en milieu hospitalier. Cette enquête est menée à la Clinique de Sainte-Clotilde, maternité de niveau II située dans le nord de l'île².

¹ Voir Pourchez, 2002.

² Je tiens à remercier ici, pour leur participation, l'ensemble du personnel de la maternité de Sainte-Clotilde, particulièrement Marie-Pierre Lagarde ainsi que les docteurs Turquet et Kah.

En premier lieu, Il s'agit, d'identifier les représentations et les usages des accouchées en milieu hospitalier et de confronter ces données à celle obtenues, avec les mêmes interlocutrices, en milieu familial. Cette enquête vise à documenter certains effets du pouvoir biomédical sur les pratiques populaires autour de l'accouchement. Elle permet également d'approcher certaines questions relatives aux transmissions sociales et intergénérationnelles des traditions liées à la naissance. Ces techniques étaient transmises par les matrones, durant le suivi de la grossesse puis au moment de la naissance des enfants. Aujourd'hui, ces savoirs sont transmis de mère à fille, de grand-mère à petite-fille ou de belle-mère à bru, en raison de la disparition des pratiques des matrones depuis le début des années 1980.

En second lieu, l'enquête menée avec le personnel médical consiste en divers entretiens, observation des conduites, des relevés des interactions et du discours produit quand les mères sont présentes, lors des toilettes des nouveau-nés, lors des visites dans les chambres ou durant des conversations informelles (conseils, prescriptions et proscriptions). Elle vise à évaluer les connaissances traditionnelles connues des professionnels de la biomédecine, à analyser les représentations qu'ils en ont, à mesurer l'écart existant entre les pratiques des mères et les recommandations fournies en milieu médical, à examiner, quand elle existe, la manière dont se met en place la négociation entre savoirs traditionnels et savoirs biomédicaux. Alors même que les matrones ont disparu, cette enquête permet d'évaluer dans quelle mesure certains de leurs savoirs persistent et commencent à être reconnus.

Les données recueillies permettent de distinguer trois périodes correspondant à trois types de comportements des mères et du personnel soignant : une première période, de 1996 à 1999 correspond aux premiers entretiens menés en milieu hospitalier. Elle reflète une absence de communication entre deux mondes distincts. Une seconde phase qui se situerait de 1999 à 2002, serait le temps des questionnements du personnel soignant et du début des transformations tant dans les conduites de soignants que dans la communication avec les mères. Enfin, un troisième stade débiterait en 2002 pour se poursuivre en 2007. Il constitue le temps de la reconnaissance et de la négociation.

En 1996, les premières données recueillies en maternité montrent la présence de deux mondes distincts qui ne communiquent pas : d'un côté celui des mères, des grand-mères, de la famille et des traditions¹ réunionnaises, de l'autre, celui de la biomédecine et de ses professionnels. Du côté des mères, accoucher à la maternité est à la fois souhaité et craint. Les mères souhaitent que leur enfant vienne au monde à la maternité car le discours hygiéniste des années 1970 à 1980 a porté ses fruits : nombreuses sont celles qui disent préférer accoucher à la maternité pour des raisons de sécurité et qui, même très jeunes, reproduisent fidèlement le discours qui était celui produit par l'institution médicale quelques décennies auparavant : saleté des matrones, risques pour l'enfant et pour la mère, remise en cause, au moins, dans un premier temps et face à une enquêtrice encore inconnue², de certains usages qui leur ont été transmis par leur mère, belle-mère ou grand-mère.

Cependant, paradoxalement, certaines mères craignent d'accoucher en milieu hospitalier. Le monde de la biomédecine est en effet reconnu et vécu comme fondamentalement différent de celui des traditions réunionnaises : les mères savent qu'à la maternité, il y a des choses que le « docteur ne comprend pas », « ne connaît pas », qu'on ne peut lui dire sous peine d'être jugée ou considérée comme une « arriérée » ou une « ignorante ». Et malgré leur disparition, les matrones sont virtuellement bien présentes. Les discours des femmes laissent apparaître (ou réapparaître) nombre de conseils qui étaient jadis fournis par les *fam-saj*³.

Une grande part des conduites familiales présentes à la maternité s'effectue de manière cachée, hors de la présence du personnel soignant et est dissimulée sous une attitude de surface de soumission et de passivité absolue face au personnel soignant. Pendant le travail, du jus de

¹ Même si, comme nous le verrons plus loin, il s'agit de traditions "inventées" ou reconstruites à partir du savoir des matrones et des aînées.

² Concernant le statut de l'enquêtrice et l'influence de sa propre personne sur les données recueillies dans sa propre société, lire, Pouchez Laurence ; "Pour une anthropologie durable", à paraître, Paris : Karthala.

³ Terme créole qui désigne les matrones.

citron ou des tisanes sont discrètement absorbées. Ces préparations sont destinées à accélérer et à augmenter l'intensité des contractions. Après la naissance du bébé, les tisanes destinées à éliminer le méconium sont tout aussi discrètement amenées à la maternité par les grands-mères dans de petits biberons parfois cachés dans les paniers et dont le contenu est administré à l'enfant en l'absence du personnel soignant. Lors des toilettes, des mères de famille, même expérimentées, se laissent guider, reprendre et souvent admonester par les puéricultrices quand leurs gestes sont trop éloignés de ceux conseillés par la norme comportementale biomédicale.

Dans les chambres, un jeu de rôle s'installe entre le personnel médical qui veille à ce que les pièces soient bien ventilées et les bébés peu couverts, et les mères qui craignent, pour leur enfant, le froid, le vent et la lumière trop vive : les infirmières ou puéricultrices entrent dans la chambre, ouvrent les fenêtres, découvrent les bébés....alors que les mères s'empressent aussitôt la porte de la chambre refermée, de couvrir l'enfant, de fermer la fenêtre et de tirer les rideaux.

Du côté du personnel médical, le discours hygiéniste domine et rares sont les professionnelles de la médecine, sages-femmes, infirmières et puéricultrices (à cette époque, il n'y a pas encore d'hommes dans les maternités) qui, même réunionnaises d'origine, parce qu'elles ont été formées à l'école de la biomédecine, reconnaissent une quelconque légitimité aux savoirs féminins. Pour elles, bon nombre de mères sont ignorantes, superstitieuses, sales, voire dangereuses pour leur enfant. La légende selon laquelle les matrones recommandaient jadis aux femmes de ne pas se laver durant 40 jours a la vie dure (ce qui est rigoureusement inexact, comme nous l'avons vu précédemment). Pour les professionnelles de la biomédecine, il convient donc de mener une œuvre civilisatrice en montrant à ces mères comment tenir leur enfant, comment le coucher, comment le laver et toute conduite s'éloignant des normes de puériculture est jugée et condamnée¹. Il est alors possible d'observer des scènes assez surréalistes durant lesquelles des mères de familles nombreuses, venues mettre au monde leur quatrième ou leur cinquième enfant, sont traitées comme les élèves inex-

¹ Il ne s'agit en aucun cas ici de critiquer le travail qui était à l'époque effectué par le personnel en poste. L'attitude qui était alors celle du personnel soignant, qui remplissait sa mission avec beaucoup de conscience professionnelle n'était que le reflet des consignes fournies et du discours biomédical alors dominant dans l'île.

périmentées d'un cours de puériculture magistral comportant phase théorique, travaux pratiques et notation finale de l'élève.

1999-2002 : questionnements et premiers changements

Les entretiens et observations menées de 1999 à 2002 laissent apparaître un questionnement du personnel médical sur sa propre pratique, une modification dans la manière de percevoir les conduites culturelles des mères. Les causes de ces modifications sont diverses et résultent de la conjonction de plusieurs facteurs. Il a tout d'abord l'intérêt de certains professionnels réunionnais de la biomédecine pour les cultures autres et la manière dont il est possible, dans d'autres contextes, de vivre et de penser la venue au monde d'un enfant. Par ailleurs, les premières formations menées à La Réunion par d'éminentes professionnelles de la santé particulièrement sensibilisées à l'approche anthropologique comme Danielle Rapoport¹, Marie Thirion² ou Bernadette de Gasquet³ ont eu un impact important. A ces formations est venue s'ajouter la tenue d'un colloque sur l'état de l'anthropologie médicale dans l'océan indien en 1999 à l'université de La Réunion⁴. Diverses formations en sciences humaines sont dispensées à l'école de puéricultrices de La Réunion et à l'école de sages-femmes. Ces divers facteurs ont été complétés par la diffusion puis par la rediffusion, sur RFO, du documentaire intitulé *La femme-qui-aide et la matrone*, reportage qui retrace la vie et la pratique de deux femmes, l'une ayant aidé lors des accouchements⁵ alors que l'autre a été, durant plusieurs décennies, celle qui, dans les Hauts de Sainte-Marie *ramassait les petits enfants* (les mettait au monde).

¹ Pionnière en ce domaine, Danielle Rapoport effectue notamment le lien entre culture et bien-être (voir Danielle Rapoport et Bernard Golse, 2006).

² L'approche de Marie Thirion a été déterminante dans le cadre des formations conduites sur l'allaitement maternel (voir Thirion, 2004).

³ Bernadette de Gasquet s'intéresse particulièrement aux apports susceptibles d'être fournis, par les cultures non occidentales, à l'obstétrique biomédicale, (voir De Gasquet et al., 2005).

⁴ Publié en 2001 sous la direction de Jean Benoist.

⁵ Dans la société réunionnaise et jusqu'aux années 70, la femme-qui-aide était quel'un d'important : c'est elle qui secondait la matrone ou le médecin lors des accouchements et qui, lors des décès, s'occupait de la toilette mortuaire du défunt. Elle était, dans le village, choisie en fonction de son âge (elle devait être âgée), de ses qualités humaines et morales.

Pour la première fois, les discours et les comportements changent : le personnel médical s'il ne reconnaît pas totalement le bien-fondé des conduites traditionnelles qui sont encore souvent jugées rétrogrades voire obscurantistes, semble y être à présent sensibilisé ; les toilettes des bébés ne se font plus à la chaîne dans une salle prévue à cet effet mais dans les chambres, les puéricultrices laissent les mères faire, à leur guise, la toilette de leur enfant avant de leur proposer leur aide, certaines commencent à se renseigner sur les conduites traditionnelles, à les noter et sont en demande d'explication des phénomènes observés. Néanmoins, le comportement des mères, lui, varie peu : si quelques mères se sentent reconnues et considèrent ce nouvel intérêt comme une réelle avancée, la majorité des mères interrogées demeurent sceptiques voire soupçonneuses quant aux réelles motivations des professionnelles de la santé. Les jeux de rôle, les conduites cachées se poursuivent au sein de la maternité.

2002-2006 : communication, négociation et bien-traitance

La troisième période est avant tout celle de la communication. Cette communication qui s'installe repose en premier lieu sur la reconnaissance des conduites culturelles traditionnelles. Elle vise au bien-être, à la bien-traitance, tant, de la mère, du père que du nouveau-né. En effet, depuis 2002, les choses changent. Diverses formations ont permis au personnel soignant de se familiariser avec les conduites des mères, de mieux comprendre et d'admettre des usages qui, quelques années auparavant auraient été jugés et interdits. Une communication s'engage entre les mères et le personnel soignant. La négociation apparaît. Il ne s'agit plus de juger mais de comprendre, il n'est plus question de prescriptions mais de propositions qui peuvent être discutées, négociées. Le rapport médical à la mère, au père et à leur culture, à l'enfant et à son bien-être se transforment. Certes, tout n'est pas parfait et bien des choses, sans doute, sont encore à poursuivre et à améliorer, mais comme le dit une mère lors d'un entretien : « Maintenant, on peut en parler ». Les savoirs traditionnels des matrones, après avoir été jugés, dévalorisés, niés, et alors même que, pour la plupart d'entre elles, elles sont décédées, entrent à la maternité, transmis par les femmes qu'elles ont jadis accouchées et qui deviennent elles-mêmes grands-mères.

Les mères, informées par le personnel médical, par les médias, par les ouvrages qui circulent dans la maternité ou qui leur sont conseillés, se questionnent, interrogent leur propre culture, la culture biomédicale. Alors que, quelques années auparavant, leurs aînées n'avaient le choix qu'entre un abandon des pratiques culturelles ou un vécu qui se construisait sur le mode de la résistance, les femmes peuvent à présent expliquer leur culture au personnel soignant, choisir ou non d'adapter leurs pratiques.

L'abandon des conduites traditionnelles était, du reste, le plus souvent temporaire car les pratiques réapparaissaient dès le retour à la maison. Cependant, certaines femmes, souhaitant s'adapter à ce qui leur semblait le mieux pour leur bébé, reniaient purement et simplement ce qui leur avait été transmis au sein de la famille ou de manière sociale (par les anciennes matrones notamment, dont certaines étaient encore vivantes dans les années 90), quitte pour certaines, à le regretter ensuite et à vivre la naissance de leur enfant sur le mode du renoncement, avec le sentiment, non de vivre un instant important, mais au contraire de devoir abandonner une partie de soi.

Jadis, les techniques du corps étaient parfois rudes pour les tout-petits, s'adaptant en cela au contexte épidémiologique de l'île, au taux élevé de mortalité infantile et à son influence sur les comportements des mères pour qui la survie de l'enfant était la priorité absolue. Par exemple, des massages dynamiques, supposés favoriser l'apprentissage précoce de la marche étaient souvent effectués puisque pour de nombreuses mères, un enfant qui atteignait l'âge de la marche avait de nombreuses chances de survie. Aujourd'hui, les massages des bébés se font plus doux. Les purges et les traitements post-nataux destinés à évacuer le méconium sont toujours pratiqués, sur un mode parfois très revendicatif et identitaire¹. Cependant, les dosages se modifient, transformations justifiées par les mères et les grands-mères par une adaptation à un nouveau contexte dans lequel l'enfant court moins de risques qu'auparavant. Il n'y a pas déculturation mais adaptation. Les objectifs demeurent (faire le nez droit, aider l'enfant à marcher), mais ils évoluent et les moyens employés se transforment. Les conduites traditionnelles changent sans être remises en cause. Les mères se sentent acceptées, reconnues, écoutées.

¹ Lire, à ce sujet, Pourchez (2009).

Le personnel soignant, quant à lui, semble davantage à l'écoute, plus respectueux, même si, parfois, quelques jugements hâtifs tendent à stigmatiser les mères quand apparaît une pratique culturelle inconnue (comme par exemple, certains massages très dynamiques conduits sur le mode africain), ce type de réaction montrant toute l'importance tant, de la communication, que celle de la poursuite du travail de formation du personnel.

Les savoirs des matrones à l'école de sages-femmes

Parallèlement au travail de terrain entamé à la maternité de Sainte-Clotilde, une formation a été organisée en 2000 à l'école de sages-femmes, touchant les élèves des tous les niveaux, de la première à la quatrième année. Cette formation, qui a depuis lors, été reconduite chaque année, répondait à la demande exprimée par plusieurs sages femmes¹ soucieuses de mieux comprendre leurs patientes : elles jugeaient en effet qu'une telle approche était importante dans le cursus de celles et ceux qui allaient être amenés à exercer leur profession, tant à La Réunion, qu'en France ou dans les pays de la zone océan indien.

Les savoirs des matrones ont alors fait leur entrée dans le cadre institutionnel de l'école de sages-femmes au travers de témoignages vidéos, de bandes audio enregistrées, de documents visuels divers. Il a malheureusement été impossible, jusqu'à présent, de faire intervenir, comme je le souhaiterais une ancienne matrone : en 2000 déjà, très peu étaient encore en vie et celles qui l'étaient, si elles demeuraient tout à fait désireuses de transmettre leur savoir, craignaient d'entrer dans l'institution elle-même. Ne parlant pas français, elles se jugeaient ignorantes, et cette non maîtrise de la langue française constituait, à leurs yeux, un obstacle à toute intervention dans un milieu aussi prestigieux que pouvait l'être, pour elles, une école de sages-femmes localisée, qui plus est, au sein d'un complexe hospitalier.

Du point de vue des élèves, la surprise était de taille. Ces étudiants (les sages-femmes sont également hommes depuis 1982 et chaque nou-

¹ Je tiens à remercier, pour l'intérêt qu'elles portent, depuis plusieurs années, à mes recherches, Melle Aurore Delgard, directrice de l'école de sages-femmes de Saint-Denis, Mmes Sammartano, Gimenez, Barbe et Lauret.

velle promotion comprend quelques jeunes hommes), même réunionnais, ne s'attendaient pas à ce qu'un cursus, traditionnellement strictement biomédical, reconnaisse des savoirs issus d'une culture autre que celle biomédicale, transmise au sein de l'institution. Paradoxalement, pour certains étudiants, il s'agissait de leur faire accepter et prendre en compte une culture autre qui était néanmoins également leur propre culture. En outre, leur jeune âge (un élève entre à l'école de sages-femmes à environ dix-neuf ans) justifiait leur méconnaissance des données culturelles qui leur étaient fournies. En effet, en raison des nombreux tabous qui entourent la sexualité dans la société réunionnaise, et hors des transmissions horizontales entre pairs, groupes d'amies ou de cousines, les savoirs associés à la naissance ne se transmettent généralement entre femmes qu'au moment de la première grossesse, voire juste avant la naissance de l'enfant. Ces savoirs étaient jadis transmis aux seules mères par les matrones ou par les mères et les grands-mères qui avaient elles-mêmes vécus plusieurs accouchements.

La formation est poursuivie et approfondie chaque année du cursus. Elle fait à présent partie intégrante des enseignements de l'école de sages-femmes au même titre que l'obstétrique ou la physiologie et comprend une large initiation à l'ethnologie, à l'anthropologie de la fécondité, à son application dans différentes aires culturelles, un large volet étant consacré aux conduites réunionnaises et aux savoirs des matrones.

Les représentations des étudiants ont évolué d'année en année, leurs savoirs se sont complétés et chaque retour de stage est souvent l'objet d'un questionnement, d'une recherche qui se poursuit, hors de l'école, au sein de la famille, auprès des proches et des parturientes rencontrées. Les savoirs des matrones sont à présent sont seulement reconnus, mais aussi enseignés aux futures sages-femmes qui les prennent en compte dans leur pratique professionnelle. Ils ont ainsi un autre regard sur les conduites des parturientes et sont, dans certains cas en mesure d'accompagner les familles. Une femme peut demander à accoucher sur le côté. Il est aussi possible de savoir si le bébé naît porteur d'une circulaire du cordon. La présence d'une circulaire du cordon doit en effet nécessiter la conduite d'un rituel conjuratoire. Les sages-femmes acceptent également que les femmes gardent avec elles

les petites amulettes traditionnelles destinées à favoriser le bon déroulement de l'accouchement ¹.

Réappropriation, identité et création culturelle

Dans le domaine des connaissances féminines plus que dans tout autre domaine de la culture réunionnaise, l'acculturation a été violente et l'on aurait pu s'attendre à la disparition totale des savoirs et techniques des femmes autour de la naissance. Cependant, loin de disparaître, les savoirs des matrones se sont perpétués. Ils se sont transmis de manière souterraine et silencieuse d'abord, puis depuis une dizaine d'années, sur un mode qui se veut plus revendicatif, porteurs d'une identité féminine réunionnaise qui cherche à s'affirmer. Les femmes adaptent certaines traditions réunionnaises à un nouveau contexte, ici fourni par la biomédecine, quitte parfois à en inventer (ou à en réinventer d'autres), à aller les chercher en Afrique ou à Madagascar, alors même qu'elles étaient déjà présentes mais quelque peu oubliées à La Réunion.

Les données collectées ces dernières années montrent que le recours aux aînées, loin de disparaître, semble au contraire se faire plus fréquent après le premier enfant. Il semble en effet qu'à la naissance de leur premier enfant, les femmes prennent conscience de la présence du patrimoine culturel des femmes de La Réunion, reconnaissent l'utilité de certains savoirs anciens dans des situations bien précises telles que celles liées à la naissance et à la petite enfance. Cette reconnaissance est aussi la conséquence du début d'intérêt des médias et des professionnels de la médecine pour les conduites thérapeutiques traditionnelles et l'utilisation des simples. Un intérêt croissant se manifeste en effet à l'égard des végétaux et de leurs usages, intérêt qui se traduit par une visibilité voire une revendication de plus en plus grande de conduites qui étaient, quelques années plus tôt, toujours en usage mais cachées et relevaient de la sphère strictement féminine et domestique.

¹ Cette expérience de restitution des savoirs des matrones a été à l'origine de diverses collaborations, notamment avec le docteur Bernadette de Gasquet qui propose une prise en charge des parturientes qui tienne compte tant de leur corps que de leur culture. Voir, à ce sujet, De Gasquet, Codaccioni, Roux-Sitruk, Pourchez, D'Olier, 2005.

L'aspect dynamique des processus à l'œuvre, de réappropriation, de création culturelle sont aussi des caractéristiques de la créolisation, phénomène spécifique qui se développe dans des contextes et des sociétés marquées par la complexité des interactions et des influences à l'œuvre (Hannerz, 1992). Les travaux de Hobsbawn et Ranger (1986) ont en outre montré le lien entre invention ou réinvention de la tradition, continuité et innovation culturelle et renforcement des identités.

Les dernières matrones de l'île, toutes très âgées, disparaissent au moment où leur contribution tant aux savoirs des femmes qu'à la culture créole elle-même commence à être reconnue. Alors qu'elles sont souvent reléguées au rang de personnages folkloriques, (quand elles sont reconnues, ce qui n'est pas toujours le cas par certains universitaires ou professionnels de la médecine), jamais leurs connaissances n'ont été autant présentes, transmises, même si certains usages demeurent encore cachés. Par la transmission de leurs savoirs, le lien qui s'est établi entre les matrones, les grands-mères et les mères, elles se situent à la source de connaissances léguées de génération en génération, actrices de l'évolution des savoirs féminins et de la culture réunionnaise.

BIBLIOGRAPHIE

- BARASSIN J. – 1989, *La vie quotidienne des colons de l'île Bourbon à la fin du règne de Louis XIV, 1700-1715*, Saint-Denis : Académie de La Réunion.
- BENOIST J. (ed.) – 2001, *Santé, société et cultures à La Réunion*. Paris : Karthala.
- BOUCHER A. – 1975, *Mémoire pour servir à la connaissance particulière de chacun des habitants de l'Isle de Bourbon*, introduction et notes de J. Barassin, Aix : A.C.O.I et I.H.P.O.M.
- CHABERT P. – 1993, « Version par manœuvre externe », in *Mécanique et techniques obstétricales*, Schaal J.P. (ed.). Paris : Sauramps médical, pp. 405-417.
- DE GASQUET B., CODACCIONI X., ROUX-SITRUK D., POURCHEZ L., D'OLIER F. – 2005, *Bébé est là, vive maman, Les suites de couches*. Paris: Editions Robert Jauze.
- EVE P. – 2006, « La naissance et la sage-femme à La Réunion », Saint-Denis : publication des exposés du 8 décembre 2005, IFSI, CHD Félix-Guyon, pp. 3-14.
- GELIS J. – 1976, « L'accouchement au XVIIIème siècle, Pratiques traditionnelles et contrôle médical », *Ethnologie française*, VI, 3-4, pp. 326-340.
- GURIB-FAKIM A., GUEHO J. – 1995, *Plantes Médicinales de Maurice* (tome 1), Rose-Hill : Ed. de l'océan indien/Université de Maurice.
- HOBBSAWM E., RANGER T. – 1986, *The invention of Tradition*, Cambridge : Cambridge University Press ; 2005, *L'invention de la tradition*, Paris : Editions Amsterdam.
- POURCHEZ L. – 1999, « *Tanban*, Sens et étiologie d'une maladie infantile à l'île de La Réunion », *Sciences Sociales et Santé*, vol.7, septembre, pp. 5-27.
- POURCHEZ L. – 2001, « La réinterprétation réunionnaise des apports de la biomédecine dans le domaine de la naissance et de la petite enfance », in *Santé, société et cultures à La Réunion*, J. Benoist (ed.), Paris : Karthala, pp. 75- 90.
- POURCHEZ L. – 2002, *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*. Paris : Karthala.
- POURCHEZ L. – 2004, « Philtres d'amour à La Réunion, transgression et alliance », *Ethnologie française*, 03, pp. 443-451.
- POURCHEZ L. – 2007, « le façonnage du visage et le bandage du tronc de l'enfant à l'île de La Réunion : soins, rites ou marquage identitaire ? », in *Du soin au rite dans l'enfance*. Doris Bonnet, Laurence Pourchez (eds.). Paris : ERES / IRD pp. 44-58.
- POURCHEZ L. – 2009, *Les savoirs des femmes de l'océan indien (Réunion, Maurice, Rodrigues), conduites thérapeutiques et rapport à la nature*. Paris :

UNESCO Publishing (LINKS), à paraître.

POURCHEZ L., TABUTEAU J. – 2004, « Infanticide et représentation de la vie à La Réunion : une approche croisée », *Ethnologie française*, 04, pp.689-697.

QUEREUX C. – 1993, « Version par manœuvre interne », in *Mécanique et techniques obstétricales*, Schaal J.P. (ed.). Paris : Sauramps médical, pp. 541-551.

RAPOPORT D., GOLSE B. – 2006, *La bien-traitance envers les enfants : Des racines et des ailes*. Paris : Belin.

SCHAAL J.P. (ed.) – 1993, *Mécanique et techniques obstétricales*. Paris : Sauramps médical.

THIRION M. – 2004, *L'allaitement*. Paris : Albin Michel.

VELDMAN F. – 1992, *Haptonomie*, Paris : PUF.

Presse & Archives

« Toujours les matrones », ADR 1PER/52/10, *Le nouveau Journal de l'île*, 19 novembre 1914.

« Sortilèges », ADR 1PER/81/34, *Le Peuple*, 22 janvier 1932.

« Médecin des pauvres à l'époque "héroïque" », Hervé Schultz, *Le Quotidien de la santé*, 13 avril 1993.

« La grossesse, état magique », *Le Quotidien*, 23 février 1997 : 13, dossier « Grosse, et alors ? ».

Filmographie

POURCHEZ L. – 1999, "La femme-qui-aide et la matrone", reportage ethnologique de 26 mn, Coproduction Laurence Pourchez / CNRS / U. Réunion, /RFO/RFO SAT, diffusion RFO Réunion, octobre 99, rediffusion novembre 99, diffusion RFO métropole, RFO Sat. Grand prix du public, catégorie professionnels, festival du film scientifique de l'océan indien, avril 2003.

**UNE RENCONTRE AVEC ZANABAI
PRATIQUES ET HISTOIRES DES MATRONES AU MAHARASHTRA**

JESSICA L. HACKETT¹

L'ÉVÉNEMENT de l'accouchement et de la naissance en Inde rurale se gère en famille. Il fait appel à un savoir-faire féminin venant surtout de l'entourage proche de la femme en couches. En Inde, 58% de naissances ont toujours lieu à domicile, principalement en région rurale². Lorsqu'une femme accouche chez elle, en milieu rural indien, elle est rarement seule. Sa mère, ou sa belle-mère, et d'autres femmes sont présentes. Une femme en particu-

¹ Je voudrais remercier Jean-Charles Scottis pour sa patience et ses nombreuses relectures. Je souhaiterais également remercier la fondation Fulbright/IIIIE qui m'a accordée une bourse pour la durée du terrain en 2005, l'association CCRSS/VCDA de Pune qui m'a aidé lors du terrain, ainsi que Laurent Pordié, l'Institut Français de Pondichéry et l'équipe Sociétés et Médecines. Le terrain n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide précieuse de Kuldeep Barve, assistant de recherche et ami.

² Source : Reproductive and Child health (District Level Household Survey 2002-2004) de IIPS- Mumbai .

lier est appelée pour venir dans l'espace clos où se déroule l'événement. Souvent, cette femme est bien connue par la famille de l'accouchée et par les villageois de leur communauté pour avoir aidé des femmes en couches. Il s'agit, dans la plupart des cas, des accouchements aidés par une assistante dite « non qualifiée » selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé¹. Dans les villages dans l'ouest du Maharashtra, où cette étude a été menée, la femme qui exerce cette fonction est nommée « suin ». Je propose dans ce chapitre de dresser son portrait.

En 2005, j'ai sillonné les campagnes du district de Pune au Maharashtra (Inde) dans le but de rencontrer des vieilles femmes « suin »². « Suin » est le mot employé dans la langue marathi pour désigner la femme qui aide une autre femme lors de son accouchement. En français on l'appellerait « matrone », « accoucheuse », ou tout simplement « femme qui aide ». Dans la littérature de l'anthropologie de la naissance en Inde, on peut trouver divers termes pour désigner la matrone. Le terme '*daī*' est un mot hindi que l'on pourrait utiliser afin de traduire le terme « suin ». Néanmoins, je choisis de ne pas employer le mot '*daī*' car il est, au Maharashtra, du moins, utilisé par des programmes gouvernementaux, des organismes hospitaliers, et des organisations non gouvernementales, souhaitant former des femmes afin qu'elles utilisent des pratiques biomédicales lors des accouchements. Ainsi, au Maharashtra rural, l'emploi du terme '*daī*', sous-entend une référence sous-jacente à une femme ayant suivi une formation courte dans un système biomédical. Les villageoises utilisent ce terme lorsqu'elles s'adressent à quelqu'un venant de l'extérieur du village, un étranger que l'on suppose ignorant en langue marathi. J'emploie le terme local '*suin*' pour désigner la matrone maha-

¹ 51% des accouchements seraient assistés par des « dai non-qualifiées » (Reproductive and Child health (District Level Household Survey 2002-2004) de IIPS- Mumbai).

² L'étude anthropologique de l'accouchement en milieu rural effectuée en 2005 m'a conduit à mener des entretiens avec une quarantaine de matrones. Cette recherche a été menée dans le cadre de mes études de Master Recherche en anthropologie de la santé à l'Université Paul Cézanne-Aix Marseille III. Je tiens à remercier Pr. Alice Desclaux et l'équipe du laboratoire CRECSS (Aix-en-Provence, France), l'Institut Français de Pondichéry et l'équipe « Sociétés et Médecines », l'association VCDA (Pune, Inde) pour leur aide sur le terrain et la fondation Fulbright (USA) qui m'a attribué une bourse me permettant de rester 9 mois en Inde pour cette recherche.

rastrienne afin d'éviter toute confusion d'ordre sémantique. Une partie de mon étude en anthropologie consistait à définir cette actrice et son travail, ce qui m'a conduit à me rendre dans leurs villages et sur leurs lieux de vie. J'ai choisi de mener cette recherche en milieu rural parce que dans cette région le plus grand nombre des accouchements à domicile ont lieu en milieu rural, avec l'aide des *suin* le plus souvent. Je me suis rendue principalement dans des petits villages et des hameaux dans le district de Pune, au Maharashtra. La majorité des villages visités était de petite taille et ne comprenait ni école, ni centre de soins primaires. La plupart des maisons étaient modestes avec des murs enduits de bouse de vache et surplombés de toits en paille.

A deux reprises, j'ai dévié de mon objectif méthodologique en me rendant dans un bourg situé à environ une heure en bus à l'est de Pune. En ce faisant, je quittais mon lieu de terrain qui se situait dans les villages à l'ouest de la grande ville. Cependant, ce bourg du nom de Shirur, une ville d'environ 30 000 habitants¹, fut le lieu de ma rencontre avec la *suin* Zanabai.

L'objectif de ce chapitre est de rapporter certains éléments relatifs à cette rencontre. Les entretiens ont été menés de façon semi-directive. Mon assistant et moi-même avons posé de temps à autre des questions afin de diriger l'entretien tout en laissant Zanabai parler librement. Ce qui suit est une retranscription réorganisée de ces entretiens. Tout d'abord, je présenterai ma rencontre avec Zanabai. Ensuite une partie sera consacrée aux pratiques des *suin* d'autrefois telles que Zanabai nous les a contées. Ces pratiques coïncident avec les pratiques actuelles d'autres *suin* en milieu rural que j'ai rencontrées. Nous verrons que les discours de Zanabai permettent d'éclairer des aspects divers du travail des *suin* maharastriennes et d'appréhender certaines dynamiques sociales à l'origine de la transformation de ces pratiques dans le monde contemporain.

¹ En 2001, Shirur avait une population de 27 000 habitants (2001 Census). Il s'agit d'un grand bourg qui se situe à environ une heure de route à l'est de la ville de Pune, Maharashtra, Inde.

Au mois d'octobre 2005, accompagnée de Kuldeep Barve, l'assistant de recherche, je me suis rendue à Shirur pour la deuxième fois. Situé à un carrefour entre Pune et Ahmednagar, cette ville a toujours été un important lieu de commerce. Pour cette raison, ce bourg attire depuis longtemps des gens de cultures, langues, et religions diverses. Mon hôte à Pune qui travaillait pour un organisme social que je fréquentais, m'avait recommandée auprès de sa famille, des commerçants, qui avaient accepté de nous accueillir. Mise au courant de mon sujet d'étude, cette famille avait contacté une *suin* par l'intermédiaire de leur réseau de connaissance.

Lors de notre première rencontre, cinq mois auparavant, j'ai pu faire la connaissance furtive d'une femme prénommée Zanabai. Elle est venue au magasin de notre hôte par hasard. Nous discutons de ma recherche quand la famille m'a affirmé qu'elle était *suin*. Nous avions d'autres entretiens de prévu ce matin là et étions sur le point de partir. Nous devions alors la revoir le soir même dès notre retour. Malheureusement, lors de cette visite à Shirur, cette rencontre n'a pas été possible. L'occasion de la revoir s'est présentée au mois d'octobre.

Le matin de notre arrivée à Shirur, nous passions la matinée à boire le thé et à parler avec la famille. Leur petite fille nous distrait avec les dernières danses de ses vedettes préférées de Bollywood, et je commençais à me demander si j'allais vraiment rencontrer une *suin* ce jour-là. Puis une femme, vêtue de sari, apparût à la porte. Petite, à voix roque, cette femme au visage rond et vivant me regarda avec des yeux brillants. Au premier regard, je pensais qu'elle devait avoir au moins une soixantaine d'années. Je n'ai pas eu le temps de lui poser mes premières questions. Elle s'éclipsa très vite en disant qu'elle avait du travail et qu'elle reviendrait. Une fois la femme partie, notre hôte nous a rappelé que cette femme était Zanabai. Quelques heures plus tard, après notre déjeuner, alors que je pensais qu'elle ne tiendrait peut-être pas sa promesse, elle arriva à la maison. Elle s'assit en nous disant qu'elle ne pouvait nous consacrer que trois quarts d'heure. J'avais l'habitude des entretiens qui durent des heures, où les femmes se livrent ouvertement parlant de sujets de toutes sortes. J'étais donc surprise qu'elle m'impose cette limite. Cependant, j'ai

accepté tout de suite cet entretien au risque de le voir rapidement interrompu. Zanabai, mon assistant, notre hôte, et la petite fille de cette dernière prirent place. Je demandai à la matrone si je pouvais enregistrer ses paroles ; ce qu'elle accepta immédiatement. Finalement, les trois quarts d'heure imposés se sont écoulés et nous avons passé plusieurs heures avec elle qui nous parlait de sa vie et de son travail de *suin*.

Zanabai Dattatrai Gaikwad est née, a grandi, et s'est mariée à Shirur. Elle est quatre fois mère et cinq fois grand-mère. Elle accoucha de son premier enfant en 1972, assistée par sa mère et sa grand-mère maternelle qui était *suin*. Depuis ce moment là elle s'est intéressée au travail de cette grand-mère. Lorsque ses enfants étaient en bas âge, elle a exercé la fonction de *suin*, un travail qu'elle dit ne plus faire aujourd'hui. En écoutant Zanabai décrire son activité d'autrefois, je me rappelais les paroles des *suin* qui pratiquent toujours en milieu rural aujourd'hui.

Apprentissage et statut social des suin

En Inde rurale, on fait appel à une femme pour venir en aide lors des accouchements. Le rôle de cette femme n'est pas restreint au moment des couches. L'aide qu'elle apporte lors de cet événement est à la fois une aide technique pour le bon déroulement de l'accouchement, et une autre forme d'aide d'ordre spirituel. En Inde, l'accouchement, comme d'autres événements biologiques forts, est considéré comme impur, pollué et polluant. La présence de sécrétions corporelles, comme le sang ou les excréments, symbolise un désordre¹. Hershman note que la naissance comme la mort est un événement qui ne peut être contrôlée ; raison pour laquelle elle est porteuse de pollution (1974 : 290). Ce désordre, cette pollution, doit être remédié non seulement, comme dans le cas d'un accouchement par un nettoyage au sens propre, mais aussi par des moyens spirituels ; la mise en œuvre de rituels et/ou le don d'offrandes. En Inde du Nord, les

¹ Le sujet de la pollution est un sujet important en anthropologie socioculturelle. Ici n'est pas le lieu pour approfondir cette discussion. L'ouvrage de Mary Douglas, Purity and Danger, demeure une référence incontournable pour ceux qui souhaitent mieux comprendre les débats anthropologiques à ce propos.

auteurs ont relevé la présence d'au moins deux assistantes spécifiques lors des couches, la première s'occupant de l'assistance en couches et la deuxième s'occupant du « nettoyage » de la 'pollution' liée à l'accouchement. Ainsi, en Inde du Nord, les tâches à accomplir autour de la naissance seraient réparties entre la *dai*, qui s'occupe de l'accouchée pendant la période d'une impureté extrême, et la femme du barbier, qui vient à l'aide de l'accouchée et de l'enfant (Jacobson et Wadley 1992 : 147). Dans la région de Bithoor en Inde du Nord, Jeffrey, Jeffrey & Lyon n'ont pas relevé cette répartition des tâches et ne font que mention des activités de la *dai* (1989). Dans les données recueillies au Maharastra lors de mon enquête, je n'ai pu constater que la présence d'une femme « spécialisée », la *suin*.

Tout comme les autres *suin* que j'ai rencontrées au Maharastra, le savoir de Zanabai en matière d'accouchements relève de « savoirs traditionnels » transmis d'une génération à l'autre par un apprentissage fait d'observations et d'imitations. Pour ses accouchements, la mère de Zanabai l'a aidée. Puis, un jour une de ses parentes attendait un enfant. Sa grand-mère lui a demandé de venir l'assister et voir comment elle faisait des massages. Elle dit avoir accompagné sa grand-mère trois ou quatre fois, puis elle a commencé à assister les femmes sans aide supplémentaire. Tout comme Zanabai, de nombreuses *suin* que j'ai rencontrées ont dit avoir suivi et assisté une autre *suin*, souvent leur propre mère ou une autre femme de leur famille. L'apprentissage se fait en observant les gestes d'une aînée. Après avoir accompagné une *suin* expérimentée à plusieurs reprises, certaines *suin* se sentent assez confiantes pour exercer seules. Mais l'appellation de *suin* est accordée à une matrone seulement lorsqu'elle a gagné le respect de ceux qui l'entourent. Cette réussite est mesurée selon ses prouesses en matière d'accouchement, par exemple en sa capacité de gérer des situations difficiles, telles que les présentations transversales ou les sièges, et aussi en fonction de l'ancienneté de son expérience. Lorsqu'une femme qui assiste aux accouchements est enfin appelée *suin* par son entourage, elle a déjà eu et élevé ses propres enfants et elle est en âge d'être grand-mère.

En milieu rural, les *suin* assistent les accouchements des femmes résidant dans des villages situés à proximité de leur lieu de vie. Souvent, les femmes qu'elles accompagnent font partie de leur famille proche

ou éloignée ; la fille, la petite-fille, la cousine, ou la voisine, par exemple. Lorsqu'une *suin*¹ arrive au domicile de la femme en couches, elle retrouve celle-ci entourée de ses proches dans une pièce fermée de la maison. En milieu rural maharashtrien, l'accouchement se déroule dans la cuisine. Les maisons des villages sont petites et modestes et souvent la pièce réservée à la cuisine peut être considérée comme appartenant au domaine féminin (G. Poitevin et Rairkar : 1985). Cette pièce peut être fermée complètement afin de préserver l'intimité de la femme en couches. De plus, le foyer de la maison présent dans cette pièce permet de maintenir un certain degré de chaleur et de chauffer l'eau réservée aux soins de l'accouchement. Lors de l'accouchement, la *suin* va dicter à chacune des femmes présentes ce qu'il faut faire. Elle est responsable de chaque accouchement. Son expérience et sa réputation de réussite lors des accouchements font d'elle une figure en laquelle les personnes que j'ai interrogées m'ont dit avoir confiance. Ainsi, les *suin* bénéficient souvent d'un certain respect au sein du village. Parfois, certaines *suin* sont craintes par les villageois, en particulier en raison de leur autorité et de leur capacité à gérer des situations difficiles.

Les pratiques autour de l'accouchement

Selon mes observations, voici les gestes communément effectués lors des accouchements à domicile. D'abord, la *suin* interroge la femme en couches et son entourage à propos de l'avancement du travail, puis, elle l'examine en lui palpant le ventre afin d'évaluer la position de l'enfant. Parfois, elle vérifie l'ouverture du col en introduisant l'index de sa main gauche² dans le vagin de la femme en couches. Jusqu'au moment de l'accouchement, la femme enceinte déambule dans la pièce, à son aise (souvent dans la cuisine). La *suin* demande à la femme de prendre une position semi-allongée ou accroupie/assise quand elle estime que l'accouchement est imminent. On lui détache

¹ Par souci de faciliter la lecture, j'utilise souvent le mot « suin » au singulier. Lorsque Zanabai me racontait les pratiques des *suin*, elle-même avait tendance à dire « on fait ci...nous faisons ça... » Il serait plus convenable d'utiliser le pluriel, ce qui en revanche alourdirait le texte. Ainsi, cet usage du singulier ne signifie aucunement une volonté d'uniformisation des pratiques des *suin*.

² En Inde, la main gauche est généralement associée à la souillure.

la natte de ses cheveux. Comme dans d'autres régions en Inde¹ détacher la natte des cheveux ou les cadenas des portes symbolise l'ouverture nécessaire pour l'accouchement. De plus, on note une connexion symbolique entre les cheveux d'une femme et ses organes génitaux². En effet, les cheveux des villageoises sont rarement détachés en public, cet acte étant réservé au domaine de l'intimité. Le fait de détacher les cheveux lors de l'accouchement semble donc marquer la dimension intime et privé de l'événement et la nécessité de mobiliser les symboles censés faciliter la naissance de l'enfant.

La femme enceinte s'incline soutenue par une autre femme, soit un membre de sa famille, soit l'assistante de la *suin*. Celle-ci effectue un massage du bas du dos et des flancs de la parturiente afin d'aider la descente du bébé.

Pour un premier accouchement, la femme peut avoir peur car le travail est souvent long et difficile. Les autres femmes, présentes au côté de la femme en couche, discutent entre elles. La *suin* reconforte la femme lui assurant que tout se passera bien. Les femmes et la *suin* touchent le visage et le corps de la femme en lui disant : « c'est le ventre de l'enfant...mais ne t'inquiètes pas...bientôt tu seras libérée. » La *suin* guide la femme pour qu'elle fasse l'effort de pousser afin de faciliter la descente de l'enfant. S'il s'agit d'une présentation normale, la *suin* n'intervient que pour masser et lubrifier le périnée avec de l'huile végétale.

A la naissance de l'enfant, la *suin* le réceptionne soigneusement avec ses deux mains et le place par terre sur un morceau de tissu propre réservé à cet effet. On ne s'occupe pas de l'enfant tant que le placenta n'est pas sorti et son intégrité vérifiée. Dans le cas où celui-ci tarde à sortir, la *suin* propose des moyens pour provoquer sa descente. Par exemple, elle demande parfois qu'une femme présente mette des cheveux dans la bouche de la femme en couches. Elle ordonne de lui donner à boire du thé noir, ou du thé dans lequel l'on a mis des

¹ Communication personnelle de Pascale Hancart Petitet.

² Voir Heitelbeitel (1981) où dans son article « Draupadi's Hair » il fait référence à la puissance symbolique des cheveux de Draupadi, personnage principale dans la grande épopée indienne, *Mahābhārata*. Il rappelle également les notions d'impureté et de pollutions liées aux sécrétions féminines, notamment le sang. Voir aussi Carrin (1997) et Hershman (1974).

ces. Ces prescriptions ont le plus souvent pour effet de créer une réaction de vomissement, dont les contractions musculaires qu'elle occasionne sont parfois nécessaires au décollement du placenta. Si ces remèdes n'aboutissent pas aux effets désirés, la *suin* extrait manuellement le placenta. Avant de faire cela, la *suin* ou son « assistante » appuie sur le ventre en le massant très fort pour que le placenta descende. Il est important que le placenta sorte avant de couper le cordon ou bien de procéder à autre chose, (*i.e.* le bain). En effet, au Maharashtra, selon une croyance populaire, le placenta peut monter dans le corps, traversant la barrière de tous les organes pour recouvrir le cœur causant ainsi la mort de la femme en couches¹. Pour cette raison, on ne sectionne pas le cordon tant que le placenta reste dans le corps. Dans les rares cas où l'on doit couper le cordon dans ces circonstances, le cordon qui est toujours relié au placenta est tenu, fixé à une pierre, un poids, pour empêcher que le placenta « remonte et disparaisse dans le corps ». Cependant, le danger semble moins venir de cet organe, mais plutôt de « l'ouverture » du corps au moment de l'accouchement. Ce souci de l'ouverture du corps, qui est à la fois nécessaire et dangereuse, n'est pas propre au Maharashtra, ni à l'Inde².

Au Maharashtra, après l'expulsion du placenta, la *suin* le place par terre près de l'enfant. Elle étire le cordon et compte une distance égale à environ 3 à 6 largeurs de doigts du ventre de l'enfant. Elle sectionne le cordon avec une lame de rasoir neuve³ ou avec l'aide d'un ustensile de cuisine à couper (le *vehli*) ou parfois avec une pierre. Après un massage complet de la mère et de l'enfant, et après le bain, un *dhoori* (une fumigation avec de l'encens) est préparé pour l'enfant et pour la mère.

¹ Une représentation similaire est relevée en Inde du Sud, dans l'état du Tamil Nadu. Communication personnelle de Pascale Hancart Petitet.

² Voir Makhoul Obermeyer, Carla. (2000) Dans une étude menée au sujet de la physiologie de l'accouchement au Maroc, elle constate que la *qabla* (accoucheuse marocaine) a certains remèdes pour faire sortir le placenta. Il est communément admis que l'ouverture du corps empêche les organes internes de 'rester en place' et ce 'flottement' dans le corps aurait pour effet de mettre la femme en danger.

³ Ces lames de rasoir neuves font parties des 'kits' distribués par les centres de soins de santé primaire aux *suin*. On peut également acheter des lames neuves. Souvent les *suin* demandent aux familles de fournir cette lame.

Au Maharastra, la *suin* assiste la femme pendant et après l'accouchement¹. Souvent elle nettoie la pièce où l'accouchement a eu lieu. En milieu rural, ceci consiste à « refaire » le sol, en le recouvrant de bouse de vache diluée dans de l'eau. La *suin* ramasse le placenta et le bout du cordon et les place avec le sang dans un pot en terre cuite avant de l'enterrer à un endroit où de l'eau s'écoule². Il faut éviter que des animaux errants déterrent ou mangent le placenta. Les réponses de mes informatrices à cette question sont restées floues. Le placenta et surtout le sang peuvent représenter des éléments hautement « polluant ». Le fait de les enterrer et surtout que l'eau coule par-dessus peut atténuer cette pollution car, selon les représentations populaires locales, l'eau a un pouvoir de purification. En effet l'eau tient une place particulière dans la vie en Inde et dans ses cultes religieux. Le placenta n'est pas enterré loin de la maisonnée. Ainsi, l'usage de cette pratique apparaît en lien avec les croyances selon lesquelles le placenta représente un double de l'enfant et donc peut être perçu comme porteur d'identité. Au Maharastra, comme dans d'autres régions en Inde, le placenta est dit d'être porteur de vie. Plus encore, le placenta est en lien avec la vie portée par l'enfant. Cette relation étroite entre l'enfant et le placenta est reflétée dans les pratiques des *suin* pour réanimer un enfant qui ne respire pas à sa naissance. Lorsqu'un enfant naît et ne respire pas, les *suin* font « chauffer » le placenta en plaçant ce dernier dans de l'eau chaude ou bien en le plaçant sur le « *tawa* »³. En même temps, elles appuient sur le cordon, « poussant la vie » vers l'enfant. Pour certaines castes ou groupes, le placenta est l'objet d'un rituel après la naissance. Chez les Katkaris, groupe tribal au Maharastra, une cérémonie rituelle festive où l'on fait des prières et des offrandes lui est réservée lors du cinquième jour après la naissance de l'enfant.

Après l'accouchement, et avant de rentrer chez elle, la *suin* doit effectuer certains rites pour permettre la « purification » de la mère, la maison et la famille. Les bracelets de l'accouchée sont cassés car ils

¹ Rappelons que dans le nord de l'Inde, il peut y avoir répartition des tâches entre la 'daï' et une autre femme de basse caste.

² Les pratiques de l'enterrement du placenta, autrefois, en France. Voir l'ouvrage de Gélis (1984). Pour un exemple de l'enterrement du placenta pratiqué ailleurs, voir également l'article de Saura (2000).

³ Le « *tawa* » est une plaque en métal sur laquelle on fait cuire le pain.

sont « pollués » par la naissance¹. La *suin* enduit l'accouchée de curcuma, de farine, d'huile, et d'eau afin de nettoyer sa peau. Ensuite elle masse l'enfant, pratique les bains purificateurs, et nettoie la maison.

La *suin* est la seule personne présente à toucher les sécrétions corporelles liées à l'accouchement, notamment le sang et le placenta. Elle a la charge, en effet, d'enlever la pollution symbolique liée à l'accouchement. Jeffrey, Jeffrey et Lyon notaient qu'en Inde du Nord le rôle de la *dai* est principalement défini par l'accomplissement de cette tâche.

« Childbearing is necessary for a *babu*², but is also profoundly polluting, and women regard their bodily functions with distaste. Dais perform defiling work for which there is a demand: someone must deal with childbirth pollution by cutting the cord and removing the placenta. But while all women who give birth are subject to defilement, only a few are obliged to earn their keep by doing defiling work for other people » (Jeffrey, Jeffrey & Lyon, 1989 : 107).

La *suin* est capable d'endosser cette pollution qui touche néanmoins tous les membres de la famille. C'est elle qui doit surveiller à ce que tout soit bien fait dans l'ordre pour procéder aux premiers rites afin d'enlever cette pollution. Pour cette raison, la *suin*, en plus du travail de l'assistance en couches, doit couper le cordon ombilical, s'occuper de l'enlèvement du placenta et du nettoyage immédiat de la pièce après l'accouchement. D'après l'ouvrage classique en anthropologie de M. Douglas (2001), les dichotomies faites entre sale/propre, pur/impur sont liées au besoin des hommes de classer des choses. Le désordre doit être remis en ordre et le sale nettoyé grâce à des actes appropriés plus ou moins ritualisés. Après l'accouchement, en effectuant le nettoyage réel et symbolique décrit, la *suin* contribue au rétablissement de l'ordre social perturbé par la naissance d'un enfant.

Même si traditionnellement ce travail lui revient, toutes les femmes, la *suin* incluse, ont conscience de l'extrême « impureté » de ces actes. Souvent, la *suin* maharastrienne procède donc à des actes de purifica-

¹ Jacobson et Wadley (1992) rapporte que la *dai* casse les bracelets de l'accouchée.

² Ce terme désigne la femme mariée.

tion qui sont similaires à ce que Jacobson et Wadley ont pu observer (1992). Mais la *suin* doit aussi *se* purifier. Lorsqu'elle rentre chez elle, elle casse ses bracelets. Elle boit du *gomutra* (de l'urine de vache) ou bien elle en dilue dans l'eau de bain. La vache est considérée comme un animal sacré en Inde pour ses vertus de pureté. Ainsi, les cinq produits qui lui sont associés (le lait, le yaourt, le beurre clarifié, l'urine, et la bouse) sont considérés comme étant les plus pures pour l'utilisation rituelle. L'urine de vache, un agent de purification et de guérison, est utilisée pour traiter des tumeurs ou en une préparation tonique pour traiter et guérir des malades des esprits (Korom, 2000). Une fois lavée, la *suin* s'habille d'un *sari* neuf. C'est seulement après avoir fait tout ceci qu'elle peut à nouveau pénétrer dans l'enceinte de sa maison.

En milieu rural, après l'accouchement, la *suin* continuera à rendre visite à l'accouchée et au nouveau-né et sera chargé des massages et des bains dans la période de réclusion qui peut durer 12 à 40 jours. Pendant cette période, elle masse et donne le bain à l'accouchée et à l'enfant. Lors des massages et bains pour l'enfant, la jeune mère assiste en observant les gestes de la *suin*. Souvent la *suin* poursuit ces visites au-delà de cette période afin de vérifier que la jeune mère effectue correctement les gestes appris¹. Selon Zanabai, le massage est bénéfique pour la femme après l'accouchement parce que le corps d'une femme enceinte est dit « emmêlé ». Lorsqu'une femme accouche, son corps « se vide », « ne tient plus ». Le massage aide à redonner forme à son corps et ainsi contribue à une « renaissance » de la femme². Pour l'enfant, le massage l'aide à devenir plus fort. Selon Zanabai, le massage améliore la circulation sanguine de l'enfant et renforce ses os³.

En théorie, ces massages quotidiens durent pendant un mois et un quart (quarante jours), qui correspondent à la période de réclusion et de repos requis traditionnellement. Néanmoins cette durée dépend souvent de la situation socio-économique de la famille. Peu de fa-

¹ Stork (1986) a documenté ceci en Inde du Sud.

² Ce concept de « renaissance » de la femme après son accouchement est apparu lorsque je parlais avec d'autres femmes et d'autres *suin* au Maharashtra. Il semble être lié aux différents stades de la vie de la femme.

³ La traduction littérale de ses paroles en marathi seraient « les veines sont maintenues en bon état. »

milles dans cette région peuvent se permettre une durée aussi longue en raison de la charge de travail que doivent endosser les femmes. La durée minimale de l'intervention de la *suin* est de cinq jours. Pendant cinq jours, le devoir de la *suin* est de faire le massage et donner le bain au nouveau-né. Le massage et le bain peuvent être donné jusqu'à deux ou trois mois, mais la *suin* assure au moins les cinq premiers jours.

Le travail de la *suin*, illustré dans le cas de Zanabai, ne s'arrête pas à l'assistance en couches, ni au nettoyage des déjections corporelles. Un des rôles importants de la *suin* lors d'un accouchement est lié à la notion que l'accouchement et la naissance sont des événements « polluants ». Nous avons vu que la *suin* s'occupe de « nettoyer » au sens propre et symbolique. Elle apporte également une aide technique et physique. Non seulement, elle contribue au rétablissement de l'ordre symbolique, mais aussi à la remise en forme du corps de l'accouchée grâce aux massages qu'elle effectue durant la période du *post-partum*. Plus encore, la *suin* a un rôle de gardienne et de transmission des savoirs relatifs aux pratiques spirituelles et rituelles autour de la naissance. Ces savoirs sont souvent consignés dans des contes populaires racontés par les femmes.

Les rites de protection

Les rituels post-natals occupent, en effet, une place importante dans la vie du nouveau-né. Ces premiers rituels doivent être bien préparés et exécutés selon les règles. Ils ont pour but de préparer l'enfant à la vie à venir; lui assurant la protection divine tout au long de sa vie. C'est dans ce cadre que le travail de la *suin* prend une autre dimension. Lors de nos conversations avec Zanabai, elle nous a parlé longuement d'un rituel et d'une déesse. Il s'agit d'un des premiers rites qui suivent la naissance d'un enfant où la *suin* est conviée et qui a pour but de rendre hommage à la déesse afin d'assurer la protection de l'enfant.

La cinquième nuit après la naissance d'un enfant au Maharashtra, les portes sont laissées ouvertes ; c'est l'occasion d'un grand événement, ici appelé *Pacvi*. La *suin* et les femmes de la maison préparent soi-

gneusement l'arrivée de la déesse *Satvi*¹. En milieu rural, les villageoises la surnomme *Satubai*, qui dénote le lien intime qu'elles entretiennent avec celle-ci². Durant la nuit de *Pacvi*, *Satubai* vient pour inscrire la fortune et le destin de l'enfant sur son front. Dans le nord de l'Inde, on la retrouve sous le nom de *Sashti*. Elle est une déesse populaire qui pourrait figurer parmi celles qu'on appelle « les déesses-mères »³. Le travail de D.D. Kosambi, archéologue et historien indien, s'appuie sur ses terrains archéologiques menés au milieu du siècle dernier au Maharastra. Selon lui, les déesses mères, parmi lesquelles figure *Satubai*, sont des déesses de cultes primitifs. Souvent les sacrifices animaliers sont liés à ces cultes. Aujourd'hui, des sacrifices ou offrandes animaliers demeurent pendant des périodes de l'année bien particulière et sont pratiqués par des personnes de castes autres que Brahmanes. *Satubai* n'a pas souvent de représentation iconographique. Souvent, elle est symbolisée par une pierre recouverte d'une peinture naturelle orange-rouge qui, selon Kosambi, rappelle des sacrifices anciens et primitifs. *Zanabai* n'a fait aucune mention des sacrifices animaliers. Elle n'a pas non plus laissé entendre que le culte de *Satubai* serait primitif. Pour elle, le culte à cette déesse fait partie de la vie actuelle. Comme les autres déesses mères, populaires, *Satubai* n'est pas mariée et n'a pas d'enfants. Selon *Zanabai*, *Satubai* est une déesse, protectrice des enfants, et n'a nul besoin d'être mariée. Kosambi note que les rites concernant *Satubai* excluent la participation d'hommes (1964 :83).

Connue des femmes de toutes castes hindoues, la déesse *Satubai* est à la fois adorée et crainte. Selon *Zanabai*, cette déesse aurait en effet le pouvoir de donner *ou* d'enlever la vie. Il s'agit donc, comme le note Kosambi (1964 : 83) d'une déesse primitive et populaire potentiellement dangereuse. Fuller remarque que les déesses non mariées sont particulièrement féroces, facilement dérangées, et donc rapidement en colère. Il poursuit que ces déesses seules sont perçues comme étant généralement « chaudes »; leur pouvoir (ou *shakti*) étant lié avec

¹ Pour parallèle au pays Bengale, voir Tony K. Stewart. 1995 où il énumère la préparation pour la déesse *Sashti*.

² Le suffixe *-bai* (*femme*, en langue marathi) est souvent affixé au nom d'une femme qui est familière ou du voisinage.

³ Voir à ce sujet Kosambi (1964), Feldhaus (1995), T.K. Stewart (1995), S. Wadley (1980).

une énergie sexuelle puissante et une grande propension à des excès de violence colérique (Fuller, 1992 : 45). *Satubai* n'exprime pas son mécontentement directement sur celle qui n'a pas bien officié les rites ou présenté les offrandes, ses victimes sont des enfants. Zanabai affirme que *Satubai* est une divinité très stricte et sujette facilement à des colères, donc il faut tout lui accorder sans questionner ses actes.

Zanabai nous a conté une histoire qui témoigne du dangereux pouvoir de cette déesse :

« Personne ne sait quand elle vient pour écrire la fortune. Mais il faut garder les portes grandes ouvertes. L'histoire veut qu'un petit garçon ait attendu derrière la porte pour *Satubai*. Il l'a vue et en lui tenant la main, il a demandé ce qu'allait être son destin. *Satubai* a été prise d'une grande colère après la question de l'enfant et lui a rétorqué : « Toi, le jour de ton mariage, tu trouveras la mort. ». Naturellement, ceci a suscité beaucoup d'inquiétudes dans la famille de l'enfant. Le jour de son mariage, son père a veillé qu'aucun danger ne puisse atteindre son fils. Au moment de l'échange des vœux, un serpent s'est glissé dans la salle et a mordu le garçon, causant sa mort. *Satubai* écrit de bonnes et de mauvaises choses. On ne peut jamais demander, on ne peut jamais savoir ce qu'elle écrit. On peut lui faire des *navas*, des *pujas*, mais on ne peut pas forcer les choses¹ ».

Selon Zanabai, les intentions maléfiques de *Satubai*, ne se manifestent que lorsque les procédures rituelles ne sont pas réalisées conformément aux prescriptions. Pour remercier la déesse et lui rendre hommage pour la naissance d'un enfant, la *suin* prépare les offrandes pour cette déesse et les place sur un ustensile de cuisine² présent dans toutes les maisons villageoises, le *Patta*, la pierre à broyer ou le *sup*, un van à riz. L'utilisation de cet ustensile de cuisine et d'autres éléments de la vie quotidienne des femmes inscrit cet événement

¹ 'navas' en marathi signifie 'vœu' ; *puja* peut être traduit par le 'culte, l'action de rendre un culte à, adorer ou vénérer (un dieu, une idole) ; l'adoration des dieux'

² L'ustensile utilisé dépend de la caste, de la situation économique et du lieu de résidence des femmes.

dans l'univers domestique de celles-ci. Tous les éléments placés sur le *patta*¹ font aussi parti du quotidien².

Zanabai souligne le rôle de la *suin* lors de *Pacvi* ci-dessous.

La *suin* a une grande importance lors de cette cérémonie car c'est elle qui place les divers objets sur la pierre à broyer. Celle-ci doit être tournée vers l'est et certaines choses doivent y être placées. Notamment, des lampes doivent être allumées sur le *patta* mais aussi près du lit de l'accouchée, et une lampe là où le placenta a été enterré. De la noix de coco, du riz, du sucre, de l'argent, et des fleurs doivent être placés sur le *patta*.

Selon Zanabai, cinq pierres recouvertes de *halad* (curcuma) et de *kumkum* (poudre rouge) sont aussi placées sur le *patta* ainsi qu'une représentation de *Satubai* confectionnée avec un morceau de tissu. Celle-ci peut être différente selon la maisonnée. Parfois, des petits médaillons, en or ou en argent, disponibles en bijouterie représentent *Satubai*. Autrement, on peut dessiner une figure féminine avec des grains de riz. Le soir même les portes sont laissées ouvertes. Des lampes sont allumées et le resteront toute la nuit. Le soir de *pacvi*, *Satubai* vient rendre visite à la mère et à l'enfant pour inscrire la fortune et l'avenir sur le front de l'enfant. Jusqu'à ce jour de *Pacvi*, l'enfant n'est pas habillé, mais simplement vêtu d'un tissu. Un papier et un stylo sont laissés près de l'oreiller de la femme, symbolique de la raison du passage de la déesse. Un chat errant rentré dans la maison indiquerait le passage de la déesse. En effet, le véhicule de *Satubai* est le chat. Il ne faut donc pas chasser l'animal cette nuit là³. Ce cin-

¹ Le *patta*, la pierre à broyer, est paré de diverses choses et préparé de différentes manières selon la caste de la famille et le lieu de résidence. Par exemple, une *suin* de caste *maratha* d'une région montagneuse des Sahiyadri m'a expliqué en détail ce qu'elle place sur le *patta* : Graines de fenugrec (*methi*), graines (*wova*) [similaire à l'anijs], 9 feuilles d'un arbuste local (au Maharashtra le *rui*), 9 lampes fabriquées en farine de riz, une lampe en pierre, des pois bouillis (*gugaria*), de la ficelle pour les lampes, *halad*, *kukum*, sucre non raffiné (*jaggery/ghul*), *supari*, de l'huile végétale, des amandes (*badami*), des dattes (*karik*), de la noix de coco séchée en morceaux, et une noix de coco entière. Des fleurs, et de l'argent.

² Les offrandes situées sur le *patta* reviendront à la *suin*, qui les a si soigneusement posées, à l'aube (Kosambi, 1964).

³ La notion de véhicule se retrouve dans le panthéon des dieux hindous. Chaque .../p.75

quième jour peut marquer la fin de la période d'aide pour les bains et massages effectués par la *suin*. Après ce jour, la belle-mère ou une autre femme dans la maison continuera ces soins pour la mère et pour l'enfant.

Au Maharashtra, l'existence de ce rituel témoigne du lien fait par les femmes indiennes entre le fait religieux, consacré ici à la dévotion de la déesse et la protection et la santé maternelle et infantile. Si une femme remplit son devoir dévotionnel au quotidien, il est admis que *Satubai* assurera la protection de son enfant. Par conséquent, les femmes ont une importante responsabilité de l'état de santé de leurs enfants. Selon Zanabai, cette responsabilité est quotidienne et ne peut en aucun cas être limitée à la mise en œuvre du rituel de *Pacvi*. Ainsi, une mère qui fait régulièrement ses *pujas* et *navas* sera récompensée par *Satubai* qui accordera une longue vie à son enfant.

La *suin* est une femme villageoise qui partage des conceptions du monde similaires à celles des femmes dont elle s'occupe lors de l'évènement de la naissance. La *suin*, comme ces femmes, comprend que les pratiques spirituelles comme les *pujas* et les *navas* sont une manière d'assurer la protection de leurs familles. Toutes les *suin* que j'ai rencontrées parlaient de leur intervention et de leur expertise lors du rituel de *Pacvi*, Kosambi (1964) nous rappelle que la *suin* a son rôle lors de cet événement. Non seulement la *suin* prépare la mise en place des éléments rituels mais ceux-ci lui reviennent le lendemain du rite. Pour l'accompagnement et les services apportés lors de l'accouchement et ce premier rite, Zanabai nous a dit que souvent les familles rémunèrent la *suin* en lui donnant du riz, des bracelets pour remplacer ceux qu'elle a dû casser, et peut-être du tissu pour une blouse de sari. On ne lui donne peu ou pas d'argent.

Ainsi, la fonction de la *suin* en milieu rural maharastrien se décline les plus souvent en trois temps lors des accouchements. Elle assiste la femme en couches, elle a la charge du rituel correspondant à l'enlèvement de la pollution et de l'impureté liées à l'accouchement. Enfin, elle réalise les premiers rituels de la vie de l'enfant. Néanmoins, certains événements liés aux transformations contemporaines de la so-

/... suite de la p.74 dieu dans le panthéon des dieux hindous est accompagné d'un animal ou d'une figure. Celui-ci est son véhicule. Celui de *Satubai* est le chat. La présence du chat la nuit de *pacvi* est donc indicatrice du passage de la déesse.

ciété marathi et à la biomédicalisation croissante de l'accouchement ont pour effet de modifier les pratiques de certaines *suin*. C'est, par exemple, le cas de la *suin*, Zanabai, qui n'a plus aujourd'hui aucun rôle lors des accouchements.

Les pratiques contemporaines de Zanabai

Dans sa vie, Zanabai a vu de bons et de mauvais jours. Lorsque son mari est mort, la vie pour elle et ses enfants est devenue difficile. Avec quatre bouches à nourrir, elle a dû trouver un travail plus lucratif. A ce moment là, elle a ouvert une cantine et a mené cette activité parallèlement à son travail de *suin*. Puis, toujours à la recherche de moyens pour subvenir, au mieux, aux besoins de sa famille, elle a exercé dans une clinique de sa région.

La plupart des matrones que j'ai rencontrées en milieu rural avaient peu de contact avec la biomédecine, si ce n'est lors des campagnes de sensibilisation à l'hygiène et des formations qu'offrent des hôpitaux de la ville ou bien lorsqu'elles accompagnent une des leurs à l'hôpital rural pour un accouchement difficile. Pour Zanabai, la rencontre avec l'univers biomédical fut directe. Pendant un temps, elle a travaillé dans une clinique en tant que *ayah*¹. Dans cette clinique, le médecin de garde assistait les accouchements. Zanabai se limitait à effectuer les tâches réservées à l'*ayah*, alors qu'elle savait assister une femme en couches. Je lui demandais de mieux m'expliquer les raisons pour lesquelles elle n'avait aucun rôle au moment de l'accouchement à ce moment là, elle me répondit :

« Mais qu'est-ce que j'aurais pu faire devant ce médecin ? Je suis illettrée, je ne sais même pas signer mon nom ! Oui, je sais comment assister une femme en couches. Je sais que je le sais, mais je n'osais pas et donc je ne l'ai pas fait lorsque je travaillais là-bas. La logique des gens éduqués est différente. »

¹ Ayah est le terme employé pour désigner la femme qui aide des personnes malades, soit à domicile, soit en milieu hospitalier. Son travail consiste à nettoyer et apporter des premiers soins aux patients.

En Inde, la mortalité maternelle est élevée¹. Chaque accouchement représente une période dangereuse pour une femme et son enfant à naître. Malgré ce risque de mort, la *suin* est chargée d'aider pendant cet événement dont elle sait qu'il n'est pas sans danger.

« Il faut aider nos filles ! Quand une vache est coincée dans la boue, on ne la laisse pas là, on l'aide à s'en sortir. Pareil pour nos filles, il faut les aider ! » (K.Sonavne, animatrice villageoise de Pune district)

Pourtant, si un problème devait survenir, les *suin* craignent d'être perçues comme fautives par les membres de leur communauté. Ce risque social incite certaines femmes à abandonner leur fonction de *suin*. Pour Zanabai, son appréhension à exercer son savoir dans la clinique et l'arrêt de sa pratique d'accouchement est liée à un changement de mentalités des femmes à Shirur qui préfèrent accoucher en milieu hospitalier. « *La logique des gens éduqués est différente aujourd'hui* » dit-elle. L'arrêt de sa pratique d'accoucheuse est dû par ailleurs à l'organisation des soins en milieu biomédical où, dans la hiérarchie hospitalière, l'*ayab* n'a pas le rôle de l'accoucheuse. Aujourd'hui au Maharashtra 66 % des accouchements ont lieu en milieu hospitalier alors qu'il y a une dizaine d'années seulement 45 % des femmes avaient recours aux institutions biomédicales². Ceci peut être lié à une crainte de ce risque mortel que représente l'accouchement, ou bien à une volonté de se rapprocher de la modernité que représente l'hôpital. On peut aussi envisager le fait que l'augmentation des visites anténatales fournies par les institutions biomédicales renforce la décision d'accoucher en milieu hospitalier. Pourtant, Zanabai insista pour me dire que, selon

¹ La mortalité maternelle en Inde est de 540 femmes mortes sur 100 000 liées à des complications en couches. Pour le Maharashtra, ce taux est légèrement moins élevé représentant 375/100 000. La mortalité infantile est également élevée, en moyenne pour l'Inde 57/1000 enfants morts avant l'âge d'un an ; au Maharashtra en milieu rural 51/1000. Rapport du National Health and Family Survey of India III dans IPPS (2007).

² Selon les dernières statistiques produites par le NHFS (NHFS III 2005-2006), pour tout le Maharashtra, régions rurales et urbaines confondues, 66 % d'accouchements ont lieu en milieu hospitalier alors que lors du sondage NHFS I en 1992-93, 45 % des accouchements ont eu lieu en milieu hospitalier. En régions rurales, le pourcentage d'accouchement en milieu hospitalier s'élève à 51 % (NHFS III) alors que lors du NHFS I ce taux était de 26%. En milieu urbain, le taux d'accouchements en milieu hospitalier est de 85%.

elle, la *suin* demeure une alternative indispensable dans cette région malgré le fait qu'il y ait environ 80 cliniques et hôpitaux à Shirur. En effet, le coût d'un accouchement en milieu hospitalier est souvent élevé¹, en particulier pour les gens issus des milieux pauvres.

Zanabai a continué le travail d'*ayab* jusque dans les années 1990. Simultanément, elle a continué le travail de *suin* en dehors de la clinique. Depuis une dizaine d'années, elle n'assiste plus les accouchements. Elle demeure néanmoins reconnue en tant que *suin* en raison de la poursuite d'une partie de ses activités. Elle fait des massages et dispense des soins post-nataux similaires à ceux décrits plus haut. A la différence d'autres matrones que j'ai pu rencontrer, Zanabai en a fait son métier. Elle rend visite à l'accouchée et au nouveau-né deux fois par jour, le matin et le soir. Ses heures de travail dépendent des souhaits de ses clientes. La session du matin peut durer jusqu'à trois heures et la session du soir une demie heure. Lors de la première session, elle masse la femme et l'enfant avec de l'huile de moutarde. Ensuite, elle leur donne un bain suivi de « fumigation » où elle place des charbons chauds mélangés avec des herbes spécifiques sous un lit fait de chanvre tressé ou un lit en métal. Ainsi, la fumée des charbons peut envelopper la femme afin de la « chauffer ». Selon Zanabai un certain savoir est à acquérir pour ce faire. Il faut déplacer ces charbons de temps à autre et veiller à chauffer suffisamment le corps de la femme sans lui faire de mal.

Aujourd'hui, Zanabai propose ses services aux familles de Shirur qu'elle connaît. Ces familles sont de diverses communautés ; Marwadis, Brahmans, Marathas, Musulmans. Les soins de Zanabai ne sont pas gratuits et tous ses clients doivent avoir les moyens financiers suffisants afin de la rémunérer. Pour des massages quotidiens de quarante jours, Zanabai demande entre 75 roupies et 150 roupies par jour, soit 3000 roupies à 6000 roupies au total². En plus de cette rémunération, le client doit fournir l'huile et les ingrédients divers nécessaires à la préparation de la poudre utilisée en tant que savon

¹ Le prix d'un accouchement normal est d'environ 2500 roupies (environ 50 euros). Celui d'un accouchement par césarienne peut varier de 5000 roupies à 15000 roupies, soit de environ 100 à 300 euros.

² En 2005, un euro était équivalent à environ 50 roupies. Zanabai gagnait entre 1.25 et 3 euros par jour, soit 60 et 120 euros par mois, une rémunération suffisante pour faire vivre sa famille.

lors du bain. La rémunération qu'elle demande pour ces services la différencie d'autres *suin*. Pourtant, beaucoup de gens demande ses services. Elle nous dit, « *Les gens me suivent partout, mais je ne peux pas tout faire. Mon travail est important.* » Le travail de Zanabai est essentiellement physique et se lit sur ses mains endurcies. Elle affirme : « *Ce n'est pas facile, j'ai mal aux mains, aux bras, et au dos* ».

Conclusion

Notre ethnographie de la naissance au Maharashtra illustre comment des pratiques de soins peuvent être modulées en fonction des besoins des femmes et du contexte économique et social autour de l'accouchement. Ainsi, une pratique qui peut sembler ancestrale, comme la pratique des *suin* du Maharashtra peut cacher des syncrétismes, des compromis entre l'ancien et l'actuel. En documentant ces pratiques, l'ethnologue contribue à fournir des données d'analyses pour des anthropologues. D'autre part, comme nous l'avons vu, l'événement de la naissance ne se conçoit pas uniquement comme phénomène biologique. Comme nous le rappelle Sudhir Kakar, ces rituels commémorent des grands événements de la vie, ponctuent le cycle de la vie, et fêtent l'appartenance du nouveau-né dans la famille dans laquelle il vient de naître (Kakar, 1981 : 122). Ainsi, les pratiques et rituels accomplis lors d'un accouchement font partie intégrante d'une conception spirituelle du monde. Ce moment est revêtu de rituels visant la protection de la famille entière. Ici, nous avons vu que Zanabai, tout comme d'autres *suin* et femmes, est garante de ces pratiques.

Le cas de Zanabai, illustre le va et vient entre le maintien des traditions propre à l'exercice d'une fonction ancestrale et l'adaptation d'une femme dans un monde en changement. Parce qu'elle partage des valeurs et une vision du monde avec les gens qui l'entourent et en offrant des services à sa communauté, elle a su maintenir un lien entre les pratiques propres à l'accouchement en milieu traditionnel, et celles en cours en milieu biomédical. De plus, Zanabai a su transformer en métier l'une des activités des *suin* soit les soins du *post-partum*. Ainsi elle demeure *suin* même si elle n'assiste plus les accouchements. La véritable entreprise des soins qu'elle a pu mettre en place et qui lui assure une rémunération mensuelle suffisamment élevée pour

faire vivre sa famille illustre l'adaptation réussie de cette praticienne « traditionnelle » au monde contemporain. Les *suin*, comme Zanabai, mettent en œuvre les moyens pour s'adapter à leur temps et leur milieu et ne sont pas vouées à effectuer un travail essentiellement négatif, avilissant, et polluant tel que certains auteurs on pu le qualifier. Les *suin* sont porteuses d'un savoir technique lors des accouchements. Elles contribuent aussi, de part leur présence et assistance aux rites, à transmettre leur savoir, un héritage populaire et oral en perte.

BIBLIOGRAPHIE

CARRIN, Marine – 1997 *Enfants de la déesse. Dévotion et prétrise féminines au Bengale*, Paris, CNRS Éd.s./Éds. de la Maison des Sciences de l'Homme.

CHAWLA, Janet – 1994 *Child Bearing and Culture : Women Centered Revisioning of the Traditional Widwife : the Dai as a Ritual Practitioner*, New Delhi, Indian Social Institute.

DAVIS FLOYD, Robbie E. & Carolyn SARGENT – 1997 *Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press.

DOUGLAS, Mary – 2001 *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Editions La Découverte & Syros/ Poche.

GELIS, Jacques – 1984 *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI^e-XIX^e siècle*, Paris, Fayard.

GLUSHKOVA, Irina & Anne FELDHAUS (dir.) – 1998 *House and Home in Maharashtra*, New Delhi, Oxford University Press.

FELDHAUS, Anne – 1995 *Water and Womanhood: Religious Meanings of Rivers in Maharashtra*, New York, Oxford University Press.

FULLER, Christopher J. – 1992 *The Camphor Flame: Popular Hinduism and Society in India*, Princeton, Princeton University Press.

GIDEON, Helen – 1962 « A Baby is Born in the Punjab », *American Anthropologist* 64 (6): 1220-1234.

HACKETT, Jessica – 2006 *Une dynamique sociale autour de l'accouchement en milieu rural indien : le cas des suin du Maharashtra*. Université Paul-Cézanne, Aix-Marseille III, Aix-en-Provence, France. 132p. [Mémoire de Master 2. Document non publié].

HERSHMAN, Paul – 1974 « Hair, Sex and Dirt », *Man*, New Series, 9 (2): 274-298.

HILTEBEITEL, Alf – 1981 « Draupadi's Hair » in Madeleine Biardeau (dir.), *Autour de la déesse hindoue*, Paris, Éditions de l'École des Hautes

Etudes en Sciences Sociales (« Purusārtha n°5 ») : 179-214.

INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS) and Macro International – 2005 *Reproductive and child health district level household survey (2002-2004)* Mumbai, IIPS.

INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS) and Macro International – 2007 *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06, India: Key Findings*, Mumbai, IIPS.

JACOBSON, Doranne – 1989 « Golden Handprints and Red-Painted Feet: Hindu Childbirth Rituals in Central India », in Falk, Nancy A & Rita M. Gross (dir.), *Unspoken Worlds: Women's Religious Lives in Non-Western Cultures* 2nd ed. San Francisco, Harper & Row.

JACOBSON, Doranne & Susan S. WADLEY – 1992 *Women in India: Two Perspectives*, New Delhi, Manohar.

JEFFERY, Patricia, Roger JEFFERY & Andrew LYON – 1989 *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*, London / New Jersey, Zed Books Ltd.

KAKAR, Sudhir – 1981 *The Inner World. A Psycho-analytic Study of Childhood and Society in India*, New Delhi, Oxford University Press (2ème édition).

KOROM, Frank J. – 2000 « Holy Cow! The Apotheosis of Zebu, or Why the Cow is Sacred in

Hinduism », *Asian Folklore Studies*, Volume 59 : 181-203.

KOSAMBI, Damodar Dharmanand – 2005 *Myth and Reality: Studies in the Formation of Indian Culture*, Mumbai, Popular Prakashan PVT, Ltd. [1ère édition: 1962]

MAKHLOUF OBERMEYER, Carla – 2000 « Pluralism and Pragmatism: Knowledge and Practice of Birth in Morocco », *Medical Anthropology Quarterly* 14 (2) : 180-201.

POITEVIN, Guy & Hema RAIRKAR – 1985 *Inde : Village au Féminin. La peine d'exister*, Paris, l'Harmattan.

RAIRKAR, Hema – 2007 « Midwives on the Move », in Bel, Poitevin, et al. *Communication Processes – 2*, Delhi, Sage.

SAURA, Bruno – 2000 « Le placenta en Polynésie française : un choix de santé publique confronté à des questions identitaires », *Sciences sociales et santé* 18 (3) : 5-27.

STEWART, Tony K. – 1995 « The Goddess Sasthi Protects Children », in Donald Lopez, Jr. (dir) *Religions of India in Practice*, Princeton, Princeton University Press.

STORK, Hélène – 1986 *Enfances Indiennes: étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*, Paris, Paidós/Le Centurion.

VAN HOLLEN, Cecilia – 2003 *Birth on the Threshold: Childbirth and Modernity in South India*, Berkeley, University of California Press.

WADLEY, Susan (dir.) – 1980 *The Powers of Tamil Women*, Syracuse, Syracuse University Press, (Foreign and Comparative Studies/South Asian Series, 6)

WHO – 2004 *Making Pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant:*

A joint statement by WHO, ICM and FIGO, Geneva: WHO.

ZELLIOT, Eleanor & Maxine BERNSTEN – 1988 *The Experience of Hinduism: Essays on Religion in Maharashtra*, State University of New York Press

**PORTRAITS DE MATRONES EN MARTINIQUE
ET CONSTRUCTION SOCIALE ET SYMBOLIQUE
DES PRATIQUES DE SOINS**

PAOLA LAVRA

L'*HISTOIRE de la naissance dans les sociétés rurales est une histoire en creux* (J. Gélis 1984 : 13), dont on ne peut qu'écouter les silences. Les matrones, contrairement aux médecins, n'ont pas pu écrire leur histoire et documenter leurs pratiques¹. Les deux seuls travaux menés au sujet de l'histoire des matrones à la Martinique sont un mémoire de créole (Atine, H., 1994) et une thèse de médecine (Brival, M.L., 1986). On peut trouver aussi un certain nombre de données à propos des matrones, de la naissance, des soins du corps ou des thérapeutiques locales dans des travaux réalisés dans d'autres sociétés créoles. Ainsi, le travail fait par Laurence Pourchez à la Réunion (2000) a constitué un ouvrage clé pour la connaissance d'une anthro-

¹ "Les femmes qui accouchent au village et les matrones qui les secourent n'ont pas laissé de témoignages ; ou si peu". (Gélis, Op. cit, 13).

pologie de la petite enfance en société créole, compte tenu des particularités historiques et culturelles communes aux deux îles¹. Les travaux de Jean Benoist au sujet des sociétés créoles développent le concept de pluralisme médical et constituent une référence incontournable dans le domaine de l'anthropologie de la santé (1993 ; 1996). Catherine Benoît (2000), soulignant l'originalité des systèmes de représentation du corps et de la maladie dans les sociétés des Amériques noires, a repris le concept de pluralisme médical pour décrire la complexité des recours aux soins en Guadeloupe.

En Martinique, le recours au service des matrones lors des naissances a progressivement disparu après la seconde guerre mondiale en raison de la mise en place d'un système médical moderne, qui, comme ailleurs, a contribué à une meilleure prise en charge sanitaire de la santé des femmes et des nouveau-nés. Le corpus de connaissances et de pratiques dont elles étaient porteuses a semblé disparaître avec elles, suite à la volonté des représentants du système biomédical d'éliminer toute tradition dépourvue d'autorité scientifique. En octobre 1901, un arrêté local a institué, à Saint Pierre et à Fort-de-France, des cours publics d'accouchement, réservés aux femmes sachant lire et écrire, en vue de l'obtention du brevet local de sage-femme, valable pour la Martinique exclusivement. Vingt-cinq ans plus tard, ce brevet local a été remplacé par le Diplôme d'état de sage-femme. Cette institutionnalisation des formations a été l'un des processus majeurs de la médicalisation de l'accouchement. Cependant, les matrones continueront à exercer, de manière illégale, jusque dans les années 1960, malgré l'ordonnance du 24 septembre 1945 qui leur interdit l'exercice de sage-femme².

¹ Les sociétés créoles en question sont des sociétés pluriethniques issues d'une histoire commune de colonisation, d'esclavage de populations d'origine africaine et de mouvements migratoires divers.

² L'ordonnance n 45-2184 du 24 septembre 1945, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de sage-femme interdit l'exercice de la profession de sage-femme à toute personne ne possédant pas le diplôme d'État de sage-femme et non inscrite au tableau de l'ordre des sages-femmes. L'article 12 précise que "l'exercice illégal de la profession de sage-femme est puni d'une amende de 6000 à 12.000 F et, en cas de récidive, d'une amende de 12.000 à 60.000 F et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement". Les matrones non diplômées seront tolérées en Martinique, particulièrement en milieu rural, jusqu'à ce que des sages-femmes diplômées d'état rejoignent les hôpitaux martiniquais (à partir de 1954 pour le nord-atlantique).

La présente contribution constitue une partie de mon travail de thèse au sujet de l'anthropologie de la naissance et de la petite enfance en Martinique. Les données du terrain ont été recueillies de 2002 à 2006 dans la région nord atlantique de l'île. Plusieurs modes d'investigation m'ont permis d'explorer cet univers. J'ai observé les pratiques hospitalières autour de la naissance lors d'un stage en 2004/2005 à la maternité de l'hôpital de Trinité. J'ai longuement discuté avec des femmes et des professionnels de la santé. De plus, j'ai accompagné des sages-femmes à domicile dans leurs visites pré ou post-natales et dans leurs séances de préparation à l'accouchement. Enfin, j'ai recueilli les discours des matrones qui relatent leur pratique, exercée jusque dans les années 1960, voire plus tard.

Ce chapitre a pour objectif de présenter plusieurs aspects des anciennes pratiques des matrones en Martinique. D'abord je présenterais certains éléments historiques et biographiques qui permettront au lecteur de mieux saisir la construction des pratiques de soins prodigués par la matrone Hortensia que j'aborderai en second lieu. Ensuite, j'illustrerai certains faits en rapport avec la médicalisation en rapportant le témoignage d'une matrone qui a exercé dans l'institution hospitalière de l'île. Enfin, je m'intéresserai à l'impact de la biomédicalisation de l'accouchement sur les activités des matrones et à la persistance de leur univers dans le vécu actuel de l'accouchement.

Contexte social des pratiques de soins

Éléments biographiques

J'ai rencontré Hortensia en mai 2002, devant son jardin de simples¹, dans une case édifiée sur une terrasse qui domine les mornes et les vallées d'un quartier rural d'une ville du nord de la Martinique. C'est ici qu'elle a débuté son activité de matrone et de guérisseuse dès l'âge

¹ Le jardin de plantes médicinales (simples) est partie constitutive de la case antillaise dont il occupe une zone très proche de la maison et protégée du soleil ; mais, surtout, il est "l'espace de projection des cosmogonies antillaises, le choix et la disposition des plantes dépendant des relations que ses habitants entretiennent avec leur environnement familial, social, et le monde des morts". (Benoît, 2000, 129).

de 18 ans, « ans hich ni mari »¹. Sa sœur aînée était une accoucheuse et, depuis son jeune âge, Hortensia la suivait et l'assistait dans les accouchements. Après sa mort, Hortensia était la seule héritière de son savoir et la communauté l'a reconnût capable d'assumer cette tâche. En effet, en accouchant seule et en coupant elle-même le cordon de ses propres enfants, elle avait fait preuve d'une qualité essentielle : la capacité de supporter sa douleur et celle des autres. Évoquant un dialogue avec le médecin du village, elle explique ainsi ses débuts :

H. - « Je dis : - Docteur, je suis une malheureuse, j'ai fait tout comme je pouvais, j'ai accouché mon corps et puis... »

Docteur - « Tu en es bien capable, tu sais accoucher, tu es une femme solide ».

H. - « Je n'avais personne pour m'aider, ma mère était morte avant que je puisse la connaître, mon père est mort quand j'avais huit ans, il n'y avait personne pour nous aider ... »

Âgée de huit ans et déjà orpheline de mère, elle dut faire face à la mort de son père qui laissait seize enfants vivants comme seul héritage à sa dernière femme. Mariée, elle deviendra elle-même mère de sept enfants, dont trois vivent aujourd'hui avec elle.

Rencontrer des matrones et des guérisseuses ne s'est pas révéler un exercice facile à la Martinique comme ailleurs. Pour recueillir le témoignage de la matrone Hortensia, Christiane, une de mes amies qui exerce en tant que cadre hospitalière, a agi en bonne médiatrice. Hortensia lui devait un service puisqu'elle avait aidé l'une des filles à trouver une place d'infirmière à l'hôpital. Cependant, nos entretiens n'ont pu avoir lieu qu'en présence d'une autre de ses filles, Marie, sensée veiller sur le respect de la tradition qui entoure ce monde et ses pratiques. La confiance s'est installée au fil du temps, le récit de la vie d'Hortensia a pris forme.

Hortensia fait partie des personnes dites « Congo ». A la Martinique, ce terme fait référence aux Africains, anciens esclaves rachetés et recrutés, surtout au Congo, et conduits dans l'île après l'abolition de

¹ Sans enfants ni mari.

l'esclavage¹. Ils étaient destinés, comme les engagés² indiens, à remplacer les esclaves affranchis qui ne voulaient plus travailler sur les plantations. Aux yeux des affranchis, les Congo relevaient donc d'un statut inférieur et représentaient également un obstacle dans leur lutte pour des meilleures conditions de travail. Ils étaient plus mal lotis que les autres travailleurs des plantations, car, selon les propos d'Hortensia, « on retenait un dixième de leur salaire destiné à un rapatriement qui souvent ne se réalisait pas ». Par ailleurs, leur absence de métissage avec la population blanche les classait à la dernière marche d'une hiérarchie sociale largement fondée sur la couleur. Le degré de pigmentation, associé à une grande pauvreté, fera par la suite de tout noir misérable un « Congo », quelle que soit son origine réelle. Hortensia appartenait au monde misérable des travailleurs de la banane. En se remémorant cette période de sa vie, elle nous dit :

« Le travail dans la banane est le plus dur qu'il y a sur la terre : un régime de bananes pesait 20 kilos ... Ces malheureux ne gagnaient que 800 francs par mois ! On a fait la grève, mais... le petit n'a pas raison devant le puissant. On n'avait pas le droit de tomber malades... Ah, Bon Dieu, l'homme malheureux, c'est triste, eh ? La plus mauvaise richesse est d'être malheureux, je l'ai reproché au Bon Dieu... »

Condition et fonction sociale des matrones

« On ne peut évoquer le personnage de la matrone ancienne sans montrer qu'à la ville comme à la campagne, c'est une femme pauvre » et son exercice « un métier vil que les médecins (...) estiment n'être exercé que par des femmes de peu ; et même auprès des femmes de qualité, l'accoucheuse est d'une origine très basse » (Laget, 1982 : 140-141). Hortensia est pauvre et d'origine Congo. Son infériorité sociale

¹ A. Nicolas (1996 : 56) précise les circonstances de cette nouvelle traite : après l'abolition de l'esclavage, "La Maison Régis de Marseille s'offrit en 1857 pour introduire quelques milliers d'Africains. Elle fut autorisée à racheter des noirs déjà esclaves sur le continent africain, qui étaient aussitôt libérés et transportés aux Antilles avec un contrat d'engagement de cinq ans.[...] Elle transporta ainsi neuf mille quatre-vingt personnes recrutées surtout au Congo. D'où le nom qu'on leur donna en Martinique ».

² Le contrat d'engagement est de cinq ans mais rares sont les cas de ceux qui quittent la Martinique.

et son quotidien malheureux l'ont conduite à prendre en charge la maladie et la douleur des autres, la vie et la mort. Cette fonction lui confère en retour un statut social plus valorisé. Elle a assisté les femmes pauvres, sans en attendre de récompense monétaire, elle qui détient un pouvoir de médiation entre le monde d'ici-bas et « l'arrière-monde »¹, pouvoir qui, comme Hortensia le précise souvent, lui serait conféré par Dieu :

« Qu'est ce que je pouvais faire ? Je n'avais pas d'argent, je n'avais rien, j'étais malheureuse, mais j'ai fait avec le Bon Dieu et le Bon Dieu avec moi. Je l'ai fait plus comme cadeau que pour l'argent. Je pouvais prendre 200 francs après avoir fini tout mon travail, mais pas de toutes les femmes. Man Leona qui a la boutique là, elle pouvait me donner de l'argent. Les autres étaient malheureuses comme moi... Mais, si j'avais été diplômée... »

Selon ses propos, le diplôme aurait permis à Hortensia d'être reconvenue socialement comme une femme instruite, désignée et rémunérée par l'État. Elle aurait détenu un savoir médical doué d'autorité et non un pouvoir rituel lié au monde sombre et dangereux de la magie. Sa fonction aurait été de gérer les dangers liés à la physiologie et non ceux mis en œuvre par les forces du mal.

Hortensia s'occupait de la naissance, mais elle était aussi en relation avec la mort, lorsqu'elle s'occupait de laver et habiller les corps des défunts. La frontière était mince entre les deux mondes à une époque où la mortalité maternelle et infantile était encore importante. En faisant naître un enfant, la matrone l'arrachait à la mort qui en aurait fait une âme sans baptême, destinée à errer et potentiellement malfaisante. Cette frontière est particulièrement mince aux Antilles où « le mort a le pouvoir de perturber l'ordre social, ce qui montre qu'il n'y a pas de séparation nette entre l'univers des vivants et le royaume des morts... » (Confiant, 2000 :428). Le lien entre les deux mondes s'établit autour de la question de l'impureté. Cette idée de l'impureté de la femme enceinte et du temps de la gestation dérive directement de la pensée augustinienne selon laquelle l'enfant est « conçu dans l'iniqui-

¹ Je vais revenir sur la définition de ce concept p.5 : « monde qui précède la naissance, mais aussi monde ancien, qui appartient à une autre époque, celle de l'esclavage... »

té » et « porté dans le péché » (Gélis, Laget, Morel, 1978 : 28). L'influence de cette pensée sur les représentations de l'enfant et de la gestation s'est exercée, aux colonies, à travers l'œuvre « civilisatrice » des missionnaires. Toutefois, aux Antilles, l'impureté à laquelle sont exposés la mère, l'enfant et, par contamination, la matrone, serait plutôt à identifier avec celle d'un « arrière-monde » : monde qui précède la naissance, mais aussi monde ancien, qui appartient à une autre époque, celle de l'esclavage ; monde caché dont viennent tous les « fantômes », zombis ou revenants, qui peuplent l'imaginaire antillais. La femme qui meurt en couches ou le bébé qui meurt sans baptême sont, d'ailleurs, eux-mêmes des revenants (Confiant, 2000). Leur présence hante les lieux déserts à la tombée de la nuit, raison pour laquelle Marie, la fille d'Hortensia qui la suit dans ses déplacements, ne peut pas accompagner sa mère le soir. L'idée de la contamination est clairement explicitée par ses propos :

« Je suis la cinquième, c'est moi qui partais partout avec elle, mais la nuit je n'allais pas; j'aurais tant aimé aller la nuit ! Et puis, souvent, on demande à ma mère de répéter (ses récits des pratiques anciennes) et alors je me souviens des choses... c'est elle qui habillait les morts, qui préparait les morts; et, quand j'ai pris conscience de ça, vers mes quatorze ans, quand elle y allait, je ne voulais pas qu'elle me coiffe, qu'elle me fasse à manger, rien du tout. C'est là ce moment-là que je me suis rendue compte de ce qu'elle faisait... »

*Apprentissage et transmission du savoir
Matrones et accoucheuses sans ciseaux*

Dans l'Europe ancienne, « la bonne matrone que l'Église appelle de ses vœux (...) doit être mariée » et « on juge indispensable qu'elle ait été mère » (Gélis, Laget, Morel, 1978 : 79). Hortensia, elle, accompagnait sa sœur accoucheuse dès l'âge de dix-huit ans, alors qu'elle était encore célibataire et sans enfants. C'est seulement après le décès de son aînée et une fois devenue mère elle-même (donc adulte), qu'elle fut appelée à sa mission par la communauté¹. Auparavant, elle avait été initiée par sa sœur en tant qu'« akouchez san sizo », terme qui désigne, à la Martinique, les femmes qui aident à l'accouchement mais

¹ Cette question est détaillée dans le paragraphe qui suit.

qui ne sont pas reconnues comme détentrices de pouvoirs particuliers (magiques et thérapeutiques). Ceux-ci sont associés à l'objet rituel par excellence : les ciseaux. La matrone, avant d'être admise dans le cercle des femmes-sages (en créole «fanm-saj»), doit passer par une période d'apprentissage «sans ciseaux» plus ou moins longue, qui, dans le cas d'Hortensia, semble avoir été réduite du fait de la mort soudaine de sa sœur. Dans cette période d'apprentissage, la jeune fille a accès au domaine des connaissances concernant la naissance, la sexualité avant le mariage et l'enfantement. Contrairement à ce qui se passe pour les autres jeunes filles, non formées en tant que matrones, cette connaissance n'est pas, pour elle, l'objet d'un interdit. Car elle est nécessaire à l'apprentissage du métier :

« Au début ? Je suis allée avec ma sœur, elle allait accoucher les femmes (...) et puis je suis devenue adulte et les gens venaient me dire : Hortensia, il faut aller à tel endroit... »

La naissance en zone rurale martiniquaise

Afin de mieux comprendre le contexte social et symbolique dans lequel Hortensia effectuait ses pratiques il est nécessaire de les détailler brièvement. Les savoir-faire de cette matrone ne se limitent pas à l'accueil du nouveau-né. Ils s'appliquent, pendant la grossesse, au moment où la mère et le fœtus sont fragilisés et exposés aux influences mauvaises. Selon Hortensia, cette fragilité résulte de deux causes et nécessite une double intervention de la matrone. La première intervention est d'ordre physiologique. Elle est fondée sur la notion du chaud et du froid ¹ qui fait dépendre la santé du corps de son équilibre thermique : « il ne doit être ni trop chaud ni trop froid ». Un dés-

¹ La notion de chaud et de froid a fait l'objet de nombreuses études qu'on peut ramener, avec C. Benoît (2000, 72-73) à deux problématiques de fond : la première, diffusionniste, prend en compte le processus d'acculturation dans les Amériques et considère cette notion d'origine amérindienne ou issue du syncrétisme entre la culture amérindienne et la théorie hippocratique ; la deuxième, fonctionnaliste, dérive ce principe directement des médecines savantes européennes des XVII^e et XVIII^e siècles et donc de la théorie sur les humeurs d'Hippocrate. Selon ce dernier, le corps renferme quatre humeurs qui possèdent chacune deux qualités : le sang est chaud et humide, la bile ou bile jaune est chaude et sèche, l'atrabile ou bile noire est froide et sèche, le flegme est froid et humide. Ici la catégorie du chaud et du froid se double de celle du sec et de l'humide. La santé est due à l'ajustement de ces contraires dans le corps. (Mosse, 1984, 24-29).

équilibre éventuel peut coaguler le sang ou le rendre liquide. Pendant la grossesse, le corps a tendance à s'échauffer, il faut donc le rafraîchir et éviter l'inflammation de la matrice. Additionnée à ces logiques, une autre causalité surnaturelle est invoquée pour expliquer le désordre. Cette dernière n'est pas en conflit avec la causalité naturelle ; elle est en cohérence avec la logique qui oppose l'homme à une « surnature » méconnue et dangereuse. La connaissance empirique de la nature peut permettre à la matrone d'exercer un certain contrôle sur le corps. Néanmoins, le surnaturel ne peut être appréhendé et combattu par la matrone que par le recours à la prière ou en faisant appel aux forces du mal propres à cet univers.

De la pratique au pouvoir rituel

L'apprentissage de la pratique ne confère pas à l'accoucheuse les compétences thérapeutiques et rituelles d'une matrone. Ces dernières sont transmises de mère en fille (ou d'un membre de la famille à un autre) et renforcées par la vocation personnelle. La matrone doit, donc, donner à la communauté la preuve de sa compétence effective en accouchant seule et en coupant elle-même le cordon ombilical. Hortensia a mis seule ses enfants au monde et a pratiqué seule le rite de la coupure du cordon qui marque le passage du monde de l'au-delà au monde des vivants. Lors du récit de son accouchement, Hortensia nous donne les détails de cette pratique :

« Moi-même ! Je le coupe (le cordon) et je le mange (...). Comment j'accouche ? Je reste là, je sens que je dois accoucher ; je pars chercher un petit sac, vous ne le connaissez pas, un *sac gra*, un sac *grano*. Je le mets à terre et je me mets là ; je me prépare du thé au basilic, ça réchauffe ; j'en prends un bol, je le fais sucré sucré : si tu veux faire accoucher une femme vite, tu le fais sucré sucré, tu lui donnes à boire, la chaleur se propage en elle ; je bois mon thé, je sens quand je suis prête, que le bébé commence. Je vais chercher de l'eau, je m'assois à terre, j'appelle le Bon Dieu et la Sainte Croix de Jésus-Christ venez en aide, je reste là et puis je fais mmh, mmh mmh, et lui ou elle sort. Je m'occupe de moi, je prends mes ciseaux, je prends toutes les petites affaires que j'avais mises de mon côté.... »

Le « sac gra » (sac en tissus très épais utilisé autrefois) est, certes, un objet du quotidien dont l'utilisation est spécifique aux personnes des couches sociales pauvres. Sa présence, lors de l'accouchement, est aussi à mettre en relation avec une pensée analogique selon laquelle le « gras » permet de faire glisser l'enfant plus facilement vers l'extérieur. De plus, ce sac usagé, est jugé le mieux adapté à recueillir le délivre et les lochies¹ avant qu'ils soient enterrés. De plus, l'ingestion du cordon ombilical par Hortensia est nécessaire afin d'éviter toute appropriation maléfique du nouveau-né, par subtilisation du cordon. En effet, ce dernier peut être utilisé pour « faire du mal à l'enfant » si on ne s'empresse pas de l'enterrer sous un arbre fruitier, à l'insu de toute présence étrangère à la famille. Or, Hortensia est seule lors de son accouchement. Elle doit soustraire le cordon, donc son enfant, à tout risque d'appropriation malfaisante. Le recours à la prière est clairement associé à l'élément magique, expression d'un syncrétisme religieux dû à la pluralité des cultures en présence. Dans le discours d'Hortensia, c'est le Bon Dieu qui agit à travers elle et qui lui confère un pouvoir de médiation entre deux mondes ; un pouvoir qu'il faut maîtriser au moment crucial de la naissance afin d'écarter les influences maléfiques. Il s'agit, par exemple, d'éviter la « tête marrée » lorsque le bébé est attaché à l'intérieur du ventre de sa mère et qu'il ne peut sortir. Dans ce cas, la matrone devra « jeter la prière » avec une violence similaire à celle exercée lorsqu'on jette un sort. Cette prière doit entrer dans un corps possédé par le mal et le faire sortir afin que le bébé puisse sortir à son tour. Voilà ce que nous explique Hortensia à ce sujet :

« Ce n'est pas moi, je l'ai dit, c'est le bon Dieu, parce que moi je pars, les gens m'appelaient à minuit, une heure du matin, dix heures du soir... je m'habille, je prends mon mouchoir en madras, j'attache mes reins, parce qu'il faut prendre de la force pour aider ces gens-là. [...] Et parfois il fallait faire ses prières pour ce qu'on appelle "tête marrée", je jetais la prière dans le corps de ces femmes, tu dois prier avant de partir. J'appelle tous les saints qui peuvent être avec moi pour accoucher une femme.... »

¹ C'est-à-dire le placenta ainsi que les eaux et le sang utérin.

Hortensia et les étapes de la reproduction

Les pratiques de prévention et de protection pendant la grossesse

Selon les propos d'Hortensia, pendant la grossesse, l'équilibre entre le chaud et le froid doit être constamment maintenu grâce à des tisanes rafraîchissantes. En effet, la chaleur de la matrice¹ baisse pour permettre au sang de former le placenta ; toutefois, si le froid est excessif, le sang stagne et il faut l'évacuer. Une souffrance du ventre (*Souffé di varré*) peut alors annoncer une descente de la matrice (*desant matris*), appelée aussi *maman van* (maman du ventre). Elle résulte d'un réchauffement excessif de cet organe qui lutte pour évacuer le sang qui stagne. Dans ce cas précis, les compétences thérapeutiques de la matrone consistent en un massage du ventre (*fivoté bouden*) qui doit réchauffer l'organe et liquéfier le sang. Il est suivi d'un bandage du ventre (*marré vant*). La fonction rituelle de cette pratique est de protéger la mère et l'enfant. Le tout premier geste destiné à assurer la protection de l'enfant pendant toute la durée de la grossesse consiste à frotter le ventre de la mère avec de l'huile de ricin ou de *palmakeristi* (obtenu à partir des feuilles de *Ricinus communis*) et de le « marrer » (l'attacher) avec un morceau de toile bien épaisse, plié en quatre. Le verbe *marré* a deux significations : lier, attacher et soutenir mais aussi faire des nœuds magiques, prendre au piège, jeter un sort. On *marre* (attache) pour ne pas être *marré* (ensorcelé). Un acte en conjure un autre, la bande pliée symboliquement en quatre et associée au massage rituel devient une des thérapies spécifiques destinées à prévenir les « maladies » de la naissance et de la petite enfance.

À la question de sa fille, qui lui demande si elle attachait son ventre quand elle était enceinte, Hortensia répond :

«Quand tu devais accoucher, tu devais mettre une bande pour le ventre: tu prends un morceau de toile bien épaisse, tu le plies en quatre, tu en fais une bande. Tu prends l'huile de ricin, tu masses tout le ventre bien comme il faut, tu l'attaches bien avec cette bande et puis c'est solide (...) Alors, même la matrice qui descend, là elle reprend sa place ; parce que,

¹ La matrice fait référence à ce que la biomédecine désigne par le terme utérus

quand la matrice n'est pas en place, tu souffres, tu le sens quand tu marches ».

La descente de la matrice peut être aussi provoquée par une chute ou par le fait de soulever un objet trop lourd. Dans les cas les plus graves, elle peut entraîner une fausse-couche. La peur constante de tomber ou de trébucher résulte du lien établi, par les femmes et les matrones, entre la chute (*anso*) et le sort qui l'a provoquée. L'*anso*, suivi d'un saignement, est signe d'un risque de fausse-couche. Le simple massage suivi du bandage ne suffira pas. Dans ce cas, Hortensia a recours aux plantes médicinales et aux emplâtres. Hortensia nous donne ici un exemple d'emplâtre destiné à consolider l'enfant. Le bébé est en effet considéré comme mou et vivant dans du liquide : il s'agit donc de le solidifier et de le durcir matériellement et symboliquement, en faisant ingérer l'emplâtre à la mère ou en en déposant une partie sur son nombril :

« Si tu tombes et il y a une petite tache de sang sur ton pantalon, là je te donne quelque chose pour faire monter, pour garder ton bébé. Je prends la *moussache*, (la fécule de manioc), je prends du vinaigre, je mélange ça bien, c'est dur dur dur, et puis je lui donne à boire et le reste je l'utilise pour frotter son nombril, bien comme il faut; et puis je pars et je reviens demander comment va-t-elle et j'attache son ventre pour qu'elle garde son bébé ».

Pour éviter la coagulation du sang, la matrone réchauffe le ventre de la femme avec du rhum chaud. Cette pratique a aussi pour objectif de stimuler les mouvements de l'enfant afin de s'assurer qu'il est bien vivant :

« Avant tout, je lui donne un coup de rhum (une application de rhum) sur le ventre ; puis, pour savoir sûrement si le bébé n'est pas mort, je lui mets du rhum chaud sur le ventre, avec une serviette bien épaisse, qui puisse bien garder la chaleur, tu la mets sur le ventre, tu peux même vider une chopine (demi-litre) sur la serviette. Le bébé fait gonfler ça : s'il n'est pas mort, ça gonfle ».

Le temps fort de l'accouchement débute avec l'entrée en travail, marquée par la douleur. Ce temps est défini par l'expression : *moun lan malad* (la femme est malade). On fait appeler la matrone, qui ne peut, en aucun cas, refuser de répondre à cet appel : elle est, en effet, considérée responsable de la vie de la mère et du bébé qui, en cas de mort, deviendraient des âmes errantes en quête de vengeance. L'intervention de la matrone est d'abord caractérisée par la maîtrise du temps scandé par les douleurs (*doulé* ou *koliké*). À partir du moment où la matrone reconnaît les douleurs comme étant celles de l'expulsion, elle en compte de sept à dix pour arriver à la dilatation complète. Elle questionne donc la femme qui est sensée connaître son corps et le seuil de tolérance de ses douleurs. Ensuite, elle prépare et assouplit le corps de la femme en lui donnant un bain et en lui massant le ventre et les parties génitales avec du savon de Marseille, dont la consistance visqueuse doit favoriser la descente du bébé. L'examen du ventre et du col de l'utérus lui permet d'évaluer l'avancée du travail d'accouchement.

Stimuler les contractions

Pour stimuler les contractions, la matrone peut asperger le ventre de rhum tiède. L'équilibre entre le chaud et le froid qui assure, pendant toute la grossesse, le bon état de santé de la mère et de l'enfant, doit ici être rompu pour faire sortir le bébé. Si l'expulsion ne se produit pas au bout de sept *koliks*¹, la femme est considérée appartenir à la catégorie des femmes qui ont les « pieds longs » (*ni pié lonn*), expression créole qui définit un temps long, interminable. La matrone a l'expérience de ces femmes chez lesquelles les contractions ne produisent pas une dilatation suffisante. Il faut alors déclencher l'accouchement en augmentant la chaleur du corps par la prise d'un *thé pays* sucré et bien chaud. Il s'avère toutefois que les causes liées au travail d'accouchement prolongé ne sont pas seulement d'ordre physiologique. Parfois, la matrone doit faire appel à la magie :

« Celles qui prennent du temps ? Je leur donne du thé au basilic, je prends de la *montèse*, cette herbe qui pique, je la coupe à

¹ Le nombre sept est souvent utilisé dans les rites magiques (Leti, 2000 : 125)

la racine, je la fais bien bouillir, je lui donne; ou bien, s'il y a une croisée de chemins, où il y a du *grouduel*, l'herbe qu'on donne aux lapins et qui pousse "en courant le long de la croisée", alors tu prends un peu de cette herbe, tu prépares du thé avec et tu lui donnes. Ou tu fais du thé *d'ignames dji*, mais maintenant il n'y a plus personne qui fait ça... »

La matrone utilise les propriétés des plantes médicinales. Elle perpétue aussi des gestes magiques destinés à éloigner le mal. G. Lété, historienne qui a étudié l'univers magico-religieux antillais, nous éclaire à ce propos : « le carrefour joue un rôle important dans les croyances. C'est le lieu où errent les esprits malfaisants qui n'ont pu être replacés dans leurs tombes. Sa puissance maléfique est liée au nombre de chemins qui s'entrecroisent. (...) On évoque le roi ou le dieu des carrefours » (2000, 36). À propos de l'accouchement, elle rappelle que, au temps des matrones, « la parturiente devait avaler un thé fait avec la poussière ramassée aux quatre coins de la case » là où autrefois « on plaçait des cornes de lambis, protectrices du foyer. C'est en fait la poussière issue de ce coquillage qui était utilisée » (2000 : 14).

L'enfant marré

Les forces du mal agissent par l'intermédiaire des sorciers dits en Martinique *quimboiseurs*, *séanciers* et *gadè zafé* (ceux qui regardent les affaires). Les quimboiseurs sont considérés comme les plus dangereux puisqu'ils pratiquent la magie noire et auraient conclu un pacte avec le diable. C'est à eux qu'Hortensia fait allusion lorsqu'elle parle des « vieux nègres » responsables du sort qui marre l'enfant dans le ventre de la mère. Chercher les remèdes contre ces forces maléfiques dans leur lieu de résidence, la croisée, correspondrait alors à les combattre avec les mêmes moyens :

« Si le bébé est marré, il faut le libérer, il faut qu'il sorte, parce que, avant, il y avait des gens méchants : si tu avais été haitaine avec ces vieux nègres diaboliques... Tu les connais, les vié neg ? Ils sont mauvais, ils ne peuvent pas te voir, ils te lançaient un truc, ils attachaient le bébé dans ton ventre et il ne pouvait pas sortir. Cette herbe, on l'appelait la menthe glaciale, tu la jetais dans son corps, et puis, si tu as une liane qui traverse le chemin, tu fais du thé avec et tu lui donnes ».

Le passage difficile et délicat du bébé par le vagin est représenté comme une porte qu'il faut ouvrir avec des gestes répétés dont la répétition a valeur d'invocation. La position de la femme au moment de l'accouchement doit favoriser la descente de l'enfant et permettre à la mère de bien pousser. La force d'une femme ne réside pas nécessairement dans le corps, elle est plutôt assimilée au courage et à la capacité de supporter toute forme de misère, matérielle et physique. Les femmes qui accouchent sur leur lit sont d'ailleurs celles qui peuvent en disposer et qui vivent plutôt dans l'aisance. Avec elles, Hortensia « le fait en douceur », sur le lit ; ses mots et ses gestes sont plutôt rassurants.

Accoucher ne va pas sans risques ni accidents. Parmi les plus courants, Hortensia cite le *antour bwaio* (cordon enroulé autour du cou), risque d'étranglement du bébé, devant lequel la matrone doit reconnaître la complication et faire descendre manuellement le cordon. Toute intervention est donc accompagnée de prières et d'invocation des saints protecteurs de la mère et de l'enfant :

« Et puis, si parfois il y a un tour du cordon, le cordon passe autour du cou, ça risque de l'étrangler, même si tu n'as pas mal! (...) Alors là tu mets la main dedans, tu fais glisser le cordon, descendre, crack, et puis il passe par la tête... et parfois il fallait faire ses prières, la tête marrée, c'est ce qu'on appelle *têt marré* ».

Dans le cas d'une présentation anormale, la matrone est capable d'opérer un retournement manuel du corps du bébé : l'enfant suit ainsi un parcours circulaire qui le pousse à descendre. L'enfant est, encore une fois, considéré comme mou, donc capable d'être orienté vers la sortie et, par la suite, modelé et façonné physiquement et symboliquement :

« S'il sort par les fesses, le bébé donne son dos ; là tu introduis la main, et, puisque l'enfant est mou, tu essaies d'introduire tes mains, plutôt doucement. Quand tu rentres, tu le sens: les pieds se détendent, l'enfant a relâché son corps, là tu touches la tête, tu le retournes, tu le remues, tu le fais bouger,

tu fais bouger le ventre de la mère, une main dedans, une main dehors ; tu l'amènes vers toi (...) le bébé a tracé son chemin, il te montre le chemin ».

Couper le cordon

Après la naissance, la matrone laisse la femme dans l'attente de la délivrance pour s'occuper du bébé : elle enroule le cordon dans de la gaze, le coupe, l'attache (*mwen ka marré y*) avec un bout de fil; entortille le restant du fil autour du nombril (*le rest fil là mwen ka tortiyie y marré y ti but boio a*). Elle nettoie le bébé et le badigeonne avec du rhum, dont la fonction est de le désinfecter mais aussi de le purifier. À la naissance, l'enfant sortant de la matrice, impure, est aussi considéré comme tel. La matrone s'assure enfin que le cordon soit enterré sous un arbre fruitier dans le jardin pour que le *piéd* de cet arbre puisse symboliquement grandir et donner des fruits.

La délivrance

Le post-partum est un temps porteur de risques et d'angoisses en raison de la survenue éventuelle d'une délivrance tardive qui peut provoquer une inflammation, une fièvre et parfois la mort de la mère. L'inflammation est toujours attribuée à un échauffement excessif du sang, et a pour conséquence la rétention du placenta à l'intérieur de la matrice. Le traitement de cette complication obstétricale était le suivant :

« ...s'il ne sort pas, tu appuies sur le ventre, tu appuies un peu, si tu es pressée, tu fais souffler la femme dans une bouquette ; mais il s'agit d'une inflammation, c'est l'inflammation qui fait qu'il colle. Alors là tu le décolles ».

Purger et purifier

Après l'accouchement, il faut purger le corps et rétablir son équilibre, le « fermer », remettre en place le ventre, afin de rétablir la mère et éviter une possible contamination de l'enfant par le « vieux sang ». La purge (*an lok*) est composée ainsi :

« On prend un gros morceau de cacao, on le râpe, on le coule, et puis on le fait bouillir, on met de l'huile de ricin, un peu d'huile à manger, et du miel, on le remue et on le donne à boire à la femme après l'accouchement. Après trois ou quatre jours, on lui donne une purge, mais il ne faut pas qu'elle n'allait le bébé ! »

La purge est administrée à la mère pendant trois jours durant lesquels elle ne doit pas allaiter le bébé pour éviter que le vieux sang, en passant dans le lait, lui donne des boutons. Pendant ce temps, le bébé est alimenté avec de l'eau sucrée donnée à la tasse. À cette première purification fait suite une période plus longue, de 40 à 45 jours, pendant laquelle la femme doit éviter les rapports sexuels et ne doit pas se laver le sexe. La purge est en effet un moyen de purification interne destinée à évacuer le « vieux sang mauvais » ; pour qu'il sorte, il faut éviter de faire rentrer de l'eau dans la matrice. L'eau pourrait aussi refroidir la matrice et provoquer une des graves maladies qui caractérisent les suites des couches.

Le post-partum

Pendant cette période du *post-partum*, la mère est exposée au danger de la « suite des couches » (*swit kouch* ou (*refroidissement*)), complication que l'on estime due à un refroidissement du corps fragilisé par l'accouchement, et qui se manifeste par de la fièvre et des douleurs très fortes. Dans les cas les plus graves, le sang se transforme en eau et peut entraîner la mort de la femme. Il faut alors rétablir l'équilibre entre le chaud et le froid à l'aide de tisanes, dont la vertu est de réchauffer, ou frictionner la femme avec du rhum, puis la couvrir avec des couvertures. Selon les femmes, la survenue des complications du *post-partum* est liée à la violation des interdits spécifiques de cette période : éviter d'aller à la rivière, de boire de l'eau glacée, d'ouvrir le réfrigérateur, de prendre un bain ou de se laver les cheveux, d'être mouillée par la pluie. Une autre série d'interdits concerne le risque de descente de la matrice et le *malvant dérangé*.

Cette expression désigne un « dérangement » du ventre entraînant des fortes douleurs dans sa partie basse. On « attrape » *un mal de ventre dé-*

*rangé*¹ suite à un coup, à un faux-pas, à une chute, au soulèvement d'un poids trop lourd, au ventre *non levé* après l'accouchement. Ses causes et ses symptômes paraissent semblables à ceux d'une *dessant matris* (descente de la matrice), mais les matrones et les guérisseuses précisent qu'il s'agit de deux cas différents, car le *malvant dérangé* n'est pas nécessairement associé à la grossesse et à l'accouchement, mais peut survenir chez une nullipare^a. Hortensia décrit comme suit le traitement de la maladie :

« Si c'est un mal de ventre, *malvant derangé*, je monte avec un bol, ou bien une grande tasse. Tu arrives, tu frottes bien, tu prends ton bol, tu le réchauffes bien et puis tu le poses sur le nombril et tu ramasses (le mal qui est entré dans le corps ouvert) ; puis tu attaches son ventre, le laisses attaché pendant huit jours, tu viens et tu le démarres, tu fais mettre la femme debout et il faut qu'elle te dise si elle a mal : tu as mal aux reins, mal au ventre ? Non ? Alors tout est fermé : il faut lui donner du thé ».

Le traitement *malvant dérangé* change d'une matrone à une autre (administration de tisanes, ramassage de la matrice, massages...) et conduit à effectuer un « acte de ramassage » symbolique d'une « maladie culturelle »² reconnue et nommée en milieu populaire. La médecine officielle en reconnaît les symptômes mais ne trouve pas de réelle correspondance nosologique avec ce mal décrit par les accouchées. « En termes médicaux [...] on peut dire qu'il s'agit d'une pathologie qui relève à la fois du prolapsus, du fibrome, de l'infection, voire même du cancer de la matrice » (Brival, 1986 : 29). D'un point de vue émiq, le *malvant dérangé* serait lié à la présence d'un corps extérieur qui a été introduit dans le ventre pour provoquer une souffrance, une descente et une nécrose de la matrice pour qu'elle ne puisse plus donner de fruits. La cause est d'ailleurs souvent identifiée à un traumatisme (coup ou chute) qui aurait provoqué un *sang pier* (le sang coagulé devient

¹ « man te trapé an malvant dérangé »... (J'ai attrapé un mal de ventre dérangé...)

² Cette expression est empruntée à E. Vilayleck (1996) qui, à propos du *bles*, maladie de la petite enfance, s'exprime comme suit : « Il semble que le *bles* échappe au système de la médecine officielle et qu'elle relève plutôt de ce que l'on appelle les maladies culturelles ; [...]c'est-à-dire ce que les chercheurs américains ont appelé : "culture bound syndrom", traduit abusivement par « maladie culturelle », soit la rencontre entre un mal-être physiologique et un modèle culturel... »

comme une pierre), d'où la nécessité de réchauffer pour faire fondre le sang et remonter la matrice. Le ramassage rituel avec le bol montre clairement qu'on doit ramasser, donc extraire ce corps étranger qui s'est emparé de la matrice.

Après avoir approché certains aspects sociaux et symboliques des pratiques des matrones, la troisième partie de mon chapitre est consacrée aux modalités de rencontre entre le système de médecine traditionnelle que je viens de décrire et le système biomédical. Je rapporte ici l'expérience personnelle d'Hortensia dans ce domaine afin d'illustrer cette transition et la disparition progressive des pratiques des matrones en Martinique.

De la rencontre de deux systèmes de naissance

L'expérience hospitalière d'Hortensia

Hortensia a accouché de sa dernière fille à l'hôpital. Elle fait le récit des circonstances dans lesquelles cette décision a été prise.

«J'étais chez madame B. (la sage-femme de la PMI), [pour sa consultation de fin de grossesse] et un camion est passé au moment où elle m'auscultait. Mon cœur a vibré et elle a appelé le docteur. Il a pensé que je faisais une crise d'éclampsie. Il m'a dit : Madame J.-M., vous ne pouvez pas accoucher chez vous parce que nous ne savons pas ce que vous avez... J'ai alors expliqué que le gros camion qui était passé avait fait un grand bruit et m'avait fait sursauter. »

Devant l'insistance du médecin et de la sage-femme, Hortensia accepta d'aller accoucher à l'hôpital. Néanmoins, elle prévoyait d'y rester le moins de temps possible et décida de déclencher ses contractions d'accouchement par une prise d'aspirine:

«Je sens les douleurs, bon ! (...) Je vais chez C. (le pharmacien), j'achète une boîte d'aspirines, j'en prends deux, je ne veux pas rester longtemps à l'hôpital, je ne veux pas qu'on garde longtemps mon bébé dedans moi ; là, j'arrive devant la porte de l'hôpital et je prends encore deux aspirines, ça me donne de la chaleur, alors je rentre ».

La présence d'Hortensia à l'hôpital provoque une réaction de surprise et de soupçon puisque, selon certains membres du personnel hospitalier, une matrone n'est pas sensée avoir besoin de l'aide d'autrui pour accoucher. Son admission à l'hôpital est perçue comme poussée par un besoin d'aide matériel, de repas gratuit, ce qu'Hortensia ne contestera pas. Voici le dialogue, rapporté par Hortensia, établi à ce moment là avec les soignantes:

«Mlle B. l'infirmière, me dit : Qu'est ce que vous venez chercher ici ?

– Je suis venue mettre mon enfant au monde (littéralement : à terre).

Et puis elle me visite, elle me touche le ventre... Il y avait deux dames, Mme G. et une autre, l'une dit:

– Ah, ah ! Où vas-tu ? Tu es venue manger le repas du gouvernement ?

– Oui, je n'ai plus d'ignames, je n'ai plus de *dachines* (tubercules), je suis venue chercher quelque petite chose ici...

Elles rigolent... »

Le modèle hospitalier représente pour Hortensia un autre monde, un autre langage :

«Je ne connais rien de l'hôpital. Mme L. me dit : Tu as un franc (de dilatation) ; - J'ai un franc ? Je ne connais pas « un franc » : alors je ne suis pas prête ? - Là tu installes ta mallette, tes linges, toutes tes affaires... »

Hortensia, ayant l'habitude d'enfanter seule à son domicile, accouche seule, à terre, devant une sage-femme ahurie qui la menace de la faire arrêter. Elle nous relate cet évènement :

«Je sens les eaux se rompre (...) Je me baisse à terre et le bébé fait boum ! Elles disent : regardez ça !! Ce qu'a fait cette dame ! Je vous fais arrêter ! Je dis : Arrêtez- moi ! J'ai déjà fait six enfants ! Chez moi, toute seule ! Tous les six sont là, aucun n'est mort ! Alors, ce n'est pas vous autres qui me faites

accoucher, oui, j'ai l'habitude ! Là, elle me dit: ne forcez pas pour la matrice, arrêtez là !(...) Quand elle a tourné le dos, j'avais déjà fini avec la matrice ».

La naissance du dernier enfant d'Hortensia illustre certains aspects du changement qui accompagne la prise en charge de la naissance en milieu hospitalier. Dans le paragraphe qui suit, je vais observer les conflits engendrés par ce changement mais aussi les lieux de rencontre et de médiation où les matrones ont pu parfois jouer un certain rôle.

Le rôle des matrones dans le processus de médicalisation de la naissance

Dans la Martinique du XX^e siècle, comme dans l'Europe des XVIII^e et XIX^e siècles, les matrones n'échappent pas à l'accusation de barbarie adressée à tout thérapeute traditionnel porteur d'un savoir médical « autre » (Godard, 2001 : 139). L'empirisme médical, longtemps toléré par manque de moyens, est alors jugé nuisible et dangereux par les médecins (à l'époque surtout métropolitains). Ces derniers se plaignent de ne pas comprendre le langage des guérisseurs, des « séanciers »¹, des matrones ou des « commères », qui servaient, en quelque sorte, de médecins des pauvres. Alors que les médecins utilisaient des termes scientifiques et parlaient de fièvres ou de dysenterie, les guérisseurs locaux, selon la théorie du chaud et du froid, parlaient de *bless*, de *tet fann*, d'*éfvadissement* et rendaient la magie responsable de la survenue des affections corporelles (Godard, id). Les matrones étaient les premières incriminées, comme l'atteste cet article de *La France coloniale en 1918* :

« Personne n'ignore les pratiques encore primitives de nos commères et nous n'étonnerons personne en disant que nombre d'accoucheuses ignorent les plus élémentaires précautions aseptiques. Ce qui étonnera plutôt, c'est que la mortalité infantine n'ait pas un pourcentage plus élevé (...) Mais pourtant combien de nos bébés ont péri de la prétendue "tête fendue" de nos commères, de leurs serre-tête *ad hoc*, de leurs

¹ Sorciers qui « pratiquent prières, sortilèges, incantations ou sacrifices pour jeter un sort ou libérer quelqu'un d'un sort » (Leti, 2000 : 143).

onguents... Combien de malheureuses mères ont succombé, qui auraient pu être sauvées par des soins intelligents! Combien ont eu la santé ébranlée pour longtemps qui auraient eu d'heureuses relevailles si, au lieu d'une commère ignorante, inexpérimentée, elles avaient été assistées par une sage-femme instruite. »

Luttant contre la magie et les « superstitions », les autorités religieuses rejoignent les médecins dans la condamnation des croyances populaires et des pratiques thérapeutiques empiriques. Le système médical officiel n'a pas les moyens d'élargir son champ d'intervention mais il est considéré comme l'unique solution à ce problème. Le journal *La Paix* prônait ainsi, en 1922, l'installation de professionnelles diplômées dans les quartiers populaires :

« Il faudrait dans chaque quartier peuplé, remplacer les traiteurs et les dangereuses mégères, par des sages-femmes et infirmières diplômées. Les médecins interviendraient dans les cas plus graves » (*La Paix*, 1922).

Ce même journal se réjouit de l'ouverture d'une école de sages-femmes locales en 1925 :

« À la Martinique, les sages-femmes diplômées font défaut et il n'est que temps de sortir d'un empirisme, cause de beaucoup d'accidents parfois mortels, surtout chez le peuple où les moyens manquent de s'assurer les soins médicaux » (*La Paix*, 1925).

Cette volonté d'éradiquer la pratique empirique était déjà formulée dans un article du 22 juillet 1916, au titre éloquent : « Une œuvre d'assainissement moral ». Le journal de l'évêché de Fort-de-France affirmait ainsi la nécessité « d'entreprendre une campagne destinée à purger le pays » des « faiseurs de séances des deux sexes qui infestent les campagnes et même la ville »¹ en pratiquant une médecine empirique. Néanmoins, sur le terrain, l'opposition supposée entre les représentants de la médecine savante et ceux des pratiques empiriques ne se

¹ L'auteur de cet article fait référence aux sorciers, connus en Martinique sous le nom de « séanciers », ainsi qu'aux matrones et aux guérisseuses considérées comme détentrices de pouvoirs magiques.

vérifie pas toujours. Il y avait, parfois, un accord tacite entre les praticiens de la naissance : matrones, sages-femmes et médecins. Les femmes des campagnes ont longtemps continué à faire appel aux matrones, rassurées par leur expérience et par leur maîtrise du surnaturel. Les conditions hygiéniques des hôpitaux étaient par ailleurs peu satisfaisantes. Les sages-femmes, fraîchement diplômées et envoyées en première ligne, géraient avec grande difficulté les conflits issus de la médicalisation des pratiques de soins du milieu rural. Elles se retrouvaient souvent dans l'impossibilité d'exercer leur métier, suite au refus, par les femmes, des soins qu'elles proposaient.

La menace d'interdire leur pratique pèse sur les matrones depuis le début du XXe siècle, mais de nombreuses années encore se sont écoulées avant qu'elle se traduise en interdit effectif. En 1924, le gouverneur, dans un arrêté concernant la réorganisation de l'Assistance publique, annonce que des sages-femmes pourront être nommées dans les divers centres d'assistance. Cette disposition fait réagir les matrones qui s'adressent à l'Assistance publique et à l'Hôpital civil pour « réclamer leur nomination ». Elles sont, alors, ridiculisées par la presse qui exhorte le Directeur des Services de santé à « faire toute diligence » pour que les cours d'obstétrique commencent au plus vite. Un article de la *France Coloniale* du 4 juillet 1924 décrit en détails les mésaventures d'une de ces « braves matrones, qui se sont improvisées sages-femmes ». La matrone en question serait allée étaler ses connaissances empiriques « en créole » pour être nommée sage-femme du gouvernement en s'exprimant comme suit :

« "Je sais préparer un bon onguent pour les têtes fendues ; j'ai une bonne oraison pour les délivrances tardives. Et je ne sers pas, comme les docteurs, de cette chose à la mode, l'injection... Ça dérange la matrice, Monsieur, et ça donne les suites des couches : des maladies". Mais, à la question de l'interlocuteur : "Vous savez lire et écrire ?" la matrone ne peut qu'opposer sa formation empirique : "Non, Monsieur, pas besoin de ça pour savoir accoucher (...). J'ai eu des enfants, oui Monsieur, dix ! Après ça, j'ai rendu service à une voisine qui était en peine et depuis j'exerce le métier. On m'appelle de partout !" »

Et voici la réponse que, toujours selon l'auteur de l'article cité, l'interlocuteur aurait donnée à la « bonne dame » qui a eu la prétention de demander un « guiplôme » :

« Eh bien ! Ma bonne dame, l'Assistance publique veut avoir des sages-femmes diplômées. Elle va ouvrir, à l'Hôpital de Fort-de-France, un cours d'accouchement. Pour y être admis, il faudra subir un concours. On y fera deux ans d'études, puis on subira un examen et on obtiendra un diplôme ».

Ce cours sera ouvert durant l'année scolaire 1925/26. Il permettra l'obtention d'un brevet local pour l'exercice de la pratique. La mise en place du diplôme d'État aura lieu en 1950, année de la première formation de sages-femmes diplômées dont la première promotion va rejoindre l'Hôpital de Trinité en 1954.

Matrones et médecins

Les matrones dont nous avons connaissance ont continué, jusqu'aux années 1970, à faire face, comme elles le pouvaient, aux urgences du quotidien dans un système sanitaire qui, à la campagne, repose sur le secours mutuel. Les médecins qui ont eu des relations avec les matrones ont su reconnaître leurs savoir-faire dans certains domaines. Le docteur G., par exemple, fournit à Hortensia des outils de travail, des gants, des médicaments, des conseils. Mais surtout, il accepte de couvrir juridiquement son intervention en apposant une signature sur la déclaration de naissance demandée par la Caisse d'allocations familiales. Cet organisme assure une allocation à tout enfant dont la naissance est déclarée par un professionnel de santé. Devant le refus ou l'impossibilité des femmes d'aller à l'hôpital, le médecin accepte de signer ce document pour qu'elles puissent percevoir leur allocation :

« Je faisais mes affaires toute seule. Partout, c'était Hortensia. (...) J'accouchais les femmes et docteur G. mettait sa signature comme si c'était lui qui avait accouché les femmes. Tu comprends ? On les payait, on leur donnait sept cents francs, mille francs, alors tout le monde avait ses allocations sans aller à l'hôpital. (...) Elles disaient qu'elles souffraient trop à l'hôpital, elles préféraient accoucher avec moi. (...) Elles préféraient encore perdre l'argent ! Alors j'allais, il y a tellement de

femmes qui ont accouché dans mes mains, mais il fallait une signature comme quoi, alors on leur donnait leur petite monnaie ».

Du conflit à la médiation, le cas de Man Julotte

De sa création, dans les années 1940 et jusqu'au milieu des années 1950, l'institution hospitalière de Trinité, destinée à desservir le nord atlantique, est dépourvue d'un vrai service de maternité. Il s'agit plutôt d'un hospice tenu par des religieuses, les sœurs de Saint Paul, qui selon les propos d'Hortensia, « ne venaient pas à la maternité, même pas pour les bébés, ce n'était pas leur lieu, c'était sale pour elles ». La maternité est plutôt destinée à accueillir les femmes en détresse ou à risque d'éclampsie qui peuvent y trouver un abri dès les premiers mois de leur grossesse : « Ces gens-là restaient au moins huit mois à l'hôpital ». L'hôpital est considéré comme un lieu sale, réservé aux plus démunies : « l'hôpital ça sentait, il n'y avait pas d'hygiène (...) pour accoucher à l'hôpital il faut avoir un carnet, pour avoir de l'argent ; elles allaient à l'hôpital pour avoir un carnet sinon elles préféraient rester à la maison ». En 1947, une seule sage-femme est préposée à l'assistance des patientes à l'Hôpital. Néanmoins, elle ne peut assurer le service de nuit. Cette carence de personnel qualifié poussent alors le directeur de l'hôpital à faire appel à une matrone.

Madame Julotte débuta ainsi son activité à l'Hôpital en 1947 à l'âge de trente ans. Elle y travailla jusqu'en 1987 sans aucun diplôme, employée par le directeur comme A.S. (agent de service) pour exercer dans le service de maternité. En réalité, elle était matrone. Comme les autres, elle l'était devenue après avoir accouché seule de son premier enfant, mais elle préfère passer sous silence cette première partie de son expérience d'accoucheuse. Elle travaillait à cette époque chez une dame aisée dont elle a accompagné l'accouchement. L'ayant appris, le directeur, un ami de la famille de cette dame, lui a demandé de travailler dans son service. Elle devient alors une médiatrice entre la médecine officielle représentée par les sages-femmes et l'empirisme obstétrical représenté par les matrones.

En effet, la sage-femme de l'hôpital opérait dans un contexte de méfiance et de conflit. Il arrivait souvent qu'une femme refuse son inter-

vention ou qu'elle soit considérée responsable d'un accident survenu lors d'un accouchement. Elle finit donc par intervenir de plus en plus rarement lors des accouchements en sachant que ces derniers étaient pris en charge par la matrone. Sa signature était nécessaire pour enregistrer l'enfant mais, comme le précise la fille de la matrone : « les gens savent que c'est ma mère qui accouchait les femmes ! » Il fallait avoir « du courage » et la sage-femme n'en avait pas : « *i pa teni tache* » nous dit Man Julotte :

« Il fallait aller chercher la sage-femme dans la nuit pour qu'elle signe son document et je voyais des telles choses, des zombis... Mais j'avais une femme enceinte avec moi et celle-ci ne voyait rien, parce qu'elle était enceinte. (...) C'est un démon que tu as quand tu es enceinte, l'enfant n'est pas baptisé, il est un démon. La femme enceinte est protégée. Et j'étais protégée par la femme enceinte ».

En effet, lors d'un accouchement à l'hôpital, les pratiques propres au système biomédical s'inscrivent dans l'univers symbolique qui entoure la naissance et dont la présence de la matrone en assure le maintien et la tolérance à l'intérieur du même système hospitalier. Son rôle de matrone s'intègre à cet hôpital apparenté alors à une maison d'accueil. Elle en fait sa demeure et y fait grandir sa fille jusqu'à l'âge de 11 ans. Cette dernière s'en souvient :

« C'était sale, la cuisine... je n'aime pas faire la cuisine depuis que je voyais ces gens-là, noirs de graisse... Mais c'était comme une famille, les femmes enceintes s'occupaient de moi, me coiffaient pour aller à l'école... »

Officiellement, Man Julotte était un agent de service et s'occupait du nettoyage des chambres et de la restauration des patientes. Mais, nous dit sa fille :

« Elle baignait aussi les bébés, s'occupait des femmes après l'accouchement pendant dix jours... elle n'était pas la femme qui passait la serpillière et qui donnait à manger, c'était la dame qui accouchait les femmes à l'hôpital ».

Le récit de son expérience nous montre le contexte dans lequel l'hôpital intègre la présence d'une matrone dans son service. En effet, mal-

gré son mandat d'assurer une prise en charge sanitaire des naissances au sein d'une institution biomédicale, la direction de l'hôpital à cette époque choisit un compromis fondé sur l'intégration de certaines pratiques empruntées au système populaire en salle d'accouchement. Un exemple éloquent est représenté par la gestion de placenta, enterré au cimetière par un employé de l'hôpital préposé à cette tâche. Aussi, Man Julotte relate comment certaines pratiques populaires ont couramment lieu dans son service : elle donne de l'eau sucrée pour stimuler les contractions ; masse le ventre, les reins et les parties intimes avec de la vaseline ; bande le ventre après l'accouchement ; donne la purge à base d'huile de *palma christi*, donne du *toloman (lanvé caraïb)* aux bébés en attendant que leur mère puisse les allaiter. Et, surtout, elle reçoit la reconnaissance de toute la communauté pour cette fonction de médiatrice :

« Les femmes apportaient toujours quelque chose pour me remercier. Une fois, je suis allée en voir une chez elle à Morne Poirier et je suis revenue pleine de fruits ! »

Les femmes lui étaient reconnaissantes, entre autres, parce qu'elle leur rendait leur cordon (*mven ka ba yo nombri ti manmai là*) pour qu'elles le plantent sous un arbre fruitier (« il portait davantage de fruits »). Par ailleurs, une grande partie de la formation empirique de Man Julotte s'est faite à l'hôpital dont elle a acquis le langage. Pour mesurer la dilatation, elle adopte ainsi l'unité de mesure des sages-femmes :

« Tu regardes, s'il y a un franc, deux ça commence, à trois francs tu vois les cheveux, à quatre francs, elle est complète, cinq francs, il faut arrêter, tu pousses, arrête, tu pousses, arrête... »

Aussi, certaines règles commencent à s'imposer : les femmes doivent nécessairement accoucher sur le lit et l'on demande des linges propres pour le bébé ; l'enfant est éloigné de la mère après sa naissance.

Man Julotte s'occupe des accouchements jusqu'à l'année 1954. Les sages-femmes issues de la première promotion de l'école de la Martinique rejoignent alors tous les hôpitaux de l'île. Fraîchement diplômées, elles ont été formées à mettre en œuvre les nouveaux modèles de la naissance en milieu biomédical.

Les récits de ces deux matrones constituent un outil de lecture des pratiques et des représentations qui entouraient la naissance dans les décennies 1930-1960. Si aucune matrone n'exerce plus depuis les années 1960, ces pratiques demeurent inscrites dans la mémoire collective. Elles sont facilement rapportées par nos interlocutrices, et parfois encore utilisées, en partie face à certains « syndromes culturels » que nous avons décrits. Dans l'espace hospitalier, ces pratiques populaires ne trouvent pas toujours leur place ; les femmes ne peuvent pas exprimer leurs craintes et leurs inquiétudes liées à cet imaginaire social par peur d'être qualifiées d'ignorantes. Devant la réponse souvent peu satisfaisante de certains professionnels de santé, ces femmes ont toujours recours aux guérisseurs dont la fonction est de nommer la maladie et de procéder à un rituel de prévention dans un langage qui leur est commun. Ainsi, une sage-femme en charge du dépistage et de l'annonce des malformations du fœtus, m'explique que le recours au guérisseur est très fréquent devant l'annonce de la maladie dont les causes sont attribuées à des phénomènes surnaturels. D'autre part, les femmes peuvent avoir recours à d'autres thérapeutes auprès desquels elles trouvent une réponse à leurs angoisses de ventre/foetus *marré* qu'elles jugent adaptée. Ainsi, le recours à l'ostéopathe pour un massage du ventre pourra remplacer la matrone pour un *fvoté bouden*¹. Le passé refoulé en présence de la médecine officielle resurgit aussi bien dans le cabinet du kinésithérapeute que là où les pratiques anciennes ont survécu, protégées dans l'entourage familial et chez les guérisseurs. La dynamique conflictuelle entre les deux médecines en présence, officielle et traditionnelle, peut enfin induire « des échanges explicatifs qui permettent certains rapprochements ou des réappropriations par l'un ou l'autre » (Yoyo, 2000 : 506). C'est le cas de la sophrologie utilisée pour mieux gérer la douleur de l'accouchement et la souffrance psychique qui peut accompagner la grossesse, ou encore de la ré-appropriation du massage thérapeutique du bébé par les puéricultrices de la maternité. La pluralité des recours et des réponses données aux angoisses et aux besoins des femmes témoigne ainsi des ré-interprétations actuelles d'un univers dont les matrones ont longtemps garanti la cohésion et la cohérence.

¹ Cette expression désigne le massage thérapeutique et rituel du ventre avec l'huile de palma Christi, suivi d'un bandage du ventre (*marré vant*). Ces gestes sont destinés, d'une part, à éloigner tout risque de descente de la matrice, d'autre part, à protéger l'enfant de toute volonté d'appropriation maléfique.

BIBLIOGRAPHIE

- ATINE, Hugues – 1994 *Akouchez nan sid Matnik (L'avyè Pilot) ek dinamik kiltirel*, Fort de France, UAG, Mémoire du Diplôme Universitaire de langue et culture régionale (option créole).
- BENOIT, Catherine – 2000 *Corps, jardins, mémoires. Anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe*, Paris, CNRS Editions.
- BENOIST, Jean – 1972 *L'archipel inachevé : culture et société aux Antilles françaises*, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal.
- BENOIST, Jean – 1993 *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF ("Les champs de la santé").
- BENOIST, Jean – 1996 (direction), *Soigner au pluriel*, Essais sur le pluralisme médical, Paris, Karthala.
- BRIVAL, Marie Laure – 1986 *Naissances à la Martinique en milieu rural au début du siècle : Rôle de la matrone, influences culturelles*, Université de Paris-sud., Thèse pour le doctorat en Médecine.
- CONFIAINT, Raphaël – 2000 « Savoir et pouvoir des morts. Paroles d'un fossoyeur en terre créole », in Jean Bernabé, Jean Luc Bonniol, Raphaël Confiant, Jerry L'Etang (dir.) *Au visiteur lumineux*, Ibis Rouge Ed.
- GELIS, Jacques., LAGET, Mireille, MOREL, Marie France – 1978 *Entrer dans la vie, Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard.
- GELIS, Jacques – 1984 *L'arbre et le fruit*, Paris, Ed. Fayard.
- GODARD, Claudia – 2000/2001 *Les problèmes d'hygiène et de santé publiques à Fort-de-France à travers la Presse martiniquaise, 1903-1945*, Mémoire de maîtrise (histoire) UAG, Faculté de Lettres et sciences humaines, dépt. d'histoire, 165p.
- LAGET, Mireille – 1982 *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Ed. Du Seuil.
- LETI, Geneviève – 2000 *L'univers magico-religieux antillais. ABC des croyances et superstitions d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, L'Harmattan.
- MOSSE, Claude – 1984 « Les leçons d'Hippocrate », in *L'Histoire*, n°74, Spécial « Histoire des grandes maladies », pp. 24-29.
- NICOLAS, Armand – 1996, *Histoire de la Martinique (de 1848 à 1939)* Tome II, L'Harmattan, Paris
- POURCHEZ, Laurence – 2000 *Anthropologie de la petite enfance en société créole réunionnaise, (Hauts de Sainte-Marie)*, Thèse de doctorat en Anthropologie, Paris, EHESS.
- VILAYLECK, Elisabeth – 1996 "Le blès, maladie créole antillaise, in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, n°89, 1996 : 60-61.

YOYO, Michel – 2000 « Les médecines traditionnelles à la Martinique », in Jean Bernabé, Jean Luc Bonniol, Raphaël Confiant, Jerry L'Etang (dir.) *Au visiteur lumineux*, Fort-de-France, Ibis Rouge Editions.

COUPURES DE PRESSE :

La France coloniale, le 20 juillet 1918,
« Une œuvre humanitaire ».

La France coloniale, vendredi 4 juillet 1924, « Des sages femmes svp ».

La France coloniale, mardi 13 janvier 1925, « Réorganisation des cours d'accouchement ».

La Paix, le 25 février 1922, "Médecine rustique".

La Paix, le 14 janvier 1925, "Une école de sages-femmes"

PARTIE II

UN PARADIGME DU SAVOIR D'AUTORITÉ

**FORMER DES MATRONES EN AFGHANISTAN
UNE PERSPECTIVE RÉFLEXIVE**

PRISCILLE SAUVEGRAIN

*J*E visitais l'hôpital le lendemain de mon arrivée à Chagcharane¹ quand les matrones sont venues me saluer. Elles étaient six, petites femmes sans âge drapées dans des tchadris noirs². Leurs traits étaient tannés par le rude climat, leurs regards brillaient de sympathie et leurs larges sourires dévoilaient des gencives presque édentées. Heureuses que leur formation, initiée un mois plus tôt, puisse se poursuivre, elles se couvraient les yeux et inclinaient la tête en signe de remerciement. La gynécologue que je remplaçais me les avait décrites comme six adorables petites sorcières : c'est ainsi que je les ai perçues. Là bas, les matrones sont appelées *dayas*.

¹ Chagcharane est la capitale de Ghor, province centrale de l'Afghanistan. C'est un bourg entouré de montagnes qui s'étendent à perte de vue, à mille mètres d'altitude.

² Tchadri : pluriel de tchador, longue pièce de tissu, souvent noir, couvrant les cheveux et les vêtements. Le tchador laisse découvert l'ovale du visage.

D'octobre 2002 à juin 2003, j'ai effectué, en tant que sage-femme, une mission humanitaire en Afghanistan dans le cadre des programmes menés par l'ONG internationale Médecins du Monde (MDM). A Chagcharane, MDM menait un projet de soutien aux institutions de soins, dans une logique de reconstruction du pays et d'aide plus particulière aux populations déplacées¹. En effet, cette région où les terres sont arides a été sévèrement touchée par la sécheresse de 1999 à 2002. Une partie de la population avait dû migrer dans les plaines entourant la ville d'Herat² où elle avait été regroupée dans des camps de déplacés. En 2002, les camps ont été progressivement fermés et la population a été contrainte au retour.

Chaque après-midi, je rencontrais des *dayas*, dans le cadre des programmes de formations que je devais mettre en place ainsi que des assistantes sages-femmes. Par ailleurs j'ai effectué à Chagcharane une mission dite « de substitution »³. Ainsi en l'absence de sage-femme et de gynécologue afghanes, je devais prendre en charge les patientes venues en consultations, pour des accouchements et pour des urgences en gynécologie obstétrique. Le relais était pris par un chirurgien pour les opérations chirurgicales, y compris les césariennes. Je travaillais avec une traductrice iranienne car les Afghanes anglophones contactées n'avaient ni la possibilité ni le désir de se rendre dans des provinces aussi reculées.

Depuis cette mission, j'ai mené une recherche doctorale en sociologie dont la thématique générale est d'explorer la notion de partage du

¹ Les objectifs de ce programme étaient la réhabilitation d'un hôpital désaffecté et son équipement, la formation du personnel médical et paramédical, et l'approvisionnement en médicaments. A Taiwara, deuxième bourg de cette même province, la construction d'une clinique par MDM a permis à des personnes isolées d'avoir accès aux soins. 320 000 personnes étaient bénéficiaires de ce programme prévu sur deux ans (février 2002 à fin 2004). La médecine générale et de chirurgie étaient encadrées par deux médecins et une infirmière expatriés, soutenus par une équipe de trois médecins et de dix infirmiers afghans.

² Capitale de la province du même nom, grande ville la plus proche de l'Iran. A Herat, MDM menait également des programmes sanitaires axés sur la santé reproductive.

³ Les missions de substitution signifient que les volontaires engagés par l'ONG pratiquent une activité, clinique pour cet exemple, qui devrait être assurée par du personnel autochtone. Les ONG internationales préfèrent, lorsque c'est possible, que leurs volontaires assument des rôles d'encadrement et de coordination.

« savoir d'autorité »¹ en périnatalité. L'objectif de mon chapitre est de présenter un témoignage autour de mes activités de formation des matrones en Afghanistan et d'apporter quelques éléments d'ordre réflexif sur cette expérience. J'utilise les données consignées dans mon carnet de voyage² et dans des rapports rédigés pour Médecins du Monde pour décrire les différentes phases de la formation des matrones. Je relaterai mon premier rendez-vous avec les *dayas*, puis je présenterai leurs pratiques autour de la grossesse, de l'accouchement et des soins au nouveau-né. J'aborderai aussi les volets de la formation, théorique et clinique. Ainsi, ma contribution vise à présenter le point de vue émiqne d'une formatrice de matrones, qui n'a pas toujours su éviter les pièges relevés par de nombreux auteurs qui les ont observées en tant qu'anthropologues³. Autrement dit, il s'agit de montrer comment on peut diffuser ou imposer le « savoir d'autorité » biomédical ... sans vraiment le savoir.

Le concept de savoir d'autorité ou « *authoritative knowledge* », a été élaboré par l'anthropologue américaine Brigitte Jordan en 1978⁴, considérée aux États-Unis comme « la sage-femme de l'anthropologie de la naissance ». En effet, elle a été pionnière dans l'étude de la naissance et de la reproduction humaine, sujets auxquels n'avaient pas eu accès les anthropologues, majoritairement des hommes. Pour Jordan, la médicalisation de la reproduction consiste principalement à un contrôle du corps des femmes par l'institution hospitalière. Elle élabore empiriquement ce concept à partir d'observations menées dans des salles d'accouchement aux États-Unis. Ainsi, elle a montré comment, dans ce « système de naissance » le savoir d'autorité appartient au médecin. De ce fait, la femme qui accouche est, elle, dépossédée de tout pouvoir décisionnel. Dans un autre article, elle a mis en évidence com-

¹ Je vais revenir sur ce sujet. Voir aussi les chapitres introductifs de Pascale Hancart Petitet et le texte de Jessica L. Hackett dans le présent ouvrage.

² Pour mettre des photos sur ce témoignage, consulter Nelly STADERINI : *Sage-femme en Afghanistan*, Paris, Cheminement, 2003. Voir également le feuilleton documentaire de Claude Mouriéras : « Chagcharan, un hôpital afghan » (France, 2004, 5x 26min. Coproduction Arte France, NOVAPROD et ONL) diffusé régulièrement sur Arte.

³ Cf. les travaux des Brigitte Jordan sur l'Authoritative Knowledge, décrits plus bas, et des anthropologues de son « école », ainsi que les autres auteurs de cet ouvrage.

⁴ Brigitte Jordan, *Birth in four cultures : a cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Waveland Press, Inc., 1978

bien l'usage de techniques telles que la surveillance continue du rythme cardiaque fœtal détourne l'attention que l'infirmière porte initialement aux patientes pour la concentrer sur la surveillance de cet appareil¹. L'interprétation du tracé lui permet de détenir le savoir d'autorité puisque la patiente n'est pas en mesure de le faire.

Par la suite, Jordan a également mis le concept de « savoir d'autorité » à l'épreuve dans des pays du Sud, dans des contextes d'importation du système de soins biomédical. Dans le Yucatan mexicain par exemple, la biomédicalisation de l'accouchement tend à dévaloriser le savoir dit traditionnel des matrones au profit du savoir des médecins. Sous prétexte de préserver les conditions d'asepsie requises par les soignants, les femmes qui se rendent à l'hôpital pour un accouchement ne peuvent être accompagnées par des membres de leur entourage (comme il est coutume de le faire lors d'une naissance à domicile). Isolées et souvent délaissées par le personnel médical, les femmes se sentent abandonnées et les répercussions négatives de cette expérience sur leur psyché sont négligées par les soignants. Pour appuyer sa légitimité, le savoir biomédical dévalorise les autres savoirs, en dépit du bien-être des parturientes. Selon Jordan, plusieurs formes de savoir d'autorité peuvent coexister. Par exemple, le savoir d'autorité est mieux partagé entre la femme et la sage-femme qu'entre la femme et le médecin.

Le concept de « savoir d'autorité » va me permettre d'analyser ici dans quelles mesures les programmes sanitaires menés par des organisations non gouvernementales sont souvent le véhicule du savoir biomédical dans des contextes où les autres systèmes médicaux existants sont rarement pris en compte par les intervenants. En effet, ces organisations interviennent dans l'aide à la reconstruction des pays dans le cadre de programmes sanitaires et recrutent des soignants formés en biomédecine, qui n'ont jamais, ou rarement eu, dans leur cursus de formation, l'occasion de porter un regard critique et distancé sur les représentations et les pratiques du système biomédical. De plus, ni leurs études médicales ou paramédicales, ni les ONG, ne mettent à la disposition des volontaires des outils conceptuels pour penser les

¹ Brigitte JORDAN « Authoritative knowledge and its construction », in Robbie DAVIS-FLOYD and Carolyn SARGENT (ed.), *Childbirth and authoritative knowledge: cross cultural perspective*, University of California Press, Berkeley, 1997

éventuels résultats pervers des formations. J'ai pour ma part eu la chance de rencontrer Pascale Hancart Petitet sur le terrain. En poste à Kaboul, elle coordonnait les divers programmes de MDM en Afghanistan. Son expérience, et l'étude ethnographique qu'elle menait dans la région de Chagcharane, m'ont aidée à bien orienter le contenu de la formation. Les programmes étaient cohérents dans le sens où l'ensemble de nos activités de formations et de soins devaient être en adéquation avec les autres formations dispensées par MDM ou d'autres ONG ailleurs dans le pays. Le Ministère afghan de la santé publique et les représentants de l'OMS coordonnaient les programmes, ce qui était primordial dans le contexte de reconstruction de l'Afghanistan. Néanmoins les modalités d'organisation des formations étaient laissées à la libre appréciation de volontaires pas toujours expérimentés en ce domaine.

Le premier rendez-vous

Durant cinq mois passés à Chagcharane, j'ai rencontré quotidiennement six accoucheuses traditionnelles : Zibah, Golan gol, Sarah, Chamael, Leila et Chabah. La gynécologue que je remplaçais les avait recrutées un mois plus tôt. Selon ses informations, il s'agissait de toutes les matrones de Chagcharane. Elles avaient été averties de cette formation de manière informelle, par le « bouche à oreille », et habitaient le bourg. Seule une venait spécialement « en ville » pour cette formation, encouragée par son fils, infirmier à l'hôpital. Devant la difficulté à recruter une traductrice, j'ai du, en début de mission, travailler accompagnée d'un jeune kabouli, Mirwaiz. Dans ce pays où la gynécologie est une affaire de femmes, sa présence n'était pas toujours bien accueillie (même s'il n'assistait jamais aux examens cliniques). Elle a été provisoire et a permis de poursuivre les activités lancées en périnatalité. Je me suis donc rendue à mon premier rendez-vous avec les matrones avec Mirwaiz. Peu après le début de la discussion, il s'est tourné vers moi l'air effaré :

« Elles me disent qu'elles ont perdu toutes leurs dents à exercer ce métier-là ! Mais dis moi, elles ne sont pas plutôt censées travailler avec leurs mains ! »

Chamael, l'une des matrones, m'a décroché une œillade significative et j'ai « explosé de rire ». Cette plaisanterie a donné le ton des échanges. En effet, si ailleurs des matrones décrivent la vue du sang chaud comme responsable de la baisse de leur vue¹, il s'agissait ici d'une plaisanterie pour effrayer et remettre en place le jeune citadin chargé de la traduction. Cette première séance m'a permis d'évaluer ce que les matrones avaient retenu de la session de formation précédente. L'importance d'une meilleure hygiène semblait bien comprise. Les matrones mimaient un lavage des mains soigneux. « On se lave les mains » répétaient-elles en attendant que la suite du discours leur revienne. Lorsque je les interrogeais, elles tentaient de reproduire le discours enseigné et leurs réticences à formuler des opinions contraires au contenu de la formation ne facilitaient guère nos échanges.

Pratiques des *dayas* de Chagcharane

Position sociale et recours aux soins

J'interrogeais souvent les *dayas* sur leurs pratiques. Elles finissaient par me livrer quelques informations. De mon côté, il s'agissait d'une première expérience humanitaire et je me sentais illégitime face aux accoucheuses traditionnelles. Faute d'état civil, elles ne connaissaient pas leur âge et j'étais bien en peine de leur en attribuer un. Cependant, elles étaient toutes grand-mères, sauf une qui a accouché cet hiver-là. Comment ces praticiennes expérimentées allaient-elles accueillir une jeune femme qui ne parlait pas leur langue ? Je souhaitais qu'elles m'enseignent l'usage des plantes, ou des techniques obstétricales dont elles seraient détentrices. Mais elles jugeaient mes connaissances supérieures aux leurs². Ma place d'enseignante, représentante

¹ En Inde du Sud, dans l'état du Tamil Nadu, des matrones mentionnent que la pratique répétée des accouchements et la vue du sang chaud des accouchées sont responsables de la baisse de leur vue. Communication personnelle de Pascale Hancart Petitet.

² Florence Olier décrit les mêmes difficultés : « Paradoxalement, c'est là [à Kaboul], en milieu urbain et avec des sages-femmes diplômées que j'ai commencé à être initiée aux pratiques traditionnelles ». F. OLIER « Les suites de couches en Afghanistan » in B. de Gasquet et col. *Bébé est là, Vive Maman. Les suites de couches*, Santé- Robert Jauze, Paris, 2005.

de l'autorité biomédicale, instaurait une distance que cinq mois de présence ne m'ont pas permis de franchir.

Le recours aux *dayas* pour l'accouchement est fréquent dans la région¹. Elles ont pour habitude de rencontrer leur patiente une première fois au cours de la grossesse² puis de ne la revoir que le jour où elles sont appelées pour l'accouchement. La transmission du savoir des matrones est le plus souvent familiale. Elles choisissent en premier lieu de former une fille ou une nièce. Cependant le choix peut-être reporté sur les femmes des fils. Ainsi, la plus jeune de ce groupe, Golan Gul, est formée par Zibah, la tante de son mari. Des critères de motivation entrent aussi en ligne de compte. Plus rarement, les matrones sont désignées par les villageois mais je n'ai pas obtenu d'informations sur les critères de ce choix communautaire. Dans tous les cas, la formation ne concerne que des jeunes femmes ayant déjà accouché.

Les *dayas* appartiennent le plus souvent aux classes sociales pauvres. Elles n'arborent d'ailleurs pas les signes vestimentaires de richesse propres à cette région : les vestes et robes de velours bordeaux, les coiffes cousues de médailles d'argent et les nombreux bijoux. Elles avouent que la rémunération de leur travail est basse, tout en restant très discrètes à ce sujet. Cependant les matrones envisagent leur formation comme une plus-value. Elles comptent également sur un enrichissement de la population locale suite au retrait du régime taliban. Il est certain qu'avec le changement de gouvernement l'interdiction de cultiver le pavot, principale ressource des paysans de Chagcharane, est moins stricte. Les talibans sont par ailleurs vus comme responsables de tous les maux, y compris de la sécheresse. Chamaël, une matrone, m'explique ainsi sa vision de la politique :

« L'année dernière il a un peu plu, il restait donc quelques talibans. Si cette année il pleut beaucoup ça veut dire qu'ils sont tous partis. »

¹ Certaines femmes accouchent avec l'aide d'une parente. Selon l'UNICEF seuls 15% des accouchements en Afghanistan sont effectués par du personnel qualifié. Ce pourcentage n'inclut pas les accouchements effectués par les *dayas*. Site de l'UNICEF : www.unicef.org consulté le 18/02/2006.

² Selon les données de l'UNICEF, seules 16% des femmes enceintes bénéficieraient de consultations prénatales en Afghanistan (Op Cit).

En dépit de leur faible reconnaissance financière, les matrones se disent bien reconnues socialement. J'ai pu en effet observer les médecins de l'hôpital s'adresser à elles courtoisement¹. Souvent, les *dayas* avaient aidé leur femme ou leurs sœurs à accoucher. En effet, avant le programme mené par MDM, il n'y avait ni gynécologue ni sage-femme à Chagcharane. Les médecins de l'hôpital étant tous des hommes, ils n'ont pas le droit de faire des consultations gynécologiques. Ils n'ont d'ailleurs reçu aucune formation à cette pratique lors de leurs études médicales. Les médecins, représentants du système biomédical, n'ont donc pas d'autre choix que de faire confiance aux *dayas*.

Les matrones affirment que leur rôle dans la communauté se limite aux soins de la grossesse et de l'accouchement, mais des patientes disent qu'elles jouent un rôle dans l'accompagnement des femmes stériles. Ce rôle est soit curatif, soit explicatif. Dans le premier cas, la *daya* conseille de porter un fruit dans le vagin. Je n'ai jamais réussi à savoir ni quel est ce fruit, ni quelle est sa valeur symbolique. Malheureusement, retrouvé lors des examens vaginaux, j'ai pu constater que son utilisation provoque souvent une infection. Par ailleurs, l'arrêt des règles, lors de la ménopause, est associé au fait de porter un bébé mort. Selon les femmes, cette explication leur est fournie par les *dayas*, qui nient véhiculer ce type d'informations. Les femmes pleurent de désespoir à cette idée et souhaitent que je leur enlève ce cadavre pour retrouver leur fécondité².

¹ Ceci rejoint les observations de Hancart Petitet : « Par contre, les *daya* rencontrées dans la région de Chagcharane disent avoir une bonne position dans la société. " Parce qu'elles s'occupent des affaires des femmes dont les hommes n'ont pas le droit de s'occuper" La reconnaissance sociale dont elles bénéficient se traduit par un rôle de décision au cours des différents temps de l'accouchement. C'est elle qui d'une part choisira la position que la parturiente doit adopter. D'autre part, elle se chargera de la distribution des rôles des autres femmes présentes à l'accouchement. »

Hancart Petitet Pascale (2002), *Regards croisés à Chagcharane*, Rapport interne Médecins du Monde. Non publié

² J'ai instauré des séances d'éducation à la santé dans la salle d'attente des consultations pour expliquer aux femmes la physiologie de leurs périodes de fertilité et la ménopause.

Les *dayas* ne pratiquent pas le toucher vaginal au cours de la grossesse. Elles accouchent les patientes au domicile de ces dernières. A son arrivée, la *daya* examine la femme qui est en travail. Elle renouvelle l'examen quand il lui semble que l'accouchement est proche. La position adoptée au moment de l'accouchement est la suivante : la matrone est assise par terre, jambes allongées devant elle et la patiente lui fait face, accroupie. La matrone tient les fesses de la parturiente et fait effectuer au bassin un petit mouvement d'avant en arrière afin de favoriser la descente du bébé. Au moment de l'expulsion, elle maintient les fesses de la patiente très fortement serrées pour éviter que le bébé ne sorte « *par derrière* ». Devant mon étonnement à l'égard de cette pratique, les matrones avouaient qu'elles n'avaient jamais vu de bébé emprunter cette voie-là. Cependant, elles affirmaient vouloir poursuivre cette méthode « *parce qu'il paraît que ça peut arriver* ». Cette pratique ne représentant aucun danger, je n'ai pas insisté sur son inutilité¹. En revanche, le début de la formation a permis de proposer aux matrones une position qu'elles trouvent plus aisée pour l'accouchement. Dorénavant, la femme est accroupie, le dos appuyé sur des matelas ou soutenu par les femmes présentes. La matrone lui fait face, accroupie également. Les matrones disent que cette position est moins fatigante et apprécient de ne plus avoir de sang et de liquide amniotique sur les jambes. Lors de l'accouchement à domicile auquel j'ai assisté, la matrone avait adopté cette position.

Après l'accouchement, le cordon ombilical est soigneusement déroulé sur la semelle de chaussure de la mère s'il s'agit d'une fille et sur celle du père s'il s'agit d'un garçon. Puis il est sectionné avec une lame de rasoir neuve achetée sur le bazar. Aucune des *dayas* n'a pu m'expliquer d'où venait cette habitude de « section sur semelle ». Ensuite le cordon est saupoudré de terre tamisée pour qu'il sèche plus vite. Ces pratiques peuvent être à l'origine de tétanos néonatal. Les matrones affirment que depuis la formation, elles sectionnent le cordon sur les compresses propres fournies par MDM et ne le saupoudre plus de

¹ Le fait de serrer les fesses de la patiente au moment de l'accouchement exerce certes des pressions plus importantes sur le périnée. Cependant je n'ai pas pratiqué une seule épisiotomie lors de mon séjour là-bas : les nouveaux nés sont souvent de petits poids et les tissus des femmes sont souples. Il ne m'a donc pas semblé indispensable de contrer cette habitude.

terre. Je n'ai jamais pu vérifier si les bonnes pratiques sont toujours appliquées. Les nouveau-nés que j'ai pu voir en visite postnatale n'avaient en effet pas de traces de terre sur le cordon. L'application de cette mesure d'hygiène par les matrones est très importante car les infections ombilicales sont nombreuses et favorisées par l'emballage dès la naissance.

Après la section du cordon ombilical, la *daya* sèche le nouveau-né. Elle n'a pas pour habitude de le moucher ou de lui essuyer la bouche, sauf quand le bébé a du mal à respirer. (Lors d'une séance de formation, le ronronnement de concert des *dayas* pour évoquer les enfants ayant une respiration difficile à la naissance a tourné au fou rire général !) Puis la *daya* emmaillote l'enfant dans plusieurs épaisseurs de tissus colorés. Ensuite, elle lui donne sa première nourriture, un mélange d'huile et de sucre. L'allaitement maternel est instauré quelques heures après. Les *dayas* ne décrivent pas de soins particuliers lors de la délivrance du placenta. Celui-ci est enterré, avec les eaux et objets souillés, devant la maison ou près de la rivière¹.

Le maquillage des yeux des bébés au khôl est une pratique courante. Le khôl est connu pour ses vertus anti-infectieuses. Les *dayas*, en ouvrant les yeux bien grands, relataient surtout la fonction esthétique de cette pratique :

« Le Khôl ça fait de grands yeux aux bébés, c'est ça qui donne un beau regard plus tard »

Cette pratique provoque souvent des conjonctivites néonatales. Les *dayas* ont tenté de dissuader, sans succès, les mères de maquiller ainsi leurs enfants. Elles m'expliquent :

« Nous sommes d'accord, il faut arrêter cette pratique. Mais les mamans remaquillent les bébés dès que nous avons le dos tourné ».

Mes tentatives de dissuasion menées auprès des jeunes mamans, lors des visites post natales, ont échoué également². La formation a seule-

¹ Dans d'autres endroits du monde le placenta est enterré avec précaution et il représente le double de l'enfant. Dans cette région de l'Afghanistan, le placenta semble être considéré uniquement comme un déchet de l'accouchement.

² De nombreuses femmes se présentaient avec leurs nouveau-nés pour une .../p.125

ment permis que les *dayas* désinfectent les yeux du bébé avec un collyre le jour de la naissance et lors des visites postnatales.

La formation théorique

La méthode

La première phase de la formation avait pour objectif l'acquisition de notions d'hygiène : lavage des mains, préparation de matériel propre avant l'accouchement, soins du cordon, soins au nouveau-né. Elle permet également de faire le point sur le déroulement de la grossesse normale et ses petits maux, l'accouchement normal et la visite post natale en l'absence de pathologie. Le deuxième volet de la formation concerne la reconnaissance des complications obstétricales et la nécessité d'adresser les patientes à l'institution médicale de référence : ici l'hôpital de Chagcharane. Selon les guides internationaux de santé publique² les formations des matrones durent deux ou trois semaines, à temps plein. J'ai préféré continuer le rythme d'une heure quotidienne. Je trouve ce rythme adapté car les matrones n'habitaient pas loin du lieu de formation. Pour leurs emplois du temps, comme pour le mien, il était plus facile de se libérer une heure par jour que des journées entières. Ce rythme permettait aussi d'insister sur certains points et n'obligeait pas les participantes à des prouesses en matière de concentration. En effet c'était la première fois que les matrones suivaient une formation. Elles n'en avaient pas eu l'opportunité auparavant car elles étaient issues de familles pauvres, dans un pays où l'éducation scolaires des femmes n'était pas une priorité. Elles étaient ravies de suivre des cours, qui se faisaient oralement en raison de leur illettrisme.

Elles ont bénéficié d'une compensation financière pour leur présence aux cours. Cette compensation peut ressembler à une incitation mais je la considérais plus comme un dédommagement. J'étais admirative devant la ponctualité et l'assiduité dont elles faisaient preuve. Cer-

/... suite de la p.124 visite post natale à l'hôpital. La distribution de kits UNICEF contenant quelques effets pour le bébé n'était pas étrangère à cet engouement.

² "Guidelines for Traditional Birth Attendants' Training". WHO publications. Réédition régulière

taines se déplaçaient même lorsqu'elles avaient travaillé la nuit précédente. De plus, les matrones avaient réclamé de l'argent en apprenant que d'autres formations dispensées par MDM étaient indemnisées. Il aurait été injuste qu'elles soient les seules à ne pas en bénéficier.

L'enseignement de l'obstétrique se fait souvent grâce à des démonstrations sur des mannequins de caoutchouc : une poupée avec son cordon ombilical et un pelvis en plastique. J'avais commandé ce matériel mais il est resté bloqué quelque part sur la route entre Kaboul et Chagcharane. Des substituts ont été improvisés : une poupée de chiffon et un carré de tissu fixé sur un arceau de métal. Je disposais par ailleurs d'un livre pictural édité par l'OMS¹. De grande dimension, il permettait à tout le groupe de suivre la formation sur le même support. Chaque double page aborde un thème différent. Sur la page de gauche les thèmes sont illustrés, sur la page de droite quelques commentaires sont rédigés, qui permettent au formateur de suivre le fil de sa pensée.

Alors que je travaillais seule ou avec l'aide ponctuelle d'un interprète depuis trois semaines, Mounir, une femme iranienne âgée de vingt ans, fut recrutée en tant que traductrice. Elle n'avait aucune formation médicale, ce qui a nécessité un temps d'adaptation en consultation. Par exemple, une jeune femme se plaignait d'avoir « mal par là ». Mounir désespérée me disait : « elle a mal à l'estomac ». Elle m'a ensuite avoué que cela lui semblait « moins idiot que de dire elle a mal au ventre ». Je préférais alors construire mes diagnostics à partir des informations fournies lors des examens cliniques plutôt qu'en utilisant celles données lors des interrogatoires ! En deux semaines, nous avons réussi à trouver un langage commun, en référence à des principes de base de l'anatomie. La non-appartenance de Mounir au milieu biomédical était un avantage lors des enseignements dispensés aux *dayas*. En effet cela lui permettait de traduire les discussions sans aucun a priori concernant l'interprétation du symptôme ou le choix du traitement. La distribution des rôles était aussi plus claire pour les *dayas*. Mounir n'était pas une intervenante médicale de plus, mais bien une traductrice. Les *dayas* l'avaient, d'ailleurs, très bien accueillie et les consultations comme les enseignements n'auraient jamais pu continuer sans sa présence.

¹ Health Workers Manual on Counselling for Maternal and Child Health. 1998 pour la seconde édition. Éditions de l'OMS.

*Un objectif classique des formations :
Réduire la mortalité maternelle et infantile¹*

Les facteurs de risque de mortalité maternelle étaient bien identifiés par les *dayas*. En revanche, leurs explications des morts maternelles différaient radicalement de celles décrites dans le système biomédical. Par exemple, elles disaient que des femmes « avec une face ronde comme la lune » tremblaient fortement avant ou après l'accouchement, puis décédaient. Ces décès étaient imputés aux djinns, esprits mauvais dans la tradition musulmane. Transposé dans le registre biomédical d'explication de la maladie, cette représentation m'évoquait les symptômes de la crise d'éclampsie². J'expliquais aux *dayas* que, si elles adressaient ces femmes à la maternité, on pourrait sans doute éviter leur décès. Il ne s'agissait pas de leur imposer ma représentation de la maladie, mais de tenter de prévenir des décès. Les matrones se montraient alors curieuses de savoir si j'étais capable de faire fuir les djinns.

« Tu es capable de faire fuir les djinns, Priscille ?

- Non, je ne peux pas faire ce que les mollahs font, mon travail est différent. Tu vois l'appareil que je mets autour du bras des femmes en consultation ?

- Oui

- Il me donne une indication qui me permet d'anticiper les tremblements dont nous parlions. Je peux traiter les femmes et tenter d'éviter ça.

- Ah bon, alors je leur dirai de venir te voir si la famille le veut bien. »

¹ Selon l'UNICEF : le taux de mortalité maternelle en Afghanistan est de 1.600 pour 100.000 naissances vivantes, selon les cas reportés de 1990 à 2004. Le taux ajusté pour l'année 2000 serait de 1.900 pour 100.000 naissances vivantes. Une femme sur six risque donc, au cours de sa vie, de mourir en période périnatale. Ceci est le taux le plus élevé du monde après celui de la Sierra Leone. Le gouvernement provisoire avait placé la réduction de la mortalité maternelle au centre de ses objectifs en matière de santé.

² Celles-ci sont des convulsions qui correspondent à la complication ultime de l'hypertension gravidique. Dans nos manuels biomédicaux, l'œdème de la face est mentionné comme un des signes de gravité, précurseur de la crise d'éclampsie.

Les matrones avaient bien intégré mes explications au sujet de la fièvre puerpérale, deuxième cause de mortalité périnatale. Les matrones nommaient les antibiotiques « *les médicaments contre la chaleur* ». Elles disaient y avoir fréquemment recours et n'hésitaient pas à envoyer le mari de la parturiente se procurer quelques capsules sur le bazar, où ils étaient en vente libre¹. Suite à la formation, les matrones ont consenti à adresser les patientes « *qui ont chaud* » à l'hôpital, plutôt que de commencer à les traiter elles-mêmes.

La troisième grande cause de mortalité maternelle périnatale est l'hémorragie de la délivrance². Les matrones disaient être souvent confrontées à ce problème dramatique à l'accouchement. Le premier objectif des formations était d'apprendre aux *dayas* à examiner le placenta, ce qui pouvait leur permettre de diagnostiquer une rétention partielle. Auparavant, elles n'effectuaient pas cet examen. Par ailleurs, je souhaitais ajouter la délivrance artificielle et la révision utérine³ au module de formation des accoucheuses traditionnelles. Ceci me semblait pertinent dans un contexte où les femmes n'ayant pas accès à l'hôpital mourraient des suites de rétentions placentaires non traitées. Néanmoins, je ne pouvais prendre seule cette décision et en attendant l'issue du débat lancé à ce sujet au niveau du ministère afghan de la santé, j'ai choisi d'enseigner la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine aux médecins et aux assistantes sages-femmes hospitalières.

En effet, parallèlement aux matrones, je dispensais une formation à huit jeunes femmes dans le cadre du «Auxiliary Midwife Training»⁴.

¹ De nombreuses consultantes arrivaient à l'hôpital avec un sac entier d'antibiotiques, souvent sous forme injectable. Elles étaient étonnées de repartir avec quelques gélules dans un sachet. Certaines me considéraient comme un très mauvais « *Doctor* » (titre facilement accordé à tous les soignants en Afghanistan) parce que je ne prescrivais que peu de médicaments.

² L'hémorragie de la délivrance est le plus souvent due à une rétention, totale ou partielle, du placenta.

³ Gestes manuels, intra-utérins, qui permettent de décoller le placenta s'il est retenu dans la cavité utérine. Si ces gestes sont bien faits, l'hémorragie cesse dans la majorité des cas. Ce sont donc des gestes qui peuvent sauver des vies.

⁴ Cette formation faisait partie des solutions proposées par le gouvernement provisoire pour éradiquer la mortalité maternelle trop élevée. L'ensemble du programme à enseigner était en cours de rédaction lors de ma présence en Afghanistan. Les différentes versions m'étaient envoyées. Pourtant je n'ai pas pu retrouver de références complètes de ces programmes sur les sites de l'UNICEF ou de l'OMS.

Cette formation est mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé en Afghanistan et en Inde pour parer au manque de personnel qualifié dans les provinces reculées. Son objectif est de former pendant deux années (une de formation théorique et une de supervision clinique) des assistantes sages-femmes capables, au sein d'une structure de soins, de diagnostiquer les complications obstétricales et d'effectuer les gestes de première urgence. Ce programme s'adresse à des femmes ayant déjà un niveau d'éducation scolaire correspondant à la fin de la seconde française. Il excluait donc à Chagcharane celles qui pratiquaient déjà les soins de l'accouchement, les matrones traditionnelles, analphabètes. Je m'interrogeais sur les relations qui pourraient s'établir entre les *dayas* et les assistantes sages-femmes car je doutais de la légitimité que les unes pourraient accorder aux autres. Cependant les *dayas* se considéraient comme âgées et avaient l'impression que la relève de leur profession ne serait pas assurée, une seule d'entre elles étant encore jeune. Elles n'étaient pas opposées à la formation des assistantes sages-femmes. Par ailleurs ces dernières ne souhaitaient pas pratiquer d'accouchements au domicile des patientes mais uniquement en milieu hospitalier. Ainsi, ne se mettant pas en concurrence directe, les relations de ces deux groupes de femmes étaient satisfaisantes.

*Formation à la reconnaissance
et à la prise en charge complications obstétricales*

J'ai proposé quelques conseils aux *dayas* pour les cas de naissances atypiques, comme la présentation du siège, l'accouchement prématuré, ou la prise en charge de nouveau-nés présentant des pathologies. J'avais envisagé que les matrones réfèrent à l'hôpital tous les accouchements du siège. Elles avaient rétorqué de manière pertinente que le diagnostic ne pouvait être effectué que tardivement. Bien souvent les matrones ne s'en apercevaient qu'au moment de l'expulsion, et ne le décrivaient pas comme un accouchement particulièrement difficile. Il m'a cependant semblé utile de leur montrer quelques unes des manœuvres¹ permettant de débloquer un bébé naissant par le siège. Ces démonstrations ont été un peu limitées par la qualité du matériel

¹ Lorsque le fœtus se présente par le siège, il peut rester bloqué au niveau des épaules ou de la tête. Certaines manœuvres obstétricales qui consistent à abaisser les bras ou augmenter la flexion de la tête permettent de débloquer le fœtus.

pédagogique car le fœtus de chiffon que j'utilisais se contorsionnait à la perfection et ne restait jamais bloqué, ce qui provoquait l'hilarité des étudiantes.

Le diagnostic précoce des accouchements prématurés est, lui aussi, impossible. La date de début de grossesse, comme les dates d'une manière générale, est inconnue. De surcroît, les chances de survie des prématurés ne sont pas augmentées par une naissance en milieu hospitalier en raison du manque de matériel et de personnel formé nécessaires à leur prise en charge.

Les premiers soins du nouveau-né ont été montrés de nombreuses fois. Les manuels de formation préconisaient d'essayer l'intérieur de la bouche des nouveau-nés avec un tissu propre et de tenter de leur moucher les narines. La stimulation de la peau du dos et des fesses du bébé sous forme de massages énergiques était aussi recommandée pour accélérer la mise en place de la respiration. J'ai également enseigné aux matrones quelques gestes de réanimation : massage cardiaque et insufflation douce dans les narines¹. Un enseignement pédiatrique plus précis ne me semblait pas nécessaire puisque les *dayas* avaient l'habitude d'adresser les enfants malades aux médecins. Lorsque je leur demandais de me décrire les nouveau-nés mal portants, elles mimaient- elles le faisaient à la perfection - les enfants peu toniques, ceux qui avaient de la fièvre, ceux qui avaient le teint jaune quelques jours après la naissance, ceux qui avaient les yeux infectés, ou ceux porteurs de grosses malformations.

L'organisation des formations

Le déroulement des séances

Les séances de formation se déroulaient en trois temps : un temps de révision, un d'apprentissage puis un dernier d'échanges. Le temps de révision des notions apprises la veille était le plus long. Les réponses

¹ J'ai ensuite appris par Nelly Staderini, que quelques années plus tôt à Hérat, elle avait retrouvé lors d'une séance d'évaluation menée dans le cadre des programmes de MDM elle avaient vu des matrones soufflant dans les oreilles des pouspons de démonstration.

étaient parfois bonnes, souvent décourageantes. Il convenait alors de répéter plusieurs fois les mêmes choses. La traductrice qui n'avait aucune formation médicale mais une mémoire plus entraînée que celles des *dayas* s'impatientait parfois avant moi de ces lacunes. Elle les reprenait elle-même et ne me faisait qu'une brève traduction. Si auprès des patientes ou lors des discussions elle n'intervenait jamais spontanément, je dois admettre que son relais dans la formation des *dayas* a été précieux. Seule la matrone Sara assimilait plus vite que les autres. Toutes les *dayas* comptaient donc sur elle pour donner rapidement la réponse. Lorsque je lançais à l'une d'elles un regard interrogateur et insistant, elle me décrochait un clin d'œil et pouffait de rire. En revanche, je devais faire un effort pour garder mon sérieux devant leurs mimiques de concentration. Elles avaient alors le front barré, les yeux plissés et le regard fixe. Je tentais de n'aborder qu'une ou deux notions nouvelles par séance afin de faciliter l'apprentissage. Pour terminer la séance, les *dayas* relataient leur dernier accouchement. Je sentais qu'elles s'appliquaient à décrire la scène de manière la plus conforme possible à « l'accouchement idéal » appris en cours et j'étais très touchée de ces efforts.

La formation pendant le Ramadan

Trois semaines environ après le début de la formation, les *dayas* m'ont expliqué qu'en raison du Ramadan, elles allaient être à jeun l'après-midi. Elles ne pourraient donc plus chiquer un mélange de tabac et d'autres plantes, dont le pavot, qu'elles se mettaient habituellement, par petite pincée, derrière la lèvre inférieure. Je n'avais pas remarqué cette habitude. Elles m'avaient expliqué un des effets de la préparation à chiquer :

« C'est ce qui nous permet de réfléchir vite. Quand nous n'en prenons pas nous ne comprenons plus rien. »

J'étais très inquiète des effets de ce brusque sevrage sur le déroulement de la formation ! Le rythme des séances s'en est en effet trouvé encore ralenti. Mi-novembre je décidais d'un contrôle de connaissance dont je ne les avais pas averties. Ces contrôles se déroulaient par oral et en groupe faute de temps. Je me sentis découragée : rien ne semblait ni compris ni acquis ! J'avertis donc les *dayas* que l'expérience serait renouvelée quinze jours plus tard, avant mon départ. Lors du

deuxième contrôle, j'eus la bonne surprise de constater que les connaissances étaient restituées avec précision. Je me suis demandée pourquoi cet exercice avait été si difficile la fois précédente. Les *dayas* n'avaient pas osé me dire tout ce qu'elles savaient ? Pensaient-elles que c'était un jeu ? Je n'ai jamais éclairci ce point. Je constatais avec soulagement au deuxième essai que les matrones semblaient avoir assimilé les notions enseignées et acceptaient de référer les cas d'accouchements compliqués à l'hôpital. Il me semblait alors que l'objectif majeur de la formation était acquis. Comme prévu, je leur délivrais un « certificat » attestant qu'elles avaient suivi cette formation. Ces certificats étaient des feuilles portant le logo de Médecins du Monde ainsi qu'une mention dactylographiée en farsi spécifiant le lieu, la date, la durée et le contenu de la formation. Je consacrais la dernière séance à la remise de ces certificats. Les *dayas* semblaient très fières de cette reconnaissance écrite, même si elles ne pouvaient pas la lire (!)

Distribution de matériel et enregistrement de l'activité clinique des matrones

L'hiver approchant, la mission de Médecins du Monde fut suspendue pour trois mois. En raison des difficultés d'approvisionnement, et du maintien des consignes de sécurité, tous les expatriés présents à Chagcharane étaient tenus de s'en aller. Peu avant mon départ pour Herat, j'avais distribué aux *dayas* des boîtes contenant trois kits UNICEF d'accouchement propre : une lame de rasoir stérile, un lien pour le cordon, une pièce de tissu propre et une de plastique d'un mètre carré, ainsi qu'un savon. J'avais ajouté une bouteille de Betadine® et une paire de gants. Ces boîtes étaient déjà distribuées par MDM à Kaboul et à Herat et par d'autres ONG ailleurs. Lorsque les trois kits étaient utilisés, les *dayas* pouvaient revenir à l'hôpital pour se réapprovisionner. Les assistantes sages-femmes étaient chargées de cette distribution. Ceci permettait de favoriser les contacts professionnels entre ces deux groupes. En échange des kits, les *dayas* relaient les accouchements qu'elles avaient pratiqués afin de les enregistrer à l'hôpital.

La sage-femme qui m'a succédée, plus expérimentée que moi dans la mise en place de programmes de santé communautaire, a investi la communauté dans le réapprovisionnement des kits. Elle a rencontré à ce sujet le gouverneur local, l'association des femmes et le mollah. Il s'agissait de prévoir le relais lorsque les kits UNICEF ne seraient plus

distribués via les ONG. Quant au registre des accouchements des *dayas*, il y a fort à parier qu'il ne survivra pas à la fin du programme. Ce document prend toute son importance dans un pays où les registres d'État Civil sont inexistant¹. Malheureusement les données qu'il comporte ne sont pas vraiment fiables. En effet, les *dayas* avaient tendance à le considérer comme un exercice de la formation et à ne relater que les accouchements de déroulement normal.

Le jour de mon départ, les matrones étaient toutes présentes. A l'instar des autres femmes de l'hôpital, elles ne voulaient pas se mêler aux hommes. Nous nous sommes donc retrouvées dans la salle de consultation. Toutes m'ont offert un cadeau alors que je devais revenir au printemps ! La matrone Leila insistait pour que je prenne la veste rose fuchsia qu'elle s'était achetée quelques jours auparavant sur le bazar. Cette veste, de coupe occidentale, tranchait au milieu des tchadris noirs. Elle souhaitait qu'ainsi parée je sois plus belle en ville qu'ici. En effet mes Shawar Kamiz, achetées au Pakistan et plutôt semblables aux tenues portées par les hommes, ne suscitaient pas leur admiration ! Je suis partie sans la veste rose.

Complément de formation

A mon retour au printemps, j'étais accompagnée de Fatemeh, Iranienne de 35 ans qui connaissait déjà les *dayas*. Elle avait travaillé comme traductrice pour la gynécologue en poste avant moi. Je constatais que les *dayas* n'avaient reporté aucune mort maternelle ni fœtale. J'expliquais à nouveau que ce registre servait à recueillir des données épidémiologiques et non à évaluer leurs pratiques. Lorsque c'était possible, les données mentionnées sur le registre furent corrigées. Les langues se délièrent :

« Oui, tu sais, le bébé de Unetelle était mort, mais il avait l'air vraiment prématuré alors je n'ai pas pensé que ça t'intéresserait de le savoir. »

« La fille de Unetelle aussi elle est morte à la naissance mais tu sais ce n'est pas la peine de la compter comme mort-né puisque, de toutes les façons, les parents ont déjà deux filles

¹ Selon l'UNICEF, de 1998 à 2004, seuls 12% des naissances en ville et 4% des naissances en milieu rural ont été enregistrées.

alors ça ne leur faisait pas trop plaisir d'en avoir encore une ¹.
C'est la voie de Dieu. »

Début avril, j'interrogeais à nouveau les *dayas* pour voir si un complément de formation était nécessaire. Ce jour-là, toutes répondirent à mes questions par un joyeux et sonore « *On l'adresse à l'hôpital* » qui s'il convenait très bien à certaines questions, convenait nettement moins à celles du type « *Comment coupe-t-on le cordon du bébé ?* ». Un peu surprise par cette réponse unique dont elles avaient l'air satisfaites, je décidais de les revoir le lendemain. Elles m'expliquèrent qu'elles souhaitaient continuer la formation. A ce titre, la matrone Chamael s'était installée dans un quartier environnant le « bazar » ² au lieu de retourner dans son village, auprès de sa famille. Je me demandais bien sûr le rôle que les compensations financières, même peu élevées, jouaient dans cet engouement pour la formation. Je persiste à penser que ces femmes étaient surtout motivées par le plaisir d'avoir accès à l'information et l'opportunité de changer le rythme de leur quotidien.

Certains auteurs ont décrit les formations de matrones comme étant essentiellement l'apprentissage d'un nouveau langage, le langage de la biomédecine. Ainsi selon Pigg : ³

« Ce que les accoucheuses apprennent surtout lors de ces formations, c'est la manière de se présenter au système de soins officiel, et le langage à y tenir pour en être reconnues » ⁴

¹ Certaines femmes venaient me consulter pour infertilité quand elles n'avaient que des filles, tant il est important d'avoir un fils ! En effet, la société afghane fonctionne sur un mode patriarcal. Dans les campagnes la polygamie est encore très répandue. Le fils est très important pour la transmission du nom, de l'héritage, et pour prendre soin des parents qui deviennent âgés car le jeune ménage s'installe encore bien souvent dans la famille du mari.

² Cette expression locale désigne les villes qui possèdent un bazar de taille conséquente.

³ Stracy PIGG. "Authority in Translation: Finding, Knowing, Naming, and Training "Traditional Birth Attendants" in Nepal" (p. 233 à 262) in DAVIS-FLOYD Robbie and SARGENT Carolyn (ed.) *Childbirth and Authorative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles London, 1999.

⁴ Traduction personnelle de : "What the midwives learn most effectively is how to present themselves by the official health care system and how to legitimate themselves by using this language ».

Cette dévalorisation des formations des matrones ne me semble pas totalement justifiée. Dans le cadre de mon expérience à Chagcharane, je prenais garde à ne jamais employer de termes biomédicaux. Mon enseignement concernait la pratique de ce qui a été retenu comme essentiel par l'OMS: le lavage des mains avant chaque examen, la désinfection des yeux du nouveau-né avec du collyre après l'accouchement, l'examen du placenta pour vérifier son intégrité, ainsi que quelques gestes de soins au bébé. J'ai pu évaluer que cette formation a permis de modifier certaines pratiques : section plus propre du cordon du nouveau-né, diminution de l'utilisation du khôl. Enfin, grâce à la formation, les *dayas* ont pris l'habitude d'adresser leurs patientes à l'hôpital lorsqu'elles reconnaissaient des situations d'accouchements difficiles.

Je tentais d'impliquer les assistantes sages-femmes dans les formations destinées aux accoucheuses traditionnelles en proposant à deux d'entre elles d'assister à la formation dans le but de prendre ensuite le relais. Je pensais que ces formatrices supplémentaires seraient bienvenues, surtout si nous développions un programme de formation pour les villages avoisinants. Étant déjà très occupées par leurs rôles de mères de famille et leurs professions, les assistantes sages-femmes ne souhaitèrent pas participer. Par ailleurs, je pense qu'elles ne se sentaient pas très à l'aise à ce sujet. En effet, comme je l'ai mentionné à propos des médecins, les assistantes sages-femmes en formation, mères de famille pour la plupart, avaient eu recours aux *dayas* lors de leurs accouchements. Travailler ensemble ne semblait pas poser de problème, mais devenir l'enseignante des *dayas* était une étape qu'elles ne souhaitaient pas franchir. Rétrospectivement je pense avoir eu raison de ne pas insister car transformer en formatrices les anciennes patientes des *dayas* aurait perturbé leurs positions sociales respectives. Je me suis donc chargée de compléter leur formation durant un mois, un après-midi sur deux. Néanmoins dans de nombreux programmes de formations qui s'adressent à des groupes de taille plus importante les formateurs sont recrutés sur leur capacité à lire et écrire plus que sur leur expérience soignante.

La formation clinique des accoucheuses traditionnelles a été un peu délaissée par ce programme. J'aurais pourtant souhaité « évaluer » leurs pratiques aux domiciles des patientes, pour permettre un suivi plus personnalisé et favoriser les échanges. L'idéal aurait été une forme de compagnonnage dans lequel nous aurions mutuellement échangé. Je n'ai pas pu l'instaurer car l'intense activité de l'hôpital ne me permettait pas de dégager le temps nécessaire. Par ailleurs nous avions convenu, au sein de l'équipe de MDM, de ne pas dispenser de soins à domicile : nous voulions convaincre la population locale qu'il était parfois nécessaire de s'adresser à l'hôpital. Je craignais donc que ma présence auprès des matrones lors des accouchements puisse être interprétée comme une forme de soins à domicile.

Cependant, à deux reprises, j'ai eu le plaisir de voir « mes étudiantes » à l'œuvre. La première fois, la *daya* Sara m'avait demandé de venir accoucher une de ses patientes à l'hôpital car elle souhaitait observer le déroulement du travail en milieu hospitalier. J'ai donc accompagné Sara et une des assistantes sages-femmes pour le suivi de cette parturiente. Ravie, je pensais ainsi former cliniquement les matrones sans me déplacer au domicile des patientes. Malheureusement, cet après-midi là fut particulièrement chargé : trois accouchements eurent lieu dans l'unique salle de travail. Celle-ci était équipée de deux tables d'accouchement, séparées par un paravent. Une assemblée de dix femmes était réunie dans cette vaste salle. La traductrice était débordée par les questions des étudiantes, des patientes, des familles et les miennes. Je n'ai donc pas pu consacrer beaucoup de temps à Sara. Je ne sais si elle a été effrayée par cette ambiance mais ni elle, ni les autres *dayas*, ne m'ont demandé de renouveler l'expérience ! Je ne l'ai pas proposé non plus car a posteriori la présence des *dayas* dans les salles de naissances de l'hôpital ne me semblait pas idéale. Le risque d'induire, de la part des matrones, une transposition à domicile des pratiques hospitalières vues mais non apprises m'a semblé trop élevé.

La deuxième fois, la *daya* Zibah, envoya le mari d'une de ses patientes me chercher à mon domicile durant la nuit. Un accouchement se passait mal et elle n'avait pas le temps de transporter la femme jusqu'à la maternité. Le couple et ses voisins ne possédaient pas de voiture. J'ar-

rivais au plus vite au domicile de la patiente. Dans une salle surchauffée toute la famille était rassemblée, soit une quinzaine de personnes. Une femme mettait au monde son sixième enfant. Sa co-épouse, qui la soutenait, en avait un de plus. Les plus grands semblaient passionnés par la naissance et se tenaient éveillés, en cercle rapproché, autour de la parturiente. Cette dernière était épuisée et ses efforts expulsifs étaient inefficaces. Les plus petits étaient endormis aux quatre coins de la pièce. Le benjamin braillait, tous s'agitaient, la tension était maximale. J'observais avec émotion le petit carré de plastique propre posé sous les fesses de la parturiente et tout le matériel propre rangé avec soin sur une bassine retournée. L'eau bouillante était prête dans une autre bassine. La matrone Zibah ruisselait et tentait de me mimer son problème pour réduire le temps de traduction. Peine perdue, je la voyais mal dans la pénombre. J'ai demandé de faire sortir la moitié des enfants, puis j'ai examiné la femme et débloquais grâce à une rotation manuelle la tête fœtale, coincée dans une présentation occipito-sacrée défléchie¹. Le bébé est né rapidement, il allait bien, soulagement ! Mais la femme s'est mise à saigner abondamment. Je pratiquais alors une révision utérine (avec des beaux gants à manchette) puis j'injectais du Syntocinon®. Enfin, je donnais un comprimé de Cytotec® à la patiente afin de repartir l'esprit complètement tranquille². Le plus discrètement possible, j'observais les soins du cordon et la désinfection oculaire faits par la matrone. J'observais avec plaisir qu'ils étaient dispensés conformément aux règles d'hygiène enseignées. Puis je m'éclipsais sous les remerciements. Cette expérience fut merveilleuse. Je rêvais d'assister une naissance à domicile, à la lueur de la bougie. Cependant, j'étais gênée de tous ces remerciements, qui ne me semblaient pas mérités. En effet, les moyens matériels dont je disposais étaient supérieurs à ceux de la *daya*.

Le lendemain, lors de la formation, Zibah a parlé de cette naissance. Les autres la jugèrent sévèrement en disant qu'elle aurait dû adresser

¹ Terme de mécanique obstétricale qui désigne une position de la tête fœtale dans le bassin maternel : l'occiput qui se trouve, pour un accouchement normal en regard du pubis se trouve dans ce cas-là en regard du sacrum. Si la tête est, de plus, défléchie, cette position empêche le dégagement car le diamètre présenté est trop grand.

² Ces deux médicaments permettent d'obtenir une bonne contraction du muscle de l'utérus. Leur administration permet donc de prévenir une reprise ultérieure de l'hémorragie. Les *dayas* ne les possèdent pas.

la patiente plus tôt à l'hôpital. Pourtant la femme ne présentait comme facteur de risque que sa grande multiparité, fréquente dans cette région¹. J'ai appris que la *daya* Zibah s'était d'abord adressée à une assistante sage-femme. Cette dernière, débordée par la situation, s'était éclipsée avant mon arrivée. Les *dayas* ont alors longuement évoqué leurs difficultés à faire face à des situations similaires en l'absence de sage-femme ou gynécologue envoyées par MDM. Je trouvais ce débat réaliste et difficile. Nous commençons à prendre l'habitude de travailler ensemble, que feraient-elles ensuite ? J'avais quelques hypothèses optimistes : des sage-femme ou gynécologues afghanes viendraient peut-être s'installer dans la région. Les assistantes sages-femmes auraient également plus d'expérience pour faire face à ce genre de situations.

Les matrones me réfèrent des patientes en consultation. Pour les y encourager, je les recevais en tout début de matinée et les conviais à assister à la consultation. Des échanges intéressants entre patiente, accoucheuse traditionnelle et assistante sage-femme sont nés de ces consultations pluridisciplinaires. J'interrogeais la patiente pour lui constituer une fiche médicale, puis je demandais à la *daya* pourquoi elle venait avec la femme et ce qu'elle en pensait. Ensuite je tentais d'établir un dialogue entre l'assistante sage-femme et la *daya*. Je tranchais en cas de désaccord. Deux situations en particulier sont gravées dans ma mémoire :

Un matin Golan Gul s'est présentée en consultation avec un couple et leur nouveau-né pour me montrer une malformation : l'enfant n'avait pas de globes oculaires. Mon premier réflexe - idiot j'en conviens - a été de demander :

« - Ben là je ne vais rien pouvoir faire...Je ne sais pas si c'est possible que les parents aillent à Kaboul ou Herat pour montrer leur bébé à un spécialiste.

Ça peut être une bonne idée, a enchaîné l'étudiante sage-femme d'un ton peu convaincu.

¹ Le terme de multipare désigne les femmes ayant plus d'un enfant. La grande multiparité, soit plus de 5 enfants, est un des facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance par manque de contractilité utérine. Le taux de fertilité en Afghanistan en 2004 est de 7,7 enfant par femme (UNICEF, Op Cit).

Non Priscille ces gens ne vont pas dépenser tout leur argent pour aller loin. Même à Kaboul les docteurs ne vont pas pouvoir trouver des yeux pour le bébé. Je viens juste avec eux pour que tu voies ce bébé. Il va grandir et puis la famille verra bien si il peut faire quelque chose ou s'il meurt... Inch'Allah »

Le directeur de l'hôpital Docteur Shahab arrivait justement. Il a abondé dans le sens de la *daya*, le bon sens !

Une autre fois Sara s'est présentée avec une de ses patientes parce que la femme avait des œdèmes sur les jambes et sur les mains. L'étudiante sage-femme, à la suite de l'examen clinique, a préconisé une hospitalisation de la femme pour confirmer son hypertension et la traiter. Sara l'a regardée :

« - Tu sais te servir de toutes ces machines toi maintenant, tu connais tout ça ?

- Ben oui, j'apprends...

(Puis, se tournant vers moi)

- C'est bien que tu leur apprennes tout ça à elles. Après je pourrais leur emmener mes patientes. C'est bien.»

Conclusion

Désormais, la politique sanitaire adoptée par le gouvernement afghan, sous la pression des organisations internationales de santé publique (UNICEF, OMS, ...), est de former des assistantes sages-femmes et de suspendre la formation des matrones. Par exemple, le rapport de l'UNFPA (2004)² indique :

« Les formations devraient insister sur le rôle social que les accoucheuses traditionnelles peuvent jouer plutôt que sur le renforcement de leurs compétences techniques »

² Annexe au *Rapport annuel de l'UNFPA de 2004* à propos de la réduction de la mortalité périnatale : « Entre de bonnes mains : progrès sur le terrain » consulté sur : www.unfpa.org le 10/07/2006

Il me semble néanmoins que des formations complémentaires pourraient être dispensées. Ainsi, les matrones sont présentes aux trois niveaux sanitaires repérés comme difficiles pour l'accès aux soins périnataux dans les régions isolées, nombreuses en Afghanistan compte tenu de la géographie du pays et de sa faible densité (33 hab. /Km²). En premier lieu elles exercent au sein de communautés qui peuvent être très éloignées des institutions sanitaires dont le nombre est insuffisant dans ce pays pour accueillir toutes les parturientes. De plus, l'éloignement des soins a aussi pour origine la fermeture des routes durant l'hiver et le coût financier des trajets. Ensuite, les complications obstétricales ne sont pas toujours diagnostiquées à temps, et c'est sur cette phase que la formation théorique me semble être la plus efficace. Enfin, certaines femmes ou leurs familles ne souhaitent pas être référées en milieu biomédical, même lorsque le diagnostic est posé. Dans ces contextes, les matrones apparaissent comme des actrices de soins dont il est difficile d'ignorer le rôle essentiel lors de l'accouchement. Certes, la formation des assistantes sages-femmes apparaît comme une stratégie pertinente pour parer au manque de personnel médical qualifié dans les provinces afghanes. Cependant de nombreux problèmes se posent en ce qui concerne leur intégration locale dans les villages. Elles jouent déjà des rôles importants dans leurs communautés. Il s'agit de femmes éduquées, souvent institutrices, éducatrices à la santé ou vaccinatrices. Néanmoins, leur pratique des accouchements à domicile semble dépendre de l'accueil et de la confiance dont elles pourront bénéficier dans les villages. A ce titre, les *dayas* semblent pouvoir jouer un rôle clé dans l'insertion communautaire de ces nouvelles praticiennes de l'accouchement. Enfin, citadines ou habitant en zone semi-rurale pour la plupart, il semble peu probable que ces assistantes sages-femmes acceptent d'être postées dans des régions reculées.

Un autre aspect me semble important à aborder. Les formations des matrones sont souvent critiquées en raison du peu d'activités de suivi des programmes mis en place et des problèmes de pérennité que cela pose. Pour être pérenne après le désengagement de Médecins du Monde, le programme de formation des matrones à Chagcharane a quelques avantages non négligeables. En premier lieu les *dayas* sont reconnues par leur communauté ce qui leur permet d'appliquer une partie de ce qu'elles ont appris au cours de leur formation. Ensuite,

un service de soins dans lequel elles peuvent référer leurs patientes est disponible et efficace : l'hôpital possède un bloc opératoire. Deux chirurgiens afghans assurent les gardes, les césariennes peuvent donc être effectuées sur place. Enfin, parmi la population réfugiée à Herat qui revient s'installer dans la région de Chagcharane, certaines *dayas* ont également bénéficié de formations organisées par MDM au sein des camps de déplacés. Toutes les *dayas* de Chagcharane auront donc reçu des formations similaires.

Cependant, ces formations ont aussi des limites. Je souhaiterais revenir ici sur certains points concernant des aspects pédagogiques de cette formation et en particulier sur des questions liées à la traduction. La présence d'un homme si elle a été préférée à la suspension temporaire du programme afin ne pas altérer la dynamique mise en place peut paraître quelque peu inapproprié. De plus, la difficulté de recruter des formateurs parlant la même langue que les matrones a pu être à l'origine d'imprécisions en matière de traduction créant ainsi des situations d'incompréhension. Enfin, le rang supérieur que m'ont attribué les matrones du fait de mon statut d'étrangère et de mes connaissances biomédicales ont été un frein au partage de connaissances puisqu'elles n'ont pas souhaité partager leur savoir avec moi. D'autres problèmes se posent par ailleurs. Ainsi, le coût des soins est pour l'instant pris en charge par MDM et il semble peu probable que la gratuité reste effective dans le futur. De plus, par méconnaissance plus que par mauvaise volonté ces formations risquent de rompre les équilibres sociaux qui leur préexistent en faisant primer le savoir biomédical sur d'autres types de savoir. Enfin la région est vaste. Nous avons envisagé d'organiser une formation itinérante entre autre pour les accoucheuses traditionnelles. Faute de moyens humains et pour des raisons de sécurité ce programme n'a pu être concrétisé et notre action s'est limitée aux *dayas* de Chagcharane. Elles ne me liront pas mais je tiens à terminer en les saluant respectueusement.

Bibliographie

OLIER Florence – 2005 « Les suites de couches en Afghanistan » in de GASQUET Bernadette *Bébé est là, Vive Maman..* Santé- Robert Jauze, Paris. Pp : 70 à 79.

PIGG Stracy – 1999. “Authority in Translation: Finding, Knowing, Naming, and Training "Traditional Birth Attendants" in Nepal” in DAVIS-FLOYD Robbie and SARGENT Carolyn (ed.) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural*

Perspectives. University of California Press, Berkeley, Los Angeles London, California Press. Pp: 233 à 262.

UNFPA – 2004 *Entre de bonnes mains : progrès sur le terrain*, Annexe au Rapport annuel de l'UNFPA de 2004 consulté sur : www.unfpa.org le 10/07/2006

UNICEF – *Statistics by Country: Afghanistan.* Consulté sur le site www.unicef.org le 18/02/2006

**DES MATRONES FACE À LA
« MATERNITÉ SANS RISQUE »
LE CAS DE BARSALOGHO, BURKINA FASO**

MANOELLE CARTON et ROGER ZERBO

DEPUIS les années 1980, les politiques et les systèmes de santé en Afrique ont été orientés vers un objectif d'« articulation » de la médecine moderne à la médecine dite traditionnelle. A cette époque, « Les processus de valorisation de la médecine traditionnelle ont reçu un écho favorable chez certains hommes politiques africains (...) car ils y ont vu là l'occasion de revendiquer une culture et une identité africaine (...) » (Bonnet, 1999 : 9). Parallèlement, des études relatives à l'analyse des obstacles socio-culturels concernant les recours tardifs des femmes aux services des maternités ont été effectuées, en vue de la prise en compte de leurs résultats pour l'élaboration de stratégies de promotion de la santé maternelle et néonatale (Traoré et al, 2001 ; BASP, 2004). L'objectif de ce chapitre est donc de rendre compte de certains aspects de cette

rencontre entre le système biomédical et le système de médecine « traditionnelle » dans le contexte de la mise en place du programme « Maternité sans risque »¹ au Burkina Faso.

Au Burkina Faso, comme dans de nombreux pays d'Afrique, c'est sous l'injonction des institutions internationales que les préoccupations relatives à la mortalité maternelle et infantile ont été construites et considérées comme un problème majeur de santé publique (Lankoandé et al, 1997 ; Ouédraogo et al, 2001). Le nombre de décès maternels dans les districts était estimé en moyenne pour cent mille naissances à 374 en 2003 ; à 431 en 2004 et à 382 en 2005 (Ministère de la santé, 2006 : 5).

Dans ce cadre, plusieurs activités ont été mises en places dont l'appui technique aux services de santé, la formation du personnel spécialisé en soins obstétricaux et la formation des matrones (ou accoucheuses villageoises). Ces formations visent à étendre le champ d'application de la biomédecine afin de la rendre accessible aux personnes résidant en zones rurales. Cette stratégie répond au besoin d'amélioration de l'accessibilité géographique des populations aux soins, en raison du manque ou de la dispersion des infrastructures sanitaires en milieu rural (Bergstrom & Goodburn, 2001 : 83). La formation des accoucheuses villageoises, l'une des activités en lien avec ce programme, a pour objectif de former ces praticiennes aux techniques d'accouchement selon les normes d'hygiène et de sécurité préconisées par l'OMS et de réduire le recours à des pratiques dites « néfastes ». Il s'agit, par ailleurs, d'amener ces accoucheuses à reconnaître les signes de complications obstétricales afin que les femmes en couches à domicile soient transférées vers les institutions de soins les plus proches en cas de nécessité. Au Burkina Faso, cette activité a été menée par de nombreuses ONG chargées de programmes sanitaires dans des zones rurales diverses de ce pays.

En mars et avril 2004, une étude réalisée dans le district sanitaire de Barsalogo, au Burkina Faso a permis d'observer, de décrire et d'ana-

¹ L'initiative "Maternité sans risque" a été lancée à Nairobi en 1984 par la Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé, et les Fonds des Nations Unies pour la Population. L'objectif fixé était de réduire les taux de mortalité maternelle dans les pays en développement de 50% d'ici l'an 2000 (Mahler, 1987).

lyser les interactions sociales entre les agents de santé et les femmes en lien avec la santé maternelle et l'accouchement. Cette recherche s'intéressait aux modes et à la mise en œuvre de la formation des accoucheuses villageoises ainsi qu'aux représentations et aux pratiques sociales des parturientes à propos des systèmes de soins populaires, traditionnels et biomédicaux. De plus, il s'agissait de recueillir certains éléments relatifs à l'élaboration et à la mise en place des politiques sanitaires nationales et internationales en la matière.

Le district sanitaire de Barsalogo est situé dans la moitié nord de la province du Sanmatenga, à 148 Km au Nord de la capitale d'Ouagadougou, et couvre une superficie d'environ 4000 km². La population totale du district est estimée à 156.248 habitants en 2004, répartis en 77 villages administratifs. En termes d'institutions de soins, le quadrillage sanitaire du district de Barsalogo est le reflet d'une politique de décentralisation des soins vers les Postes de Santé Primaires (PSP). Il compte des cases de Postes de Santé Primaire plus ou moins opérationnels dans chaque village et treize Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Enfin, un Centre Médical Avancé (CMA) (avec une antenne chirurgicale) implanté à Barsalogo, chef lieu du district qui sert d'institution de référence pour les soins de santé. Selon les données consignées dans les Statistiques sanitaires (Ministère de la santé, 2006), cette région dispose d'un CMA et de onze CSPS. Le ratio des habitants par CSPS est estimé à 665 (Ministère de la santé, 2006 : 27). A Barsalogo, le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une première consultation prénatale est estimé à 7756, parmi lesquelles 9,12% sont des grossesses à risques. On dénombre 72 décisions de référence de cas d'accouchement au niveau de l'échelon supérieur, soit un taux de 10,18% (Ministère de la santé, 2006 : 36). D'après les statistiques sanitaires de l'année 2005, le nombre de décès maternels est estimé à 315,32 pour 100 000 naissances vivantes en moyenne dans la région sanitaire du Centre-Nord (Ministère de la santé, 2006 : 56)¹. Ce taux place la région sanitaire au deuxième rang sur treize, des régions à haute prévalence de mortalité maternelle.

¹ Cette région comporte les districts sanitaires de Barsalogo (dont le taux de mortalité maternelle est estimé à 264,01 pour 100 000 naissances vivantes), Boulsa, Kaya, et Kongoussi (Ministère de la santé, 2006 : 56).

Dans le district sanitaire de Barsalogo, une zone de peuplement mossi, les *accoucheuses dites « villageoises »*² sont les femmes qui ont suivi une formation dans un milieu biomédical. Elles résident et interviennent dans des villages où aucune institution sanitaire offrant un service minimum de soins obstétricaux n'est présente. Elles sont reconnues par le système de santé officiel en tant qu'agents relais entre la population et les centres de santé. Ces femmes sont à différencier des *accoucheuses « traditionnelles »* qui pratiquent des accouchements en dehors des institutions de soins modernes, sans aucune formation de type biomédical. Ces deux appellations sont utilisées, par les agents de santé, par les acteurs de l'intervention - ONG et associations - et par les services publics, en vue de marquer la différence entre les deux types d'accoucheuses. La majorité des accoucheuses traditionnelles ont appris leur pratique auprès de leur belle-mère ou d'une parente. L'apprentissage et la transmission d'un savoir et d'un savoir-faire procèdent de la pratique sur soi, de l'expérience partagée et de l'observation. Les connaissances théoriques relèvent d'une construction empirique dont les éléments fondamentaux varient d'une personne à l'autre. Toutes les accoucheuses traditionnelles rencontrées dans le cadre de cette étude ont commencé à exercer tardivement, le plus souvent au stade de la ménopause. Un constat similaire a été fait par Bonnet qui note :

« En pays Mossi, l'accoucheuse traditionnelle (...) devient accoucheuse de son propre gré, après avoir accompagné durant plusieurs années une autre accoucheuse qu'elle remplace quand celle-ci devient trop âgée ou meurt. La principale « obligation » sociale de l'accoucheuse est d'avoir elle-même accouché et d'être ménopausée. » (1998 : 41).

Les accoucheuses traditionnelles bénéficient d'une reconnaissance sociale parmi les villageois. Leur travail est généralement rémunéré en nature, en espèces ou en services. Par exemple, elles reçoivent l'aide du mari de l'accouchée pour leurs travaux agricoles, ou parfois quelques noix de cola.

² Les auteurs des documents officiels du Ministère de la santé au Burkina Faso utilisent le terme « accoucheuse de village ».

Les formations des accoucheuses villageoises ont été organisées dans le district sanitaire en 1996. Elles sont financées principalement par des ONG locales ou étrangères comme Plan Burkina ou le SLCD (Service laïque de coopération au développement). Elles sont effectuées par les agents de santé qui suivent un manuel publié par le Ministère de la santé contenant un protocole de formation à dispenser. Le programme de formation est élaboré de façon à ce que les accoucheuses villageoises puissent aider une femme à accoucher en suivant les règles d'hygiène préconisées et faire face aux problèmes éventuels tels qu'une présentation anormale du nouveau-né. Ces accoucheuses ont aussi pour fonction de décourager la poursuite de pratiques de soins populaires dites « néfastes »¹.

Une journée de formation

La journée de formation des accoucheuses villageoises décrite ici est comprise parmi les dix jours d'une formation dispensée à Barsalogo. Elle est assurée par des agents de santé, grâce au soutien financier de l'ONG « Plan Burkina ». Cette formation réunit à la fois des femmes qui ont la fonction d'accoucheuse villageoise (et qui effectuent dès lors un « recyclage »), et d'autres femmes supposées pouvoir exercer cette fonction après la formation. Leurs logements et restaurations sont assurés par les organisateurs et chacune reçoit une indemnité de 1500 francs CFA (environ 2,30€).

La formation se déroule dans une salle de classe. Les formateurs s'expriment en langue local *moré*² mais utilisent le français lorsqu'ils écrivent au tableau. Parmi les treize femmes bénéficiant de la formation, une seule est capable, *a minima*, de lire et d'écrire en français. Un agent de santé et formateur explique que l'utilisation du français est requise afin de permettre au superviseur de s'assurer du bon déroulement de la formation lors d'une visite de contrôle éventuelle. Les femmes reçoivent chacune un bloc-notes sur lequel elles devront consigner ce qui a été dit. Néanmoins, elles semblent très peu attentives à l'enseignement dispensé. Elles font des va-et-vient entre l'exté-

¹ Nous décrivons ces pratiques ultérieurement.

² Le Moré est la langue parlée par les Mossi du Burkina Faso (soit environ trois millions de personnes) et également la langue véhiculaire du Burkina Faso.

rieur et la salle afin de s'occuper de leurs petits enfants qui les accompagnent.

La journée commence par un rappel de la leçon dispensée la veille. Le module traité ce jour concernait la description des pratiques dites « néfastes », les modalités de leur éradication ainsi que les enseignements relatifs au rôle de l'accoucheuse. Sous le vocable de pratiques néfastes, les agents de santé réunissent l'excision, le mariage forcé, le lévirat, l'accouchement non assisté, le mariage précoce et certains interdits alimentaires prescrits aux femmes enceintes. L'objectif des formateurs, sur le temps d'une formation, est de rendre les accoucheuses actrices de la transformation de certaines règles propres à l'organisation de leur communauté. Les formateurs demandent explicitement aux accoucheuses en formation de dénoncer les femmes qui continuent de pratiquer l'excision, alors que bien souvent les accoucheuses traditionnelles elles-mêmes sont impliquées dans cette pratique à la demande des familles.

L'après-midi de la journée de formation est consacrée à la mise en place du système d'information sanitaire. Un tableau qui devra être complété lors des accouchements est distribué à chaque femme. Ce tableau comprend neuf colonnes précédées chacune par un dessin ou une image qui représente une situation de maternité particulière, allant des succès aux suites tragiques. Il s'agit par exemple des images suivantes: un bébé mort-né, un bébé avec des œdèmes, un décès maternel et une femme qui est référée au centre de santé, ou encore une femme et son bébé épanouis après un accouchement. Ce tableau devra être rempli par les matrones en formation lors de la prise en charge de chaque cas d'accouchement. Il est ensuite transmis aux agents de santé à chaque fin de mois. L'objectif poursuivi est de comptabiliser, par exemple, le nombre des accouchements normaux, les décès maternels et les enfants mort-nés ; ceci afin de fournir une base de données statistiques demandée par les bailleurs de fonds pour évaluer l'impact de leur intervention au niveau du district sanitaire.

Les femmes participant à la formation vont à tour de rôle se prêter à un exercice au tableau. L'agent de santé simule une situation qu'elles sont amenées à rencontrer lors du suivi des femmes enceintes. Il leur décrit par exemple un cas où une complication obstétricale survient chez une femme qui se présente chez elles. Les accoucheuses doivent

trouver la case correspondante à la situation décrite. Ce furent deux bonnes heures de rires: les femmes se trompent et se moquent les unes des autres pour n'avoir pas trouvé la réponse correcte. Cette partie de la formation terminée, elles devront être à même d'utiliser convenablement le tableau servant à notifier les événements divers relatifs aux accouchements.

En fin de journée, les échanges informels et les discussions libres avec certaines femmes participant à la formation sur ce qu'elles « auraient aimé dire aux agents de santé à propos de la formation » indiquent que leurs aspirations vis-à-vis de la tâche qui leur est confiée sont tout autres. Par exemple, on note les réponses suivantes : « Il nous faudrait des vélos », « Les cases de santé ne servent à rien ». Les accoucheuses confient encore: « On voudrait connaître les positions diverses du bébé », ensuite « Je voudrais pouvoir lire », enfin, « A l'hôpital ils ne donnent rien pour protéger les bébés contre les piqûres de moustiques ! ». Aucune de ces questions n'ont été posées aux formateurs. Les femmes justifient leur silence en expliquant que cela ne servirait à rien de demander, puisqu'elles ont l'habitude de ne pas être écoutées par les formateurs. Leurs doléances et leurs besoins réels semblent rarement interrogés et pris en compte. En effet, lors des nombreuses discussions avec des femmes ou des accoucheuses traditionnelles et villageoises, leur demande formulée au chercheur était de jouer le rôle d'un intermédiaire qui pourrait contribuer à faire entendre leurs préoccupations. Nous avons constaté que les cases de santé dévolues aux accoucheuses villageoises et aux agents de santé communautaires ne sont en général que des cases vides réduites à une fonction symbolique de lieux d'accouchement plus ou moins « biomédicalisés ». Selon la volonté du chef de village, ces cases sont situées au milieu du village ou à d'autres endroits. Par ailleurs, certains facteurs qui déterminent la fréquence d'utilisation de ces cases de santé n'ont pas été pris en compte par les personnes chargées de la mise en place de cette activité. Par exemple, alors qu'un accès facile à l'eau potable est indispensable dans la prise en charge d'un accouchement, aucune case de santé n'est mise en place en tenant compte de cet impératif d'hygiène.

En outre, les rencontres avec des agents de santé, des accoucheuses traditionnelles et des femmes enceintes, en dehors du contexte de la

formation, conduisent à formuler certaines interrogations quant aux modalités de formation des accoucheuses villageoises. Les agents de santé semblent considérer les futures accoucheuses villageoises comme des élèves auxquelles il faut tout apprendre et desquelles on ne peut rien apprendre. Le rapport entre les agents de santé et les femmes apparaît inscrit dans un rapport de pouvoir où les agents de santé se considèrent souvent comme seuls détenteurs des savoirs et savoir-faire. L'autre est disqualifié dans la transmission de connaissances et se réduit à apprendre et à se comporter comme cela lui est demandé. Pour exprimer cette mise en position secondaire de la médecine traditionnelle, Guissou notait lors du 1^{er} symposium sur la recherche nationale essentielle en santé (RNES) que :

« La médecine traditionnelle (...) a connu une pseudo clandestinité au regard des textes légaux de la période coloniale et ensuite. Depuis 1971, la médecine traditionnelle a été timidement remise dans son état de fait en tant que produit communautaire. Les deux types de médecine évoluent donc parallèlement et surtout légalement depuis 1994 » (1997: 2).

Lors d'une visite d'une accoucheuse formée du village, on lui demande de traduire ce qui se trouve sur le tableau qui lui a été remis après sa formation. Bien contente d'avoir l'occasion de prouver qu'elle a bien assimilé ses leçons, elle s'empresse d'aller chercher le tableau et commente les images du tableau. A la deuxième case figurant sur le document l'incohérence entre ce qui est illustré et l'explication donnée ou retenue par la matrone est flagrante. Elle dit : « là c'est quand le pied du bébé sort en premier du ventre de la mère ». Nous notons que le dessin représente un œdème de la jambe d'une femme enceinte, l'un des signes de la toxémie gravidique, une complication de la grossesse. Ainsi, cette observation relative aux modalités d'enseignement du système de recueil d'information sanitaire invite à émettre certaines réserves quant à la fiabilité des statistiques ainsi récoltées. Très souvent les cas notifiés et comptabilisés ne rendent pas compte des événements obstétricaux tels qu'ils se sont réellement déroulés.

En somme, les accoucheuses villageoises sont intégrées dans le système sanitaire pour jouer essentiellement le rôle d'acteurs chargés du relais des messages de santé publique (éradication des pratiques dites

« néfastes » qu'elles sont invitées à dénoncer). Le recours à l'écriture en français lors de la formation est perçu par les futures accoucheuses comme une manifestation de la supériorité des formateurs vis-à-vis d'elles. D'ailleurs, les termes locaux utilisés par la population pour désigner les agents de santé sont « les étrangers », « les hommes des blancs », ou « les hommes de la connaissance ou du savoir ». Ces appellations font-elles référence au rapport historique de domination, de soumission et d'humiliation subies par cette population ? Certains travaux relatifs à la prise en charge des maladies dans l'histoire, ont montré que les populations ayant été confrontées à des formes diverses de « police sanitaire » instaurée pendant la période coloniale, manifestent depuis une certaine crainte vis-à-vis des agents de santé (M'Bokolo 1984). Par exemple, Berche, dans le cadre d'une analyse anthropologique des programmes de santé publique axés sur la promotion des soins obstétricaux en pays dogon au Mali, fait remarquer que :

« La réticence de la population rurale vis-à-vis des personnels de santé en général est sans doute liée à leur emploi [de la méthode de police sanitaire], d'autant qu'elle les voit resurgir régulièrement, tout naturellement, à certaines occasions : convocation « énergique » de la « population » pour des vaccinations, prélèvement d'amende pour les femmes refusant d'accoucher en maternité ou pour les tuberculeux abandonnant leur traitement » (1998 : 67).

Le statut d'accoucheuse villageoise

Interprétation locale d'une logique de santé publique

L'une des recommandations des institutions de santé publique internationale est, désormais, de faire intervenir « la communauté » dans le choix des personnes à former (Ridde, & Girard, 2004 ; Ridde, 2007). Dans le cadre de notre étude, les agents de santé affirmaient que les accoucheuses qui participent à la formation sont choisies par les villageois. Néanmoins, les entretiens et les observations ont permis de découvrir d'autres versions des critères de sélection. Par exemple, dans le village de Zinibéogo où résident trois accoucheuses traditionnelles,

L'accoucheuse villageoise sélectionnée pour la formation est la femme de l'un des fils du chef coutumier. Elle n'a aucune notion des pratiques de soins autour de l'accouchement. Les deux accoucheuses traditionnelles du village n'ont jamais été mises au courant d'une quelconque sélection. Dans un autre village, l'accoucheuse villageoise est une jeune femme promise au chef du village et n'a aucune expérience en la matière. Enfin, dans l'un des villages du district, la jeune femme choisie pour être formée en tant qu'accoucheuse villageoise ne comprend pas ce choix, cela ne répond aucunement à ses motivations. Elle ne pouvait la refuser la demande émanant du chef du village au risque de représailles. Dans l'exercice de son futur métier, elle redoute la survenue de complications obstétricales et prévoit de faire systématiquement appel à une accoucheuse traditionnelle pour l'assister dans sa nouvelle activité. Dès lors, les pratiques relatives au « choix » des matrones à former nous renseignent au sujet de certaines formes locales d'application du pouvoir qui, à terme, ne sont pas forcément pertinentes pour améliorer les conditions d'accouchement des femmes villageoises.

Voyons maintenant, en amont d'autres facteurs qui déterminent ces pratiques de sélection. En effet, selon les textes qui régissent l'activité des accoucheuses villageoises, la population peut, en principe, élire une personne de son choix afin d'assumer ce rôle. Néanmoins, certains critères de sélection sont aussi imposés tacitement par les agents de santé. Ces critères sont le plus souvent transmis à la population par l'intermédiaire du chef de village ou d'autres personnes influentes comme les leaders d'opinion. Ces derniers invitent les villageois à ne pas élire des personnes qui, par exemple, « ne pourraient pas être formées de façon moderne » ou « qui risqueraient de se montrer réticentes face aux changements apportés par la médecine moderne ». La plupart des agents de santé savent que dans les villages, il est préférable que les accoucheuses soient de vieilles femmes. Celles-ci sont bien écoutées. Elles sont souvent plus attentionnées et plus disponibles pour assister les accouchements de jour comme de nuit. Néanmoins, les agents de santé semblent convaincus que ces femmes seront moins perméables à leurs enseignements et qu'il sera plus difficile de faire changer leurs habitudes. Ils n'ignorent pas que les jeunes femmes qu'ils se proposent de former n'ont aucune expérience dans le domaine de l'accouchement. Ils choisissent malgré tout de leur ac-

corder une préférence. Certains agents de santé justifient l'utilisation de ces critères en affirmant par exemple: « Les vieilles avec leurs pratiques archaïques ! », ou « Mieux vaut commencer avec des jeunes têtes que des vieilles têtes ! » Ainsi, les agents incitent au choix de personnes relativement jeunes qui, selon leurs propres représentations, ne seraient pas trop attachées aux pratiques anciennes et seront sensibles à la réalisation des objectifs visés par les bailleurs de fonds. Par conséquent, ces choix dans l'identification la formation des accoucheuses ne semblent pas toujours pertinents au regard de certaines réalités locales qui conditionnent les pratiques d'accouchement.

Une pratique sociale perturbée

Le point de vue des villageoises

Dans le district de Barsalogo, il est strictement interdit aux femmes d'accoucher chez elles et en présence d'une accoucheuse traditionnelle. Sur un document officiel figure la mention suivante : « Sont exclus des activités des accoucheuses de village : Le suivi de la grossesse, l'accouchement, les premiers soins au nouveau-né, les soins du *post-partum* à la femme » (Ministère de la santé, 2005)¹. Une amende, dont le montant est généralement égal au double du montant des frais d'un accouchement dans un centre de santé, soit quatre mille francs CFA², est imposée aux femmes qui vont à l'encontre de ce principe défendu par les agents de santé. Les accoucheuses traditionnelles ne doivent plus intervenir lors des accouchements, en particulier, afin de ne pas transmettre leur savoir-faire à leur fille ou belle-fille. Certaines accoucheuses traditionnelles sont formées pour être recyclées en accoucheuses villageoises tandis que d'autres, jugées trop vieilles ou trop réfractaires au changement selon les agents de santé, sont réduites au rôle d'accompagner des femmes en travail. Dans les deux cas, leurs savoirs sont ignorés. Dans la société mossi, les accoucheuses traditionnelles étaient les seules personnes reconnues pour s'occuper des accouchements des femmes du village. Ces accoucheuses ne per-

¹ Note administrative N°2005/3356/MS/SG/DGS/DSF, du 25 Octobre 2005 adressée aux Directeurs Régionaux de la santé, Médecin Chefs de District sanitaire et aux Préfets. Son objet : Définition de nouveau rôle pour les accoucheuses de village.

² Environ 6,10 Euro.

çoivent pas leur fonction comme une activité rémunérée, mais comme un talent et un art, une mission qui leur confère un statut social honorifique. Elles considèrent la pratique régulière de l'accouchement comme un acte indispensable à la sauvegarde et la transmission des savoirs et des savoir-faire de génération en génération. Elles participent également à la transmission de certains gestes pratiques relatifs au maternage et la socialisation de la maternité.

Une accoucheuse traditionnelle exprime ses inquiétudes au sujet d'une jeune accoucheuse villageoise enceinte de son premier enfant et qui exerce dans un village voisin :

« Elle n'a aucune expérience, comment peut-elle aider les femmes ? Aujourd'hui elle doit rester au centre de santé pour accoucher. Qui va s'occuper des accouchements à domicile maintenant ? ».

En effet, les agents de santé chargés de diffuser le modèle de « maternité sans risque » ne comprennent pas toujours que ce modèle est « une entité structurée autour de savoirs, normes, valeurs » (Gobatto, 2003 : 22) traditionnellement reconnu dans les pratiques. Il vient s'inscrire, dans une société dotée d'une histoire et d'un système social cohérent pour accompagner le temps de l'enfantement (Desclaux & Taverne, 2000).

La plupart du temps, les jeunes accoucheuses villageoises parviennent, à la suite de leur formation, à se constituer une clientèle à une condition : il faut que les chefs de villages prennent des mesures coercitives telles que la menace d'une amende si l'accouchement n'a pas lieu auprès d'une accoucheuse villageoise. Traditionnellement, dans les villages, aucune élection n'est organisée pour choisir des accoucheuses. Elles devaient leur notoriété et leur fréquentation à leur savoir-faire et à l'art d'accoucher les femmes avec les convenances sociales appréciées de tous. Le savoir et le talent étaient l'unique règle. Dorénavant, les critères de sélection des accoucheuses villageoises utilisés par le programme d'intervention perturbent l'ancien processus d'apprentissage des accoucheuses traditionnelles. Les acteurs chargés de la mise en œuvre de ce programme ne semblent pas avoir l'espace d'intégrer aux activités mises en place certains aspects en lien avec le mode de transmission des connaissances et des critères de légitima-

tion sociale des praticiennes. Pourtant, ceux-ci pourraient peut être se révéler bénéfiques pour une meilleure prise en charge sanitaire de l'accouchement.

Pratiques de soins obstétricaux dans les centres de santé

Normes internationales et pratiques locales

L'ambition des agents de santé est d'adapter les pratiques de soins autour de la grossesse et de l'accouchement aux modèles proposés dans le cadre des recommandations de l'OMS au niveau international : sécuriser l'accouchement et augmenter les taux de fréquentation des institutions médicales (WHO 1985., 2003). Ces directives sont reprises dans la politique nationale de santé. Les acteurs mettent en place les formations selon les critères statistiques établis par le Ministère de la santé afin d'atteindre les niveaux de performances fixés. Ces agents de santé inventent leurs propres stratégies (amendes, intimidation et menace, recherche de légitimité auprès des chefs de villages) afin de « faire venir » les femmes dans les maternités ou afin qu'elles aient recours aux accoucheuses villageoises formées au moment venu. Pourquoi ces acteurs doivent-ils développer de telles stratégies que l'on peut qualifier de « police sanitaire » ? Leur questionnement pourrait être orienté sur les raisons pour lesquelles, malgré la mise en place d'un service biomédical de soins de l'accouchement, les femmes ont une préférence persistante pour les accouchements à domicile avec des accoucheuses traditionnelles.

Le faible recours aux services de santé par les femmes, s'explique, selon les prestataires de soins, par des considérations d'ordre socioculturel. Ils jugent les pratiques et les représentations des villageoises vis-à-vis de l'accouchement comme étant archaïques. Ils agissent de façon à se distinguer de ce groupe de personnes ignorantes en se présentant comme le relais des valeurs universelles, que sont les valeurs contenues dans les « modèles de santé » véhiculés par les représentants des institutions de santé publique. Ainsi ces agents de santé « essentialisent » la culture des femmes en construisant une explication des modalités de recours aux soins qu'ils recommandent sans tenir compte du contexte social et des conditions économiques dans lesquels les

décisions sont prises. Ce processus, décrit par Fassin (2001), est celui selon lequel chaque trait, chaque variable, chaque comportement des femmes, appréhendé isolément de la réalité sociale, fait l'objet d'une surdétermination culturelle qui sert d'explication au non-usage des maternités par les femmes. Dans le même ordre d'idée, Vidal s'intéressant à l'usage du concept de culture dans les actions de santé publique affirme que « lorsqu'il est "culturel", un obstacle est – dans la conception de ceux qui le mettent en avant – jugé par définition insurmontable et incontournable » (2004 : 154). Les attitudes des femmes sont alors qualifiées de « résistances culturelles » à la réalisation de l'objectif fixé : amener les femmes à fréquenter les dispositifs sanitaires. Ainsi, ce constat rejoint l'explication de Berche (1998 : 86) relative à la façon dont les actions de santé publique en matière d'éducation sanitaire et de changement de comportement sont menées selon « (...) une approche classique paternaliste et autoritaire (...), jugée à l'aune du seul système de valeur de la bio-médecine ». Dans le cas présenté, les agents de santé ont la conviction que leurs modèles d'action, construits autour de la bio médicalisation de l'accouchement et sans prise en compte de la dimension sociale de la naissance est adapté pour répondre au problème sanitaire posé. Leurs discours mettent en avant comment, selon eux, les considérations des accoucheuses traditionnelles et des femmes qui ont recours à leurs services ne peuvent être envisagées en tant que ressource pour la résolution d'un problème commun (la maternité sans risque). Devant le constat de la non fréquentation des services de soins, ces femmes sont perçues uniquement comme faisant obstacle à la mise en œuvre des objectifs fixés par le bailleur de fonds et le ministère de la santé¹.

Le plus souvent, les agents de santé imposent des mesures techniques de manière arbitraire face aux problèmes sociaux posés en matière de santé publique ou d'ordre clinique. Pourtant l'ensemble des prescriptions normatives de la santé publique imposées par les agents de santé a tendance à dissuader les femmes d'utiliser les dispositifs de santé qu'elles jugent complexes et inaccessibles. Par exemple, une femme exprime en ses termes sa difficulté à avoir recours aux soins dans une institution sanitaire :

¹ A ce sujet, le lecteur pourra se référer à l'ouvrage de Olivier De Sardan (1995).

« Aller au dispensaire et expliquer pourquoi on est là, c'est déjà toute une épreuve » (Parturiente de Barsalogo).

Dans la société *mossi*, la grossesse et l'accouchement sont des temps de vie autour desquels les femmes parlent entre elles, seules, et ont leurs propres gestes d'accompagnement (Bonnet, 1998). Tout ce qui entoure la grossesse et l'accouchement est considéré comme « une affaire de femmes », et fait appel à des rituels spécifiques (Bonnet, 1994). Rarement un homme ne prendra part à l'accouchement et ne sera présent dans le lieu où une femme met au monde son enfant. Pourtant, le dispensaire est le lieu où une jeune femme est sommée de parler de sa grossesse devant un agent de santé, masculin le plus souvent, exposant ainsi son intimité. De plus, dans les centres de soins à Barsalogo, nous avons observé à plusieurs reprises que des hommes ne faisant pas partie de l'équipe soignante et/ou non impliqués dans les pratiques d'accouchement, circulaient incessamment à travers les salles où les femmes en travail sont hospitalisées.

Du « choix » de la position d'accouchement

Les pratiques mises en œuvre par les soignants ne conviennent pas toujours aux femmes enceintes. Par exemple, lors d'un entretien effectué dans la file d'attente de la consultation prénatale de l'hôpital de Barsalogo, une mère de trois enfants, enceinte de son quatrième expliquait :

« Au dispensaire, ils ne comprennent pas que c'est mieux d'accoucher assis. (...) Je n'aime pas que l'accouchement se fasse couché. »

Lorsqu'une femme accouche assistée par une accoucheuse traditionnelle, elle s'installe en position accroupie. Dans le service de maternité, la femme n'est jamais autorisée à accoucher dans la position de son choix. Les agents de santé ont appris à effectuer les accouchements où la femme est en position couchée sur le dos avec les jambes repliées et il leur est difficile de faire autrement. Par ailleurs, la présence rassurante d'une belle-mère ou d'une accoucheuse traditionnelle aux côtés d'une femme en travail n'est pas autorisée. Sur ordre des agents de santé, l'entourage de la patiente n'a pas accès à la salle d'accouchement. Il est évident que, dans le contexte étudié, cette présence

n'entraverait pas la qualité des soins en raison du petit nombre de personnes qui fréquentent le centre de santé. Pour justifier cette mesure, le personnel de santé invoque le secret professionnel et la déontologie ainsi que le respect de l'intimité de la parturiente. Cette attitude censée être conforme aux principes biomédicaux semble représenter l'une des raisons de la détérioration de leurs rapports relationnels avec les femmes.

Discorde autour du beurre de karité

Un autre point de désaccord entre les accoucheuses traditionnelles et les agents de santé concerne l'application du beurre de karité pour les soins du nombril du nouveau-né. Une accoucheuse traditionnelle de Barsalogo confiait :

« J'aimerais pouvoir nettoyer le nombril de l'enfant avec une pierre chaude et le beurre de karité, les agents [de santé] eux ils mettent de la colle » (une bande de sparadrap).

Une sage-femme de Barsalogo explique :

« Le beurre de karité que les femmes appliquent sur le nombril du nouveau-né ce n'est pas mauvais du tout, mais si on leur dit oui, après elles utiliseront d'autres choses qui feront des infections. »

Ainsi, le beurre de karité utilisé en milieu traditionnel (et aujourd'hui intégré dans la composition des produits pharmaceutiques et cosmétiques) est banni des pratiques de soins des suites d'accouchement. Pour le personnel de santé, l'utilisation du beurre karité ne correspond pas aux pratiques apprises dans le cadre du modèle de santé biomédical et qu'ils ont la charge de véhiculer. Un des effets de cette interdiction est d'inciter les femmes à utiliser, dans la clandestinité, le beurre de karité pour les soins de leurs enfants.

Ces situations illustrent la façon dont les normes et pratiques standardisées apprises par le personnel médical sont imposées de façon drastique et font souvent peu de cas des demandes et des attentes des femmes enceintes. Elles ne tiennent pas compte de ce que ces femmes souhaitent pour elles-mêmes, et pour leurs enfants. Il semble

que des rapports de *violence symbolique* (Bourdieu, 1994) se jouent dans l'interaction entre les soignants et les patientes. Cet auteur définit ainsi « (...) cette violence qui extorque des soumissions qui ne sont même pas perçues comme telles (...) [et repose sur un] travail de socialisation nécessaire pour produire des agents dotés des schèmes de perception et d'appréciation qui leur permettront de percevoir les injonctions inscrites dans une situation ou dans un discours et de leur obéir. » (Ibid : 188).

L'approche anthropologique met en évidence comment le corps des femmes est essentiellement vu par les institutions sanitaires du point de vue de la reproduction biologique. Cet intérêt porté par la santé publique aux conséquences de la grossesse n'est nullement interrogé alors que les femmes sont soumises à un ensemble d'autres facteurs d'inégalités devant la maladie et la mort. Ce qui se joue autour du corps des femmes manifeste fortement « l'extension du politique jusqu'aux replis les plus intimes de l'expérience individuelle » (Fassin 1996 : 9). Les femmes du district de Barsalogo nous demandent : « Pourquoi accoucher en maternité ? Sommes-nous malades ? ».

Pratiques d'accouchement à domicile

Les accoucheuses traditionnelles connaissent tous les actes sociaux, religieux ou culturels et les pratiques de soins qui entourent la grossesse et l'accouchement ainsi que les principes d'une bonne pratique de maternage. Néanmoins, elles n'ont pas reçu d'enseignements biomédicaux. Ainsi, leur niveau de compétence ne leur permet pas de prendre en charge des complications obstétricales maternelles ou de résoudre des cas de présentations anormales du nouveau-né. Contrairement aux agents de santé très peu enclins à recevoir et à s'adapter aux demandes des patientes, les accoucheuses traditionnelles disent être disposées à apporter les changements requis dans leur manière d'assister un accouchement.

Par exemple une accoucheuse villageoise (ancienne accoucheuse traditionnelle) s'exprime ainsi au sujet du *bagra* (couteau utilisé pour couper le cordon ombilical et pratiquer une excision):

« C'était beaucoup plus facile avec le *bagra* ; avec « ça » je ne sais pas comment faire ; j'ai peur ! »

« Ça » désigne les ciseaux destinés à couper le cordon que les accoucheuses ont reçu lors des formations. Cette femme dit avoir compris suite à la formation, que l'utilisation des ciseaux est préférable à celle du couteau afin de diminuer le risque infectieux. Enfin, un autre obstacle demeure : lorsque cette accoucheuse aura compris la façon d'utiliser les ciseaux, le problème du bon nettoyage et de la stérilisation efficace des outils ne sera pas résolu pour autant.

Les accoucheuses villageoises ont l'obligation de renouveler périodiquement le matériel nécessaire pour effectuer les accouchements selon des normes imposées par les agents de santé. Il leur faut se procurer des gants, des lames pour couper le cordon et du désinfectant. Certaines alternatives sont envisagées dans l'un des centres de soins. Par exemple, le personnel médical tente de mettre en place ce qu'il nomme « le projet kit » : le prix de la consultation prénatale est un peu plus élevé de manière à pouvoir couvrir les frais d'achat du matériel nécessaire aux accoucheuses villageoises. Ce matériel coûte assez cher et les accoucheuses villageoises ne sont pas en mesure de l'auto-financer. Il est prévu qu'une contribution soit demandée à la population mais il est fort probable que cette demande pose problème. La population n'est pas habituée à devoir rémunérer un service rendu entre villageois. De plus, la population rurale estime que les accoucheuses villageoises ont été désignées par l'Etat ou par les agents de santé pour effectuer les accouchements et qu'il leur revient de les rémunérer.

Relations entre les accoucheuses traditionnelles, Les accoucheuses villageoises et le personnel médical

Afin de mieux appréhender les modes d'interactions sociales entre le personnel médical et les accoucheuses traditionnelles et villageoises, il est important de considérer que le personnel de Barsalogo doit rendre des comptes auprès des ONG, des bailleurs de fonds et des organismes internationaux avec lesquels le ministère de la santé burkinabé travaille en partenariat. Par exemple, afin de justifier le salaire qui lui est donné, un agent de santé est tenu de réaliser un certain nombre d'accouchements au dispensaire. L'un d'eux tenait ces propos :

« Nous notre problème principal c'est le taux de fréquentation car il faut continuer à bien se faire voir par les bailleurs »

De nombreux agents de santé disent ne pas comprendre la raison pour laquelle les organismes internationaux privilégient les actions menées en faveur de l'amélioration de la santé maternelle. Selon eux, les maladies comme le paludisme, la méningite et les affections des voies respiratoires éprouvent plus les populations au regard de leur vulnérabilité socio-économique et sont corrélées avec des taux de morbidité très élevés. Les propos qui suivent sont extraits des discussions échangées avec des agents de santé à propos des stratégies mises en œuvre afin d'inciter les femmes des villages à accoucher dans le centre de santé :

« L'amende est le seul moyen de faire augmenter le taux de consultation prénatale, sans cela ce serait la catastrophe. »

« Parfois il n'y a plus que les menaces qui marchent ; on tente d'abord de leur faire comprendre et si cela ne fonctionne pas, on est obligé de trouver d'autres procédés. »

« Souvent je les effraie, je leur dis, lors d'une consultation, que la grossesse ne se déroule pas bien et que le bébé est mal placé ; ainsi je les pousse à revenir. »

Ainsi, l'interaction entre les agents de santé et les femmes est vécue comme un rapport de pouvoir. L'information devient contrainte, obligation et imposition. Les femmes ne peuvent plus faire valoir leurs choix en termes de pratiques de soins de l'accouchement et leurs attentes ne sont pas entendues.

Les relations qu'entretiennent les accoucheuses villageoises et traditionnelles avec les agents de santé diffèrent selon la fonction ou la qualification de l'accoucheuse. Les accoucheuses villageoises sont tenues de collaborer avec les agents de santé en contribuant au bon fonctionnement du système d'information sanitaire. Elles tiennent des registres de notification des cas d'accouchement et réfèrent obligatoirement les cas de complications obstétricales au centre de soins. Ceci traduit l'enjeu réel de leur formation et leur recyclage dans le système de santé biomédical. Elles sont censées aider les femmes à se souvenir des rendez-vous des consultations et les conseiller lors de la prise des médicaments. Certaines accoucheuses villageoises sont très fières de leur statut, d'autres, par contre, ne comprennent pas pourquoi elles sont devenues accoucheuses. Certaines accoucheuses se

rendent aux formations uniquement pour recevoir la prime qui leur est octroyée. Ceci représente l'un des effets d'une pratique de dons de *perdiem* mise en œuvre par les bailleurs de fonds des politiques et systèmes de santé, sans lesquels plus aucun agent de santé ne se rend à une activité de formation ou d'information en dehors de ses heures de service. En effet, le reçu de *perdiem* est considéré comme un supplément « normal » pour tout acteur impliqué dans les activités (Berche, 1998 : 172).

Enfin, de nombreuses accoucheuses villageoises se plaignent de la relation insatisfaisante qu'elles entretiennent avec les agents de santé. En effet, elles estiment faire de leur mieux mais elles ne reçoivent en retour que des reproches et des brimades. Malgré la formation, il leur arrive en effet d'envoyer des femmes à l'hôpital trop tardivement, de ne pas distribuer les médicaments correctement ou de faire des erreurs de diagnostic.

Les accoucheuses traditionnelles, quant à elles, ont plutôt des relations conflictuelles, marquées par la crainte et la méfiance, avec le personnel de santé. Aucune légitimité ne leur est reconnue et le personnel de santé ne les considère pas comme faisant partie du système sanitaire. L'approche consiste surtout à leur imposer une réelle conversion pour faire d'elles de simples accompagnantes de femmes en travail, à défaut de leur interdire la pratique d'accouchement. De nombreuses accoucheuses traditionnelles désirent avoir plus de connaissances et sont demandeuses de formation concernant les techniques modernes d'accouchement comme le confie l'une d'elles :

« J'aimerais que l'agent m'explique les différentes positions du bébé dans le ventre de sa mère » (Accoucheuse traditionnelle de Barsalogo).

Dans les services de soins mis en place, cette demande n'est plus recevable puisque les matrones ne sont pas supposées avoir de rôle au moment de l'accouchement.

Certaines accoucheuses traditionnelles suggèrent la possibilité de former deux catégories d'accoucheuses. Elles pourraient bénéficier d'un enseignement pratique destiné à leur apprendre l'utilisation des gants et des ciseaux et à reconnaître un cas de complication obstétrici-

cale. Les plus jeunes, étant alphabétisées et comprenant le français, pourraient s'occuper du système d'information sanitaire. Elles aideraient, par ailleurs, les accoucheuses traditionnelles à se rendre dans les maternités et leur donneraient les informations nécessaires au suivi des prescriptions des médicaments pour les femmes. Selon elles, cette approche garantit une collaboration satisfaisante entre toutes les actrices de l'accouchement et les services de santé. Par ailleurs, il est constaté que les accoucheuses villageoises, « anciennement » accoucheuses traditionnelles, occupent une meilleure position du fait de leur reconversion réussie. Elles pratiquent des accouchements sans avoir peur des représailles et bénéficient d'une reconnaissance sociale évidente.

En somme, les agents de santé semblent négliger le fait que l'un des impacts d'un programme de formation des accoucheuses est aussi la manière dont les nouvelles connaissances et valeurs de ces accoucheuses sont partagées et acceptées par les autres membres de la population. Les femmes accoucheuses sont confrontées à des réalités socio-économiques similaires à celles des femmes qui ont recours à leurs services. Un séjour passé au domicile d'une accoucheuse traditionnelle donne à observer qu'au retour de la formation, elle a convié toutes les accoucheuses traditionnelles et les vieilles femmes du village afin de discuter de tout ce qui avait été dit durant la formation. Une telle « réunion » n'aurait pu se tenir avec une jeune femme n'ayant aucune expérience et aucune notoriété auprès des autres femmes du village. Cette accoucheuse traditionnelle et « recyclée » dit par la suite qu'elles ont réfléchi à ce qui avait été dit à la formation, et sur ce qui devait être adopté ou rejeté.

Conclusion

Dans le district sanitaire de Barsalogo, la collaboration entre les représentants ou acteurs des services de soins biomédicaux, les accoucheuses traditionnelles, les accoucheuses villageoises et la population est peu coopérative. Les relations entre ces acteurs sont souvent limitées à des injonctions et des prescriptions normatives autour des soins de santé. Dans ce contexte, alors que le système mis en place a pour objectif d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes, les formations destinées à transmettre les préceptes de santé publique et

à reconvertir les accoucheuses traditionnelles créent une atmosphère conflictuelle entre les femmes et les agents de santé. Elles font peu de cas du rôle social des accoucheuses traditionnelles et semblent parfois contribuer à éloigner les populations locales des institutions sanitaires.

Les savoir-faire et les pratiques des populations, principalement des accoucheuses traditionnelles, dans le domaine de la santé, apparaissent comme des obstacles à la résolution des problèmes sanitaires des femmes et non comme des éléments de réponses socialement acceptées. Pourtant, tout laisse à penser que lorsqu'une nouvelle mesure ou une nouvelle pratique est introduite, les accoucheuses traditionnelles sont souvent disposées à l'adopter si elles en perçoivent le sens et l'intérêt. Pour cela, la relation établie entre elles et le personnel devrait laisser une plus grande place à l'écoute et à la prise en compte des besoins des femmes. Le contenu du programme de formation des accoucheuses villageoises intègre, au rôle de l'accoucheuse, des activités de planification familiale et d'éducation en matière de santé infantile et de la reproduction. L'accoucheuse villageoise formée, acquiert ainsi un rôle de sensibilisation auprès de la population, rôle qui ne correspond en rien à celui que les accoucheuses traditionnelles ont coutume d'exercer. Alors que ces formations sont censées renforcer les connaissances et les capacités des accoucheuses dans leurs fonctions habituelles les impacts de ces formations se présentent autrement : les accoucheuses villageoises sont appelées à relayer des messages d'éducation à la santé selon le bon vouloir des services de santé. Les regards désemparés de certaines accoucheuses traditionnelles et les questions reçues des femmes (comme par exemple celles liées à l'utilisation du beurre de karité, à l'accouchement en position assise ou au sujet de l'utilité des consultations prénatales) nous conduisent à nous interroger quant aux modes de communication possible entre elles et le personnel de santé.

A Barsalogo, les critiques à l'endroit des formations ne sont pas seulement formulées par les accoucheuses et les femmes. Certains agents de santé reconnaissent les limites de la formation par rapport aux objectifs visés, et font des suggestions. Voici les propos tenus par une sage-femme¹ d'un centre de santé au sujet des limites de cette formation :

¹ C'est une accoucheuse qui a suivi une formation diplômante en la matière dans une école supérieure.

« La formation des accoucheuses villageoises n'est pas bien conçue ; elles ne retiennent rien et elles n'ont pas la permission de s'exprimer. Ce serait mieux si on organisait un regroupement de toutes les accoucheuses des villages dépendants d'un centre de santé au centre de santé et qu'on discute ensemble. Il faudrait un réel échange entre elles et moi car nous avons mutuellement des choses à nous apprendre. Il faudrait aussi qu'elles puissent regarder comment se passe un accouchement en maternité. Je crois qu'on pourrait combiner les différentes façons de faire. Les accoucheuses disent qu'elles ont des difficultés avec les différentes positions dans lesquelles peut se présenter le bébé ; moi par contre j'aimerais comprendre comment elles font pour savoir exactement quand la femme est à terme. De plus, il faudrait que nous connaissions tous leurs interdits afin de pouvoir en tenir compte. »

En échos à ces questionnements, lors d'une réunion sur « la maternité sans risque » organisée par le Ministère de la santé, un ex-médecin chef du district de Barsalogo interpellait en ces termes les agents de santé :

« Avez-vous pris conscience de leur modernité et de vos traditions ? »

La pertinence et l'efficacité des formations des accoucheuses sont conditionnées par la place donnée aux acteurs locaux, par les bailleurs de fonds et par les organismes internationaux, dans la mise en place de leur système sanitaire et dans l'amélioration de leurs priorités. Une formation pratique, basée sur l'expérience, combinée à l'idée d'une double formation (une accoucheuse traditionnelle et une femme alphabétisée), introduirait peut-être une autre dimension aux formations des matrones. Ainsi, on peut penser qu'une meilleure prise en compte du contexte social existant autour de la prise en charge de l'accouchement, et une intégration des matrones formées ou non dans l'ensemble du processus d'identification des femmes enceintes et de référence des accouchements vers les institutions sanitaires, pourraient largement contribuer à une prise en charge effective d'une maternité sans risques.

BIBLIOGRAPHIE

- BUREAU D'APPUI EN SANTE PUBLIQUE'96 (dir.) - 2004 « *Évaluation des besoins complémentaires en maternité à moindre risque dans les régions du sabel, de l'est et du centre est Burkina Faso* », Direction de la Santé et de la Famille (DSF) et Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA) Burkina Faso
- BERCHE, Thierry – 1998 *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, PAD-Karthala
- BERGSTROM, Staffan & Elisabeth GOODBURN – 2001 « Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle », *Studies in Health services Organisation*, § *Polici*, 18 : 83-97.
- BONNET, Doris – 1994 « L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant », *L'homme XXXIV (3)*, 131 : 93-110.
- BONNET, Doris – 1998 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, Orstom.
- BONNET, Doris – 1999 La taxinomie des maladies en anthropologie : aperçu historique et critique, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 17, n° 2 : 5-19
- BOURDIEU, Pierre – 1994 *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- DESCLAUX, Alice & Bernard TAVERNE – 2000 *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala.
- M'BOKOLO Elikia – 1984 « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique. » In Marc Augé et Claudine Herzlich, *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Editions des archives contemporaines : 155-186.
- FASSIN, Didier – 2001 « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », In Jean-Pierre Dozon & Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland : 181-208.
- GOBATTO, Isabelle (dir.) – 2003 *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala.
- GUISSOU, Innocent Pierre – 1997 « *Médecine traditionnelle et médecine moderne au Burkina Faso. Rôle de la recherche scientifique* ». 1er symposium sur la recherche nationale essentielle en santé (RNES), Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique.
- LANKOANDE, Jean (dir.) – 1997 « Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelle au Burkina Faso », *Médecine tropicale* 57(3) : 174-176.
- MALHER, H – 1987 The safe motherhood initiative: a call to action. *The Lancet* 1 (8534): 668-670.

MINISTERE DE LA SANTE – 2006 *Annuaire statistiques de la santé*. Direction des Etudes et de la Planification (DEP/santé), Burkina Faso

MINISTERE DE LA SANTE – 2005 *Note circulaire administrative N°2005/3356/MS/SG/DGS/DSF*, Burkina Faso

OLIVIER DE SARDAN, Jean Pierre – 1995 *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD Karthala.

OUEDRAOGO, C (dir.) – 2001 « La mortalité maternelle au Burkina Faso ; Evolution et stratégie nationale de lutte », *Médecine d'Afrique noire* 48 (11) : 452-456.

RIDDE, Valery – 2007 *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.

RIDDE, Valéry & Jacques GIRARD – 2004 « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux

services de santé pour les indigents africains », *Santé Publique* 15(1) : 37-51.

TRAORE, Abdoulaye (dir.) – 2001 *Eléments pour l'élaboration de stratégies capables d'améliorer l'utilisation des services obstétricaux par les communautés de base*, Bobo-Dioulasso, Centre MU-RAZ.

VIDAL, Laurent – 2004 *Ritualités, santé et sida en Afrique, Pour une anthropologie du singulier*, Paris, IRD-Karthala.

WHO – 1985 Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé : Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement - Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985). Geneva.: World Health Organization

WHO – 2003 *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. Geneva.: World Health Organization

**REPRÉSENTATIONS LOCALES DU RÔLE
DES MATRONES AU TCHAD.
UNE PERSPECTIVE SUR LES DÉCIDEURS.**

NELLY STADERINI

DEPUIS une dizaine d'années, les recommandations internationales en matière de réduction de la mortalité maternelle, conduisent à remettre en question le rôle des matrones particulièrement lors de l'accouchement (De Brouwere et Lerberghe 2001). Si ces recommandations font sens dans des endroits où la prise en charge biomédicale des accouchements est effective, dans certains pays comme le Tchad, elles semblent difficilement applicables. Ainsi, selon les dernières données disponibles, au Tchad, 86 % des femmes accouchent à domicile, soit seules, soit avec l'aide d'une personne de la famille ou au mieux d'une matrone (EDST II, 2004¹). Dans ce pays, le taux de mortalité maternelle était estimé à 827 pour 100.000 en 1997 (EDST I, 1997) puis à 1.099 pour 100.000 en 2004 (EDST

¹ Dernière Enquête Démographique et de Santé au Tchad faite en 2004.

II). Devant l'ampleur du problème et la préoccupation des organisations internationales présentes sur place, le Ministère de la Santé Publique tchadien a priorisé la santé maternelle depuis 2005. Il a suivi les directives émises par l'Organisation Mondiale de la Santé au regard des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Une autre agence des Nations Unies, le FNUAP¹, a été chef de file dans l'écriture de la Feuille de Route relative à la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Tchad. Aussi, la formation et le suivi de 7000 matrones est évoquée dans ce document stratégique (FRNARMMNI², 2009). Néanmoins, la déclinaison de cet objectif en activités n'est toujours pas planifiée à ce jour. L'accès aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), étant actuellement reconnu comme la stratégie centrale et prioritaire, reste l'objectif principal affiché par les décideurs internationaux et locaux. Ainsi, la politique de ces dernières années concernant la formation des matrones s'est arrêtée alors même que certains programmes mis en place avaient été concluants (Koilo, 2005).

L'écart entre les recommandations internationales et les conditions d'accouchement des femmes tchadiennes reste important. En effet, une politique de santé permettant à chaque femme d'accoucher avec une personne qualifiée³ est saluée par tous (De Brouwere et Lerbergue, 2001). Cependant, la mise en œuvre de cette politique sur le terrain n'existe pas pour bon nombre de raisons que nous évoquerons ci-après. Les matrones continuent ainsi, formées ou non, à être en première ligne pour aider les femmes lors de leurs accouchements normaux et doivent faire face, comme elles le peuvent aux cas de complications obstétricales. Selon des personnes ayant mis en œuvre la politique de formation des matrones, l'absence de suivi et l'évaluation de ces activités est la principale cause d'échec des programmes dans ce domaine (N'Dem N'Goidi et Enz Dia, 1998; N'Dem N'Goidi et Kodindo, 2000). Mais au lieu d'analyser ce manque et d'amélio-

¹ Le Fond des Nations Unies pour la Population.

² Il s'agit de la Feuille de Route Nationale pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale et Infantile.

³ Par définition, un accouchement est considéré comme assisté lorsqu'un professionnel qualifié est sur place : sage-femme, infirmière accoucheuse ou médecin, formés aux SONU. Au Tchad les accouchements ne sont assistés à cette date qu'au niveau des hôpitaux de district, régionaux et national (Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Tchad, MSP, février 2009).

rer ce processus, ce sont les matrones qui ont été stigmatisées et mises en retrait (théoriquement), comme nous le verrons par la suite.

Arrivée au Tchad en 2005, j'ai exercé diverses fonctions dans le domaine de la santé maternelle dans des ONG médicales¹ (évaluations, formations/encadrements, écriture de projet/planification de programme, coordination) qui m'ont amené à travailler avec les populations tchadiennes à N'Djamena (la capitale), au Kanem (région désertique au Nord Ouest du Tchad), ainsi qu'avec les réfugiées originaires du Darfour à l'Est du Tchad. J'ai aussi participé à la création d'une fondation² spécialisée dans la santé maternelle au Tchad et réalisé une étude sur la première formation de Prévention de Transmission Mère Enfant du VIH faites pour les sages-femmes tchadiennes. Ces fonctions m'ont permis de réaliser des observations de terrain (prises en charge des grossesses, accouchements, urgences obstétricales, soins aux nouveau-nés...) et de rencontrer des personnes impliquées dans la gestion des programmes de santé mère-enfant au Tchad et travaillant à des niveaux divers de la pyramide décisionnelle.

Le présent chapitre a pour objectif de présenter, à travers l'exemple du Tchad, certaines difficultés à mettre en œuvre les recommandations internationales, voir l'échec à laquelle peuvent être vouées de telles politiques lorsque les réalités contemporaines en matière de santé maternelle, comme le rôle des matrones, ne sont pas ou peu prises en compte. Je souhaiterai aborder plus spécifiquement les questions suivantes : comment les politiques de santé maternelle décidées à l'échelle internationale se déclinent dans les pratiques quotidiennes du point de vue des acteurs de la santé et des décideurs locaux? Le rôle des matrones dans la santé maternelle est-il considéré au niveau décisionnel? Comment ces praticiennes sont-elles perçues et intégrées au système de santé? Comment l'équation « tout accouchement doit être assisté par une personne qualifiée » peut-elle être envisagée dans le contexte tchadien?

Afin de répondre à ces questions, nous avons mené une enquête dont l'objectif était de faire un état des lieux des politiques actuelles et de leurs déclinaisons sur le rôle des matrones dans la santé maternelle au

¹ Médecins Sans Frontières Luxembourg et Médecins du Monde France.

² Il s'agit de la Safer Birth In Tchad Foundation , créée en 2005 par un groupe de citoyens anglais et une gynécologue tchadienne, Grace Kodindo.

Tchad. Cette étude a été menée auprès de vingt personnes impliquées dans ce domaine (décideurs locaux, bailleurs de fonds, personnels impliqués dans la mise en œuvre de la politique de santé, Nations Unies, ONG). Ce chapitre présente dans un premier temps le contexte contemporain tchadien afin de permettre au lecteur de mieux appréhender les difficultés majeures que rencontrent les acteurs du système de santé et les femmes en matière de santé maternelle. Ensuite nous exposerons deux études de cas illustrant comment les normes internationales auxquelles je fais référence plus haut sont adaptées localement. Enfin nous présenterons et discuterons les résultats de l'enquête. L'analyse permettra d'ébaucher des pistes pour l'avenir afin de concilier les avis partagés et les réalités tchadiennes.

Méthodologie

L'objectif était de décrire et d'analyser certaines représentations locales des matrones du point de vue de décideurs dans le domaine de la santé publique au Tchad. Pour cela un questionnaire a été soumis à 20 personnes et 18 réponses ont été collectées : les réponses ont été obtenues par écrit, via internet pour les 4 personnes étant en dehors du Tchad, les autres réponses ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs menés sur place. Les réponses obtenues par internet ont donné lieu à des échanges entre l'interviewé et l'auteur pour parfaire certaines réponses. Les entretiens, menés en français, ont eu lieu entre janvier et mars 2009, à N'Djamena. Les personnes ayant répondu à l'enquête ont des positions hiérarchiques diverses dans le système de santé tchadien (chercheurs, décideurs politiques, consultants en santé maternelle, cadre de la santé). Des personnes responsables de programmes menés par des ONG ont également été rencontrées. Enfin, la construction de l'enquête puis la rédaction du texte reposent sur un travail d'échanges réguliers avec Pascale Hancart Petitet.

Contexte : Le Tchad, entre pauvreté et insécurité

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale, entièrement enclavé. Il est le cinquième pays le plus vaste du continent. Il est limité au Nord par la Libye, à l'Est par le Soudan, au Sud par la République Centrafricaine

et à l'Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun. La population du Tchad, très jeune¹, était estimée en 2006 à 9 564 400² habitants (DSIS, 2005). Elle est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire national³ : une personne sédentaire sur cinq est citadine, la majorité de la population vit en milieu rural. Enfin, la proportion de la population nomade est estimée à 6 %. Le nombre de femmes et d'hommes illettrés reste élevé (respectivement 88 % et 65 %, EDST II). Les conditions d'assainissement et d'hygiène sont souvent insalubres et favorisent la ré-émergence et la diffusion du choléra et de la fièvre typhoïde.

Ce pays est l'un des plus pauvres au monde, classé 171^{ème} sur 177 selon l'Indice de Développement Humain (PNUD, 2007). Plus de 50% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. La fragilité structurelle de l'économie tchadienne rend les perspectives économiques peu favorables à un réel décollage de l'économie hors secteur pétrolier. Le dernier document de cadrage macroéconomique de l'INSEED de 2007 indique un taux de croissance attendu du PIB jusqu'en 2009. Les auteurs de ce rapport prévoient aussi un ralentissement économique, fondé sur la fin des investissements du secteur pétrolier et le faible impact des investissements publics pour relancer les autres secteurs privés. A cela, il convient d'ajouter l'environnement sécuritaire peu favorable à une politique de croissance.

Contexte sanitaire

Les conditions de vie et d'hygiène très défavorables, couplées à un faible développement des structures sanitaires constituent les principaux facteurs de la morbidité et de la mortalité au sein de la population tchadienne. On estime que plus de 50% des femmes rurales parcourent au moins 70 km pour atteindre l'hôpital le plus proche. Le Tchad ne dispose par ailleurs que d'un médecin pour 26 645 habitants et d'une sage-femme pour 14 788 femmes en âge de procréer

¹ 48 % des personnes ont moins de 15 ans. Le taux d'accroissement moyen annuel est de 3,1 %. L'âge médian du mariage pour les femmes est de 15,9 ans (EDST II, 2004).

² Selon les projections faites à partir du dernier recensement qui date de 1993. Un nouveau recensement est actuellement en cours.

³ 83,9 % des personnes vivent sur le quart du territoire et seulement 1,2 % occupent plus de la moitié de la superficie du pays.(EDST II, 2004).

(Annuaire Statistiques Sanitaire du Tchad, 2007, page 24 et 25)¹. Malgré ces faibles ratios, certains médecins exercent des fonctions administratives et la grande majorité des sages-femmes sont en poste à N'Djamena (98/152, Annuaire Statistiques de Santé du Tchad, 2007).

Les principales causes de morbidité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les diarrhées (cas notifiés - statistiques nationales 2006). Les indicateurs sanitaires relatifs à la santé maternelle et infantile sont parmi les plus alarmants au monde². Le suivi des grossesses est insuffisant : seules 33% des femmes enceintes bénéficient de consultation prénatale souvent réalisée par un agent technique de santé (qui n'a donc pas les mêmes compétences qu'une sage-femme). Le diagnostic de facteur de risque ou de complication est rarement évoqué et la référence à l'hôpital presque inexistante (FRNARMMNI, 2009). Le taux de prévalence contraceptive est de 3% toutes méthodes confondues. Parmi les adolescentes de 15 à 19 ans, 30% sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant (FRNARMMNI, 2009).

D'après une évaluation faite par le Ministère de la Santé Publique avec l'OMS et le FNUAP (Kodindo, 2003), la prise en charge de l'accouchement et notamment des complications d'accouchement est inadéquate. La répartition des institutions sanitaires à même de fournir des « Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets » (SONUC)³ est très inégale sur l'ensemble du territoire. Une très faible proportion d'accouchements a lieu dans les institutions de soins : 9,06% (pour un minimum acceptable de 15%) avec 0,55% de césariennes (pour un minimum acceptable de 5% selon l'OMS). On note 3,74% de létalité parmi les femmes présentant des complications obstétricales dans les services de maternité⁴. Les dystocies⁵ représentent la première cause des décès, suivis des éclampsies/pré-é-

¹ Ces chiffres sont en deçà des normes de l'OMS qui préconise notamment le ratio d'une sage-femme pour 5000 femmes en âge de procréer (Ibid : 25).

² La mortalité infantile est à 102 ‰, la mortalité infanto-juvénile de 191‰, et la mortalité maternelle de 1099 ‰ naissances vivantes (FRNARMMNI, 2009).

³ SONUC: abréviation utilisée par le système des nations Unies et repris par le Ministère de la Santé Publique signifiant les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet.

⁴ Selon les critères de l'OMS, le maximum acceptable est de 1%.

⁵ Les dystocies sont les anomalies mécaniques, dynamiques ou de présentation du fœtus qui peuvent survenir pendant le travail

clampsies¹, des infections du post-partum, des ruptures utérines et des hémorragies. Afin de faire face à cette situation de nombreuses initiatives sont lancées par le gouvernement sous l'égide des nombreuses organisations internationales présentes sur place.

Politique sanitaire et système de santé

Selon la Politique Nationale de Santé au Tchad (PNDS, MSP, oct 2008 : 6), l'objectif prioritaire est « d'assurer à la population l'accès aux services de santé de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité ». Cette politique, définie pour la période 2007-2015 se situe dans la droite ligne des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Par ailleurs, dans la Feuille de Route Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Tchad (2009) on note que : « (...) les actions engagées n'ont pas eu un impact significatif sur les indicateurs de santé, particulièrement en matière de santé maternelle et néonatale. L'accessibilité aux soins demeure une préoccupation (...) » et plus loin dans le texte : « l'on note une diminution progressive de la part du budget de la santé dans le budget national. » (FRNRRMMNI, février 2009 : 11), ou encore : « Au Tchad, malgré les efforts consentis, la situation demeure encore préoccupante. » (Ibid : page 12). Dans le chapitre sur la promotion de l'utilisation des services de santé maternelle, l'une des activités annoncée est de « former 7290 relais communautaires et accoucheuses traditionnelles (AT) sur la sensibilisation de la population pour l'utilisation des services de Santé de la Reproduction/Planning Familial, Fistules; et de réaliser des missions trimestrielles de supervision formative des relais et AT pour le suivi de la mère et de l'enfant après la naissance. » (Ibid : 17).

Avant d'aborder les enjeux relatifs à la mise en œuvre de cette politique, quelques lignes s'imposent quand aux acteurs en présence dans ce domaine.

Le système de santé du pays est un système pyramidal qui comprend trois niveaux de responsabilité et d'activités². C'est un système très

¹ La pré éclampsie et l'éclampsie sont des complications liée à l'hypertension gravidique.

² Le niveau central (Conseil National de Santé, Administration Centrale, Institutions nationales sanitaires : Hôpital Général de Référence Nationale, Centrale Pharmaceutique d'Achat, l'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux,...), le ni- .../p.176

hiérarchisé dont les acteurs des différents niveaux interagissent entre eux au sein du district sanitaire. Cependant l'organisation du système est beaucoup plus complexe et l'on rencontre plusieurs niveaux d'organisation qui coexistent, collaborent et parfois interfèrent mais ne répondent pas tous de la même organisation et pas tous à la même finalité. Ainsi, ce système rassemble les secteurs publics, privés, communautaires et confessionnels ainsi que les agences de l'aide internationale. Les Organisations Non Gouvernementales et le secteur confessionnel sont largement impliqués dans les projets de santé à petite et moyenne échelle. Ce secteur est généralement prestataire de soins. Il s'implique moins dans l'appui institutionnel ou dans le développement global du système bien que certaines ONG de santé appuient les représentants du Ministère de la Santé Publique au niveau périphérique. De nombreuses agences d'aide mettent en œuvre des politiques et des stratégies de développement en santé. Elles ont une influence considérable sur les choix stratégiques et politiques du pays. De plus, elles participent également de manière importante au financement des activités comme c'est le cas de l'Union Européenne, de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF par exemple.

Enfin, il est nécessaire d'ajouter que le rôle des « communautés » est le plus souvent méconnu et ignoré par les acteurs mentionnés alors que celles-ci sont les principaux agents de leur propre santé. Au Tchad, la fréquentation des services de santé est souvent très faible et peu de travaux sont consacrés¹ au sujet des pratiques et des alternatives de soins des populations. Ainsi il est documenté qu'en cas de maladie, les personnes consultent en premier lieu le secteur informel -achat direct des médicaments sur les marchés, recours à un personnel soignant qualifié à domicile ou aux praticiens traditionnels dont les matrones- (Bataille, 2008).

Ces informations d'ordre contextuel étant données, nous présentons à titre d'exemple deux cas permettant de comprendre les contraintes locales spécifiques auxquelles sont soumis les acteurs de santé ainsi

/... suite de la p.175 veau intermédiaire (Conseils Régionaux de Santé, Délégations Sanitaires Régionales, Établissements Publics Hospitaliers des Régions, Écoles Régionales de formation, Pharmacies Régionales d'Approvisionnement), et le niveau périphérique (Conseils de Santé des Districts, Équipes Cadres de District (ECD), Établissements Publics Hospitaliers des Districts, Centres de santé, Conseils de santé des Zones de Responsabilité. (Annuaire statistiques 2007).

¹ Je reviendrais sur ce sujet.

que leurs réinterprétations des standards internationaux édictés en la matière pour faire face aux nombreux cas de mortalité maternelle .

Des décisions en marges : deux études de cas

Le cas du Kanem : Une réinterprétation locale d'un standard international

En 2006, lors du comité directeur de la santé (réunion annuelle du Ministère de la Santé Publique), le Délégué Régional de la Santé du Kanem déclarait :

« Les matrones sont un recours préférentiel et inconditionnel des populations ».

Ce constat était fait par ailleurs, lors des évaluations récentes menées par les organisations Médecins du Monde et Action Contre la Faim dans la région du Kanem. Ainsi, en raison du peu de personnel qualifié et de l'accès difficile aux structures de santé, les acteurs de la médecine dite « traditionnelle » sont toujours en première ligne lors du recours aux soins de la majorité de la population de cette région. Par ailleurs, ces évaluations mettaient en évidence les effets limités d'activités menées dans ce domaine, durant six ans, dont des programmes de formation des matrones (par la coopération allemande (GTZ)) (Masumbuko et Capo-Chichi, 2005; Laevens, 2007; Trompette, 2008; Bataille, 2008).

La dispersion géographique de la population et le peu de moyens de locomotion (dont le manque d'ambulance à l'hôpital) sont les contraintes majeures venant entraver l'accessibilité aux soins de santé dans cette région désertique du Tchad. Le nombre de centres de santé offrant des services curatifs a augmenté (amélioration des indicateurs quantitatifs) mais l'utilisation des services reste faible et n'a pas beaucoup progressé depuis 2001, en particulier parce que ces actions ne semblent avoir eu qu'un impact limité sur la qualité de l'offre. En effet, le manque en équipements de base est chronique et la majorité des agents sanitaires officiellement en poste au Kanem ne rejoignent

pas leur lieu d'affectation¹ : il y a actuellement une seule sage-femme pour les 103 299 femmes en âge de procréer de la région². Les accouchements se font donc en majorité à domicile à l'aide des matrones. En cas de problème de santé, la médecine traditionnelle est le premier recours pour la majorité de la population. La médecine moderne n'est sollicitée qu'en deuxième intention, en particulier parce que, comme nous avons pu l'observer, il y a peu de différences entre les soins administrés à domicile et ceux donnés à l'hôpital ou au centre de santé.

L'évolution des indicateurs de la santé reproductive dans le Kanem entre 2001 et 2005 est très intéressante (Masumbuko et Capo-Chichi, 2005) : l'indice de retour de la consultation prénatale, est inférieur à 1,8 et moins de 8% des grossesses à risques sont dépistés. Peu de femmes sont référées à l'hôpital pour un suivi adéquat. Le taux de césarienne est extrêmement bas³. Selon ce document, la majorité des femmes qui arrivent en urgence à l'hôpital, ont eu plusieurs jours de travail à domicile suivis par des matrones formées ou non. Ce qui laisse supposer que beaucoup de femmes meurent durant l'accouchement ou le post-partum dans les villages et les quartiers périphériques de la ville avant d'être conduites à l'hôpital.

En plus des matrones formées en 1997, 350 autres ont été formées en 2002 et 2003 (Masumbuko et Capo-Chichi, 2005). Le suivi et l'évaluation des activités de ces matrones est faible. Par exemple, commandés en 2003, des kits d'accouchements pour les matrones ne sont arrivés sur le terrain qu'en 2005 et n'ont pas été distribués aux destinataires, faute de formation pour leur en montrer l'utilisation et faute de système de réapprovisionnement en consommables. Enfin, en raison de restrictions budgétaires, cette formation n'a pas été retenue lors de la planification des activités par la Délégation Régionale l'année suivante. Actuellement, ces matrones sont supposées rapporter mensuellement leurs activités aux centres de santé dont le personnel à la charge de consigner le nombre d'accouchements réalisés à domicile et de femmes référées au centre de santé. Sur les registres consultés dans les centres de santé, on peut noter en effet une augmentation progressive du nombre d'accouchements notifiés comme « assistés ». Ainsi, le

¹ 47 % des Centres de Santé sont tenu par des agents non qualifiés.

² Données de la Délégation Régionale Sanitaire.

³ Pour le district de Mao, autour de 0,07%.

taux d'accouchements assistés par du personnel dit « qualifié » a, bien évolué, de 7% en 2001 à 31% en 2005. Or, seuls 10% des accouchements ont lieu dans une institution de santé. Les femmes du village dans lequel est implanté le centre de santé n'y accouchent pas non plus. La quasi-totalité des accouchements dits « assistés » et rapportés par les institutions de soins périphériques est réalisée en réalité par les matrones « formées ». Or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'accouchement est dit « assisté » lorsqu'il est pratiqué par un personnel qualifié : médecin, sage-femme ou infirmier(e) entraîné. L'usage de cette terminologie ne convient donc pas dans le contexte actuel du Kanem.

La deuxième étude de cas présentée ici permet d'aborder une autre stratégie mises en œuvre localement et en marges des recommandations internationales en matière de formation de matrones.

*Le cas de l'Est :
Une intégration des matrones soudanaises
dans les institutions sanitaires*

Depuis 2003, les Organisations Internationales, les ONG, le mouvement de la Croix Rouge et les institutions onusiennes mènent des actions dans l'est du Tchad auprès des populations déplacées et réfugiées du Darfour (province du Soudan voisin). Ces organismes se sont rapidement heurtés aux problèmes liés à l'accès aux soins de santé de qualité dans des contextes d'insécurité. Aussi, l'expérience de Médecins Sans Frontières (MSF, section Luxembourg) dans deux camps de réfugiés provenant du Darfour (Camps de Touloum et Iridimi) est intéressante à rapporter. L'intégration de matrones soudanaises dans le système de santé qui, *a priori*, n'était pas désirée par l'organisation s'est révélée positive. En allant au delà des normes internationales (assister les femmes lors de leur accouchement avec du personnel « qualifié », et en cherchant à s'adapter à la réalité quotidienne des personnes qui vivent dans ces camps de réfugiés, MSF a trouvé un terrain d'entente avec les populations bénéficiaires et le personnel de santé, en regard du manque de personnel qualifié disponible. Résultat : plus de 50% des femmes enceintes des camps soutenus par MSF ont accouché dans les institutions de santé dès la première année (Staderini, 2005). Les éléments de cette réussite sont multiples et

liés entre eux. Un système de garde fonctionnant 24h/24 était assuré par des matrones soudanaises (provenant de ces camps) formées et un système de référence des cas de complications obstétricales a été mis en place (ambulance et radio). De plus, MSF menait plusieurs activités de soutien à l'hôpital de référence d'Iriba à quelques dizaines de kilomètres de là notamment pour les cas chirurgicaux (dont les césariennes). Par ailleurs, dans les camps de réfugiés, des centres de santé dispensant des soins de santé primaire (dont la consultation pré et post-natale) et une aide psycho-sociale, pour les grossesses non désirées par exemple, était disponibles. Enfin, au sein des communautés, une éducation à la santé était faite par des agents issus de ces camps. L'atout majeur de cette réussite était la gratuité des soins à tous les niveaux.

Ces divers volets de la mission constituent la base essentielle sur laquelle la formation des matrones soudanaises a pu se faire. La densité de population dans un espace réduit au camp a facilité l'identification et le recrutement des matrones. La formation initiale et la formation continue (dont le suivi et l'évaluation) des matrones intégrées dans les centres de santé des camps s'est ensuite faite régulièrement par des sages-femmes (expatriée et tchadiennes) de MSF. La disponibilité des femmes dans les camps est un autre atout qui a permis un suivi régulier. Les objectifs fixés au départ pour les matrones étaient le dépistage de cas pathologiques et leur référence rapide à la maternité. L'intégration des matrones au système de santé s'accompagnant de l'élaboration d'une définition précise de leur pratique a permis l'amélioration de la prise en charge des femmes et l'appropriation de nouvelles pratiques en matière d'accouchement par les matrones.

Ces deux études de cas illustrent deux formes d'intégration des matrones au système de santé. Dans le cas du Kanem, l'intégration des matrones a été limitée à considérer que les accouchements faits par les matrones « formées » pouvaient être assimilés à ceux réalisés par des personnes « qualifiées ». Ce système n'a pas résolu les problèmes de recyclage, de suivi et d'évaluation de ces matrones, ni sans doute ceux liés à la santé maternelle. Dans le cas du programme de MSF à l'Est du Tchad, l'intégration des matrones soudanaises formées a consisté à leur embauche dans le système de soin offert aux réfugiés.

Le problème du recyclage, suivi et évaluation a ainsi été pris en compte et constitue un des fondements du succès de cette mission.

Des décideurs en équilibre

L'objectif de l'enquête était de recueillir les discours de décideurs relatifs au rôle des matrones dans la santé maternelle au Tchad. Les cinq thèmes principaux qui ont émergés lors de l'analyse concernent la politique institutionnelle, la politique des acteurs humanitaires et du développement, l'influence des personnes rencontrées sur cette politique en fonction de leur position et leur opinion personnelle (notamment en ce qui concerne l'intégration des matrones dans le système de santé), et l'avenir réservée aux matrones.

A propos de la politique institutionnelle

Deux périodes sont décrites lors des entretiens : la politique menée jusque dans les années 1995 et celle qui couvre les quinze dernières années. Bien que les besoins ne semblent guère avoir évolués, la politique concernant la formation des matrones a changé récemment. Jusqu'en 1995, le Ministère de la Santé Publique était engagé dans la formation des matrones dans le cadre des soins de santé primaires. L'objectif de ces formations était alors d'améliorer leurs compétences en matière d'accouchements, et les programmes dans les zones rurales ont ainsi formé bon nombre de matrones. Voici ce que nous dit la sage-femme chef de la maternité d'un hôpital de district à N'Djamena à ce propos :

« On faisait la formation, le recyclage et on donnait des kits d'accouchement pour les matrones. Ensuite ces matrones formées étaient considérées et aujourd'hui encore leurs accouchements sont comptabilisés dans les accouchements assistés dans les statistiques du Ministère de la Santé Publique. La politique (...) à l'époque était d'améliorer la qualité des soins des matrones. Les infirmiers des centres de santé étaient chargés de la supervision. Chaque mois ils récupéraient les informations et cela marchait bien ».

Or, si les expériences ont pu être des succès au niveau local, il n'en fut pas de même au niveau national ou globalement le manque de suivi et d'évaluation de ce type de programme ont été remarqués.

« Dans ce pays, au début tout marche, mais après il n'y a pas de bon suivi. » (La même sage-femme)

Une personne chargée de l'évaluation de programmes ayant formés des matrones nous confie :

« Dans les rapports mensuels des infirmiers des centres de santé, il y a une partie sur les accouchements fait par les matrones. Mais il n'y a pas de suivi. Ils (les politiques) se sont trompés de cible, on a formé sans suivre, sans établir une relation quelconque ».

A noter qu'il existait pourtant à cette époque un lien entre les matrones et les institutions de santé. Les formations ont aussi contribué à établir un lien entre deux formes de médecine (« traditionnelle » et « moderne »), lien sans lequel l'accès aux populations cibles que sont les femmes enceintes dans la santé maternelle est difficile. Par exemple, un ancien éducateur impliqué dans un programme de formation témoigne :

« Le plus important c'est que le paquet minimum d'activité se soit trouvé un allié traditionnel. On a donné l'occasion aux matrones d'aller faire un stage de quinze jours dans la maternité de l'hôpital de district pour voir les accouchements dystociques et compliqués, conscientiser la référence. L'accoucheuse s'est crée un lien à l'hôpital de district. Il faut intégrer les matrones dans le processus ».

Aujourd'hui, des formations sont encore organisées ponctuellement dans le cadre de programmes menés par des ONGs. Néanmoins, afin de suivre les recommandations internationales en matière de santé maternelle, la participation de l'État à ces formations a diminué. Les entretiens révèlent pourtant une réalité contemporaine tchadienne identique à celle des dernières années, des besoins en termes de formation et d'intégration des matrones similaire. Une interrogation demeure quant au bien fondé de l'arrêt de toute activité destinée aux matrones au sein même du Ministère de la Santé Publique tchadien

(changement politique vis-à-vis des matrones) : Ainsi, un de leurs représentants affirme :

« Il y a eu de vives discussions lors de la validation de la feuille de route sur la réduction de la mortalité maternelle : le consultant du FNUAP et les gens du Ministère n'étaient pas d'accord. Le consultant était pour la médicalisation de l'accouchement, le Secrétaire Général de la Santé l'était moins. On est tellement loin de ces normes, on ne peut pas se passer des matrones ! ».

Une gynécologue tchadienne travaillant actuellement à l'AMDD¹ à New-York, émet ce propos :

« Les matrones sont là, dans la nature, totalement ignorées. Des études ont montré que les matrones continuent à faire plus de 90% d'accouchements dans la partie Centre, Nord, Est et Ouest du Tchad mais qu'elles sont non formées et non supervisées avec tous les risques que cela suppose. Ce n'est pas demain qu'on aura les infirmières et sages-femmes de l'E-NASS² dans tous ces coins reculés du Tchad, donc les matrones doivent être formées, recyclées régulièrement, surveillées et supervisées, intégrées dans le système national de santé, rémunérées. Elles doivent être connectées et supervisées par le district sanitaire de leur zone ».

Les politiques en matière de santé sont-elles pensées et déclinées pour répondre aux attentes des populations et résoudre leurs problèmes de santé? Il ressort des entretiens que la réalité est peu ou pas prise en compte dans l'élaboration des stratégies, par manque de volonté ou d'expérience des personnes en charge de cette étape. L'origine des problèmes de santé n'est ainsi pas considérée d'un point de vue politique. Les dires d'un médecin tchadien travaillant actuellement à l'OMS, à N'Djaména sont probants :

« Notre système de santé n'approche pas les populations, or les problèmes de santé naissent dans la famille. Notre sys-

¹ Advertising Maternal Death and Disability (programme de l'Université Columbia à New-York).

² École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux.

tème est incompetent et défaillant à ce niveau là. Les hôpitaux règlent les problèmes qui ne sont pas traités au niveau des familles et des centres de santé. La mise en œuvre de la politique d'État va se heurter à ce vide ».

Les solutions envisagées ne sont donc pas adaptées à la réalité et aux besoins des populations comme en témoigne ce même médecin :

« On pense que le système mis en place peut réduire le problème de la santé avec une panoplie d'équipements sophistiqués et des gens formés, des cours magistraux. On ne résoudra pas ces problèmes avec cela. Ce n'est pas possible. Il faut l'adapter à la réalité des gens ».

Par ailleurs, l'arrêt des formations des matrones ne peut pas améliorer l'état de santé des populations actuellement étant donné la faible probabilité pour que les solutions alternatives puissent se mettre en place rapidement. Par exemple, un médecin tchadien de l'OMS qui a passé plus de 30 ans sur le terrain auparavant fait le constat suivant :

« Avant on avait des manuels, des outils, des modules de formation. Si les gens ne continuent pas cela, c'est une grave erreur, ce qui a été avant est valable aujourd'hui. On passe à coté d'une réalité non perçue. »

Enfin, les matrones sont perçues comme des « relais » au sein du réseau communautaire, des personnes à qui un travail de sensibilisation et d'éducation à la santé pourrait être confié. Selon les propos rapportés par un médecin travaillant au Haut Commissariat pour les Réfugiés des Nations Unies (UNHCR) et ancien travailleur d'une ONG médicale :

« Les matrones sont des interlocutrices privilégiées en ce qui concerne la santé maternelle. Leur rôle principal est le suivi à domicile des femmes et la référence vers une structure de santé en cas de nécessité ».

Les formations devraient aller dans ce sens : renforcer leur rôle de conseil et les impliquer dans la référence, sans pour autant les conforter dans leur rôle de praticienne des accouchements. Pour un gynécologue tchadien et consultant à l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) :

« La stratégie est de les [les matrones] réutiliser autrement, mais ne pas les former pour qu'elles pratiquent les accouchements ».

Cette stratégie est celle défendue actuellement par les agences humanitaires du Système des Nations Unies et reprise par les gouvernements (Bergstrom et Goodburn, 2001; Filippi et al, 2006; Sibley et Sipe, 2006; Campbell et Graham, 2006; Fortney et Leong 2009). Se pose alors le problème de consensus car certaines ONG défendent les accouchements à domicile par les matrones quand il n'existe pas d'alternative. Ainsi, d'après les observations sur le terrain du médecin du UNHCR :

« Il semble qu'il existe un consensus au niveau des stratèges et peut-être des preneurs de décision. Consensus que l'on ne retrouve pas forcément sur le terrain. »

Politique des acteurs de l'humanitaire et du développement

Les ONG humanitaires médicales reconnaissent la valeur des recommandations internationales mais sont contraints de les adapter quotidiennement aux réalités perçues sur les terrains de leurs activités comme en témoigne les responsables de la Santé Maternelle de deux ONG internationales françaises.

Une interlocutrice qui travaille pour le compte de Médecins Sans Frontière Suisse (ancienne sage-femme MSF à Iriba) nous confie :

« On est d'accord en principe avec ce qui est dit par l'OMS pour réduire la mortalité maternelle et néonatale : les femmes devraient être suivies pendant la grossesse et l'accouchement par le personnel formé dans un centre équipé etc... Pourtant, dans beaucoup de nos projets, il n'y a ni centres de santé ni (ou très peu) de personnel formé (comme par exemple à Iriba). Alors on essaie de faire un compromis, c'est-à-dire que l'on donne les kits d'accouchement aux femmes enceintes dans ces zones et on encourage des contacts réguliers avec les matrones (...). Les recommandations de l'OMS servent comme objectif -le modèle parfait- ce qui est très bien, mais

souvent il me semble que ces recommandations sont loin de la réalité du terrain ».

Une responsable de Médecins du Monde nous dit :

« Selon les recommandations de l'AMDD et de l'OMS, les matrones ne sont (en théorie) plus habilitées à faire des accouchements et l'idée est aujourd'hui de les former à la prise en charge des nouveaux nés, souvent oubliés lors des accouchements. Cependant, elles ont un rôle majeur au sein des communautés et on ne peut pas décider de les évincer systématiquement. Médecins du Monde ne veut pas les ignorer. Il faut déterminer des fonctions en adéquation avec les réalités socioculturelles sur le terrain ».

Les acteurs du développement comme la Coopération Suisse développent une approche communautaire en s'appuyant sur le potentiel local et en impliquant la base dans le processus de développement - autre position abordée dans la littérature (Costello et al, 2006; Filippi et al, 2006.; Rosato et al, 2008) - Selon leur responsable médical au Tchad, une option stratégique pertinente serait d'impliquer les villageois dans les décisions qui les concernent. Il ajoute :

« Pour les matrones, ce sont eux (les villageois) qui choisissent des femmes reconnues et à valoriser dans leur communauté : on les forme, on leur fait faire un stage pratique de quinze jours à la maternité du district, on prend en charge cela, on les recycle une fois par an. Il faut les rendre plus performantes dans les zones non couvertes par des centres de santé, pour pallier à ce manque. Il faut créer une articulation avec le centre de santé et l'hôpital de district ».

Ainsi, les représentants des institutions nationales et internationales présents sur place rapportent les contradictions auxquels ils ont à faire face et les difficultés quotidiennes à mettre en œuvre les recommandations internationales de l'OMS en matière de santé maternelle et de formation des matrones. Voyons maintenant, dans quelles mesures il leur est possible ou non d'infléchir la politique actuelle menée dans ce domaine.

L'un des axes de notre investigation consistait à évaluer la manière dont les personnes interviewées perçoivent leur pouvoir d'influence auprès de leurs hiérarchies respectives en ce qui concerne les stratégies à mener dans le domaine de la santé maternelle au Tchad. Ainsi, l'analyse des discours recueillis met en évidence que si ces personnes pensent souvent pouvoir influencer au niveau local, elles ne pensent pas en revanche que cela puisse avoir un impact sur la politique au niveau national ou international, et ce, malgré leur connaissance et leur expérience sur le sujet, malgré aussi les postes parfois importants qu'elles occupent. Plus on s'éloigne géographiquement du terrain, moins les réalités sont connues et reconnues. Les contraintes des contextes sont alors peu prises en compte. Le passage à l'échelle nationale et internationale est donc un véritable enjeu de cette influence.

Par exemple, une sage femme et ancienne formatrice dit ainsi à propos de son influence locale :

« Maintenant le monde rural accepte mieux. Les gens ont rapidement confiance si l'on va vers eux ».

En revanche, les discours de plusieurs personnes rencontrées rejoignent celui émis dans le domaine académique (Filippi et al, 2006). Ainsi, selon eux, la politique ne pourra évoluer qu'avec une appropriation des problématiques révélées par le terrain et la recherche de solutions adéquates impliquant les décideurs. Le médecin de la Coopération Suisse dit justement à ce sujet :

« Il ne faut pas que ce soit moi tout seul. Il faut engager l'État ».

Un des représentants du Ministère de la Santé dit ainsi à propos de son influence sur la politique menée envers les matrones :

« Je peux en parler, je bénéficie d'un peu de crédit. Les politiques influent sur le cours des choses. Mais il faut des éléments probants pour documenter (...) Tout le monde est conscient des difficultés et du fait qu'il faille une couverture adéquate. Les zones rurales sont différentes. Mais quelle stra-

tégie? Pas de réponse. Peut-être qu'il faut former, on a d'ailleurs formé jusqu'à récemment »¹.

Un autre problème semble se poser et concerne le manque d'expérience des décideurs politiques en matière de santé en zone rurale. Ceci engendre souvent des difficultés à proposer des solutions en réponse aux attentes des acteurs en matière de santé maternelle. De ce fait, de nombreuses propositions sont construites uniquement à partir de modèles théoriques souvent inadéquates dans le contexte de leur mise en œuvre. L'absence de la prise en compte de la spécificité des contextes est évoquée dans l'analyse des causes des faibles changements obtenus depuis quinze ans (Costello et al, 2006). Le médecin de l'OMS dit justement à ce propos :

« Les gens (du Ministère de la Santé Publique) viennent d'un système différent et se heurtent à la base (la communauté). On ne parle pas d'un système curatif, surtout dans notre pays. Ici le problème c'est l'ignorance, il n'y a pas d'infrastructure ni de service de qualité pour répondre à leurs attentes. C'est comme ça. Ceux qui n'ont pas eu la « chance » de voir ces problèmes continuent de naviguer à vue. »

Enfin, il apparaît que pour passer du niveau local au niveau supérieur, l'influence des acteurs de terrain à besoin d'être relayée par des intermédiaires qui puisse transformer les besoins perçus en problématiques politiques. Le responsable de l'ASTBEF² est nous dit :

« Il faut que d'autres disent ce que je suis en mesure d'apporter. Je dis ce que je sais. Je crois en ce que je fais. Mais cela ne suffit pas. Et cela nécessite du temps ».

Les dires de la gynécologue tchadienne actuellement en poste pour l'AMDD à New-York sont éloquentes à ce sujet :

¹ Pour appuyer le discours de cet informateur, il faut ajouter que les études menées sur l'impact des formations des matrones ont actuellement des résultats mitigés (Bergstrom et Goodburn, 2001 ; Sibley et Sipe, 2004 ; Campbell et Graham, 2006). Néanmoins, la méthodologie des évaluations de ces programmes est parfois mise en cause.

² ASTBEF : Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial, une branche locale de l'IFP International Family Planning).

« La formation des matrones ? Pas en ce moment ! »

Ainsi, cette femme veut signifier son incapacité, ses contraintes, à prononcer une opinion favorable à la formation des matrones au Tchad, alors même qu'elle est persuadée de la pertinence de cette stratégie dans ce contexte.

Discussion

Les dernières recommandations internationales émises en ce qui concerne le rôle des matrones ne répondent pas toujours à la réalité du terrain et aux problématiques rencontrées. Ce constat fait par Bergstrom et Goodburn (2001) lors d'études menées dans d'autres pays du Sud est particulièrement valide dans le contexte du Tchad. Devant le manque considérable de ressources sanitaires, les matrones sont souvent les seules à faire face aux dangers mortels que représentent la grossesse et l'accouchement pour de nombreuses femmes. Ainsi, je souhaiterais conclure ce chapitre en proposant certaines recommandations, construites à la fois par la compréhension de cette problématique que j'ai acquise lors de mes expériences professionnelles sur ce terrain, et par les perspectives d'analyse relevées lors des entretiens menés dans le cadre de cette étude.

Afin de clarifier mon propos, il me semble important de rappeler que je souscris entièrement à certaines idées clés en matière de santé maternelle dans les pays du Sud. Ainsi, la dangerosité de certaines pratiques des matrones aggravant potentiellement la santé des femmes et des mères dont elles ont la charge est reconnue et n'est plus à démontrer (Fortney et Leong 2006, Campbell et Graham, 2006). La nécessité d'une personne qualifiée pour assister une femme lors de son accouchement et accueillir son enfant est acquise (Bergstrom et Goodburn, 2001; Abouzahr et Wardlaw, 2001 ; Filippi et al, 2006). Les risques encourus par une parturiente - qui en plus est jeune et lors de son premier accouchement- sont également connus et requièrent les compétences d'une personne capable de diagnostiquer d'éventuelles complications ou pathologies, d'organiser la référence vers une institution de soins adéquate et un personnel compétent et à même de fournir une prise en charge rapide et effective (Tsu et Coffey, 2008).

Ceci étant dit, voici les points sur lesquels il me semble nécessaire de discuter :

La tendance actuelle, qui consiste à recentrer les activités sur la formation de personnel de santé comme les sages-femmes afin d'améliorer leurs compétences, est une action clé. Néanmoins, certaines spécificités locales ne peuvent être ignorées : le faible nombre de sages-femmes formées et la mauvaise répartition géographique de celles-ci, le manque d'infrastructures sanitaires, le manque de personnel ne permettant pas, bien souvent, un accueil 24h/24 des urgences. Cette réalité a été décrite à travers les deux études de cas que j'ai présentées en première partie de l'article ainsi que dans les réponses des personnes interviewées. On les retrouve aussi dans la littérature comme des éléments parfois connus par les acteurs et les décideurs dans le champ de la santé maternelle mais qui ne sont pas toujours pris en considération à leur juste valeur dans l'élaboration des politiques de santé maternelle.

Nous avons pu constater que les matrones ne sont pas une préoccupation majeure pour des décideurs. Elles apparaissent en filigrane dans les stratégies, objectifs et plan d'action de la Feuille de Route sur la Santé Maternelle et Néonatale au Tchad mais il n'existe pas encore sur le terrain de mise en œuvre de ces principes. Ceci semble correspondre à une politique se faisant écho des dernières recommandations internationales relatives aux matrones, une volonté argumentée et relayée par des études sérieuses dans le domaine, faites par des organismes internationalement reconnus. Au demeurant, cette stratégie n'apparaît pas toujours pertinente par rapport aux réalités quotidiennes des personnes à qui elle est censée s'adresser. L'écart se creuse donc entre les politiques de santé et l'état de santé des femmes. Aujourd'hui le Tchad est un des seuls pays au monde où la mortalité maternelle augmente. Les chiffres ont engendré une discussion, des évaluations, des propositions, une feuille de route qui n'a pas encore décliné sa mise en œuvre. Et pourtant elle a été écrite par des professionnels, à la suite d'évaluation qui ont fait un diagnostic pertinent et juste de l'état actuel de la santé maternelle au Tchad. Le manque de concertation avec la population et les personnes clés de la communauté, le manque de considération des acteurs qui ont aujourd'hui un rôle primordial dans la chaîne de soins apportée aux femmes enceintes apparaît comme une erreur stratégique possible à corriger.

Les recommandations internationales ne viennent pas souvent des personnes et des écrits issus du terrain. Elles émanent parfois d'études faites par des chercheurs qui ont eu un regard sur une action, un programme, une problématique de santé et dont les cadres institutionnels dans lesquels ils agissent ne leur permettent pas toujours de proposer des solutions entendues par les personnes concernées. Par ailleurs, un éclairage sur les facteurs socioculturels fondamentaux parfois mis en évidence dans ces études ne sont souvent pas pris en considération et intégrés lors de l'élaboration d'un nouveau système. Aussi, l'adaptation et la transformation de ce savoir en action est souvent problématique et vouée à l'échec.

On observe une inadéquation entre les réalités du quotidien dans lesquelles les pratiques de soins se construisent et les personnels médicaux à vouloir s'y confronter sont rares (car c'est de cela qu'il s'agit) et le monde rationnel et scientifique. Par exemple, la « médecine moderne » remet en doute le fait que la mort ne soit pas la volonté de Dieu. Pourquoi une personne extérieure à la communauté dit ce qu'il faut faire pour « bien » allaiter son enfant, à une mère, à une matrone qui a élevé parfois de nombreux enfants? Le changement de comportement est difficile à obtenir ici comme ailleurs car il suppose plus qu'une remise en question : une acceptation de la valeur négative de ce qui est inculqué et pratiqué depuis toujours. Les nouveaux repères proposés font-ils sens pour les personnes concernées?

Conclusion

Les résultats de l'enquête présentés dans ce chapitre ont mis en évidence certaines erreurs de diagnostic qui ont engendré la faible considération actuelle des matrones dans la Feuille de Route Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Tchad, faisant notamment écho aux dernières recommandations internationales en la matière. Pourtant, le consensus au niveau international se heurte aux réalités du terrain. De plus, les acteurs du développement et humanitaires, en concertation avec les autorités sanitaires auxquelles elles viennent en appui arrivent parfois à œuvrer ensemble. L'exemple d'intégration des matrones dans les structures de santé est probant. Cela peut donner lieu à des projets « pilotes » salués par tous.

Mais la dimension nationale est plus complexe, sa réussite dépend de l'interaction de nombreux acteurs dont les mandats et l'espace de manœuvre dont ils disposent ne leur permettent pas toujours de mettre en œuvre les actions appropriées.

Ces questions relatives à la santé maternelle s'inscrivent dans un contexte particulièrement difficile. Le Tchad est le lieu de tensions incessantes pour l'accession au pouvoir. La sécurisation de la nation est une préoccupation importante pour ses dirigeants. Les recettes pétrolières de ces dernières années ont ainsi fait l'objet d'un investissement prioritaire dans l'armement et dans les autres secteurs relatifs au renforcement de la légitimité du gouvernement en place. Le pouvoir est par ailleurs centralisé au niveau d'instances étatiques qui ne font donc pas aujourd'hui encore de la santé une priorité nationale. Lorsque la santé maternelle est un thème à l'honneur, la déclinaison en activités pertinentes n'est pas toujours réalisée. C'est ce qui hypothèque l'avenir de nombreuses populations tchadiennes actuellement. Elles continuent ainsi à vivre avec les ressources naturelles, dans des huttes en boue séchée, avec des animaux comme seule richesse et les matrones comme principaux recours dans l'épreuve que constitue encore aujourd'hui le cycle infernal des grossesses et des accouchements pour les jeunes filles et les femmes de cette région.

BIBLIOGRAPHIE

- ABDELRAHIM, Abdelmadjid – *Guide de formation sur la santé en milieu rural*, Direction du développement et de la coopération, Bureau de la Coopération Suisse au développement, N'Djamena, Tchad.
- ABOUZAHAR, Carla & WARDLAW, Tessa – 2001 De la politique à l'action : *La mortalité maternelle à la fin d'une décennie: des signes de progrès?*, Bulletin de l'OMS, 2001, 79(6): 561-573.
- BATAILLE, Alexandra – 2008 *Evaluation des pratiques de soins materno-infantiles, Kanem, Tchad*, décembre 2008, Action contre la Faim, N'Djamena, Tchad.
- BERGSTROM, Staffen & GOODBURN, Elizabeth – 2001 *The role of Traditional Birth Attendants in the reduction of maternal mortality*. In: De Brouwere, Vincent & Lerberghe Wim Van. *Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence*, 77-97. Antwerp, Belgium, ITG Press. (Studies in Health Services Organisation and Policy 17), 2001.
- BERER, Marge – 2003 *Traditional Birth Attendants in developing countries cannot be expected to carry out HIV/AIDS prevention and treatment activities*, reproductive health matters, 2003; 11(22): 36-39.
- CAMPBELL, Oona M R & GRAHAM, Wendy J – 2006 *Maternal Survival 2: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works*, Lancet 2006 (on line): DOI: 10.1016 / SO140.6736 (06)69388, 25-40, (The Lancet Survival Series steering group).
- COSTELLO, Anthony, AZAD, Kishwar & BARNETT, Sarah – 2006 *An alternative strategy to reduce maternal mortality*, Lancet 2006 (on line): DOI: 10.1016/SO140. 6736(06)69388. (The Lancet Survival Series steering group).
- DANGAR, Guira D – 2008 *La gratuité des soins, une réforme sans effets*, Tchad et Culture Numéro 268, p 4-5, juin 2008, N'Djamena, Tchad
- FASSIN, Didier – 2007 *L'anthropologue et l'humanitaire*, Humanitaire hors série numéro 4, automne/hiver 2007 : Anthropologues et ONG: des liaisons fructueuses ?, Médecins du Monde, Paris, France.
- FILIPPI, Véronique, RONSMANS, Carine, CAMPBELL, Oona M R, & al – 2006 *Maternal Survival 5: Maternal Health in poor countries; the broader context and a call for action*, Lancet 2006 (on line): DOI: 10.1016/SO140. 6736(06) 69388, 60-66, (The Lancet Survival Series steering group).
- FORTNEY, Judith A & LEONG, Madeline – 2009 *Saving Mother's lives: programs that works*, clinical obstetrics and gynecology, vol 52, Numéro 2, 224-236, 2009, Lippincott Williams and Wilkins.
- HAUT COMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFU-

GIES (UNHCR) – 2008 *UNHCR's Strategic Plan for reproductive Health, 2008-2012.*

HAINES, Andy, SANDERS, David, LEHMANN, Uta, & al – 2007 *Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers, Lancet 2007; 369:2121-31.*

KODINDO, Grace – 2003 *Evaluation nationale des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, Ministère de la Santé Publique, OMS, UNICEF/AMDD, FNUAP. N'Djamena, Tchad.*

KOILO, Dingamnodji – 2005 *Santé communautaire dans le Moyen Chari/Tchad : mirage ou réalité ?*, avril 2005, imprimerie du Tchad AGB, N'Djamena, Tchad.

LAEVENS, Anne – 2007 *Rapport d'évaluation sur la situation nutritionnelle et sanitaire au Kanem, Tchad*, juillet 2007, Action Contre la Faim, N'Djamena, Tchad.

MAINE, Deborah – *What's special about Maternal Mortality? Safe motherhood Initiatives: Critical issues*, 175-182.

MAALOUF, Amin – 2009 *Essai, le dérèglement du Monde*, Avril 2009, 314 p, Editions Grasset, Paris, France.

MARKUS, Michael, PEARSON, Nigel & DALIAM, Adoum – 2006 *Inter Agency Health Evaluation, Humanitarian Oasis in a parched health sector : refugees and host populations in Eastern and southern Chad*, avril 2006, N'Djamena, Tchad

MASUMBUKO, Bruno M & CAPO-CHICHI, Servais – 2005 *Rapport de fin de la deuxième phase du projet Coopération allemande, PASS (projet d'Appui au Secteur Santé), Appui à la délégation Sanitaire du Kanem*, novembre 2003-octobre 2005, Novembre 2005, N'Djamena, Tchad.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP), DSIS (Division du système d'information sanitaire) – 2007 *Annuaire des Statistiques Sanitaires du Tchad, 21 ième édition, Tome A, année 2007.* République du Tchad, Ministère de la Santé Publique, juin 2008, N'Djamena, Tchad.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP) – 1992 *Guide du formateur des accouchées villageoises*, Ministère de la Santé Publique, Aout 1992 N'Djamena, Tchad.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP) – 2007 *Politique Nationale de Santé 2007-2015*, Ministère de la Santé Publique, N'Djamena, Tchad.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP) – 2008 *Plan National de Développement Sanitaire du Tchad 2009-2012, Tome 1 : analyse situationnelle, objectifs, orientations stratégiques*, octobre 2008, Ministère de la Santé Publique, N'Djamena, Tchad.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP) – 2008 *Plan National de Développement Sanitaire du Tchad 2009-2012 Tome II : programmation, suivi, évaluation*, octobre 2008, Ministère de la Santé Publique, N'Djamena, Tchad.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP) – 2009 *Feuille de Route Nationale pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale et Infantile (FRNARMMN)*, Ministère de la Santé Publique du Tchad, Février 2009, N'Djamena, Tchad.

Registre de l'accoucheuse traditionnelle, Ministère de la Santé Publique, BASE (Bureau d'Appui Santé Environnement), N'Djamena, Tchad.

NATIONS UNIES – 2008 *Comité technique inter-agences onusiennes Santé/Est Tchad, Activités sanitaires inter-agences onusiennes à l'est du Tchad*, 2008, N'Djamena, Tchad.

N'DEM N'GOIDI, Santa – *Guide d'entretien suivi et évaluation des accoucheuses traditionnelles*, N'Djamena, Tchad.

Module de sensibilisation, appui au travail des accoucheuses traditionnelles, BASE (Bureau d'Appui Santé Environnement), N'Djamena, Tchad.

N'DEM N'GOIDI, Santa & ENZ DIA, Suzanne – 1998 *Les pratiques des accoucheuses traditionnelles dans les districts sanitaires de Bokoro (Chari Baguirmi) et de Danamadji (Moyen Chari)*, BASE (Bureau d'Appui Santé Environnement), programme Santé Communautaire/savoirs locaux, avril 1998, N'Djamena, Tchad.

N'DEM N'GOIDI, Santa, KODINDO, Grace & NATEGUINGAR, Francois-Joseph – 2000 *Etude sur les perceptions des communautés et du personnel de santé sur les causes de la mor-*

talité maternelle en milieu protégé et non protégé : cas du Ouaddai, du Moyen Chari et de N'Djamena, BASE (Bureau d'Appui Santé Environnement), avril 2000, N'Djamena, Tchad.

N'DEM N'GOIDI, Santa, MBAIASRA, Ruben & TONINGAR, Romneloum R – 2008, *Module de formation des accoucheuses traditionnelles*, BASE (Bureau d'Appui Santé Environnement), Aout 2008, N'Djamena, Tchad.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) – 2006 *Etude socio-économique sur les couts et sur l'accessibilité financière des populations aux soins de santé à l'Est du Tchad*, Octobre 2006.

OMS – 2008 *Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire*, Déclaration des Etats Membres de la région africaine de l'OMS, OMS, Bureau régional de l'Afrique, avril 2008, Ouagadougou, Burkina Faso.

OUAGADJIO, Bandoumal, NODJIMADJI, Kostengar, BAGAMLA Tchobkréo, & al – 2004 *Enquête Démographique et de Santé au Tchad II*, 2004. Calverton, Maryland, USA : Bureau Central du Recensement et Macro International Inc, Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération, République du Tchad, septembre 2005, N'Djamena, Tchad.

OUAGADJIO, Bandoumal, NODJIMADJI, Kostelngar, NODJIMBA-

TEM, Joël Nodjimbatem & al – 1998. *Enquête Démographique et de Santé, Tchad 1996-1997*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Bureau Central du Recensement et Macro International Inc, Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération, République du Tchad.

ROSATO, Mikey, LAVERACK, Glenn, GRABMAM, Lisa H & al – 2008. *Alma-Ata: Rebirth and revision 5, community participation: lessons for maternal, newborn and child health*, Lancet 2008; 372:962-71.

SIBLEY, Lynn M, SIPE, Theresa A & KOBLINSKY, Marjorie – 2004. *Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complication: a review of the evidence*, Social science & Medicine 59 (2004), 1757-1768.

SIBLEY, Lynn M & SIPE, Theresa A – 2006 *Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional Birth Attendants?*, J Health Popul Nutr, 2006 Dec, 24 (4):472-478.

STADERINI, Nelly – 2007 *Rapport de mission MSF*, juin 2007, N'Djamena, Tchad.

TAHER, Mahamat A – 2006 *Kanem, creuset des peuples*, p 47-62, Cahier d'histoire à la découverte du Tchad numéro 2, Kanem, mars-avril 2006, Centre Al Mouna, N'Djamena, Tchad.

TROMPETTE, Xavier – 2008 *Rapport de mission sur la santé maternelle et*

néonatale dans le Kanem, Tchad, novembre 2008, Médecins du Monde, N'Djamena, Tchad.

TSU VD & COFFEY PS – 2008 *New and underutilised technologies to reduce maternal mortality and morbidity. What progress have we made since Bellagio 2003?*, PATH (Progress for Appropriate Technology in Health, journal compilation, 247-256, www.backwell-publishing.com/bjog . DOI:10.1111/j.1471-0528.2008.02046.x.

WIESE M., DONNAT M., WYSS Kaspar D, – 2004 *Utilisation d'un centre de santé par les pasteurs nomades arabes. Une étude de cas au Kanem, Tchad*, Médecine tropicale, 2004. 64.5, p 486-492.

WYSS, Kaspar D, ZINSSTAG, Jakob & DOUMAGOUM MOTO, Daugla, CSSI (Centre de Support en Santé International/Institut Tropical Suisse) – 2002 *Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels des pasteurs nomades dans les régions du Chari-Baguirmi et du Kanem au Tchad, rapport final*, mars 2002, N'Djaména, Tchad.

WYSS, Kaspar D & ZINSSTAG, Jakob, ITS (Institut Tropical Suisse) – 2000 *Réflexion pour une meilleure prise en charge de la santé en milieu nomade au Tchad*, Sempervira Numéro 8, CSRS (Centre Suisse de Recherches Scientifiques) en Cote d'Ivoire, septembre 2000, Abidjan, cote d'Ivoire.

YEMADJI, N'Diekhhor – 2004 *Perspectives de la promotion des services de santé en milieu nomade au Tchad*, Médecine tropicale, 2004.64.5, p 503-505.

PARTIE III
SITUATIONS DE CRISES

**DES MATRONES FACE AU VIH EN INDE DU SUD
ENJEU GLOBAL ET FORMES LOCALES**

PASCALE HANCART PETITET¹

LES travaux menées en Inde dans le domaine de l'anthropologie de la naissance² approchent souvent les questions liées aux savoirs et aux pratiques des matrones (par exemple, Chawla, 1994 ; 2006 ; Ramasubban, Jejeebhoy, 2000). Des auteurs ont abordés certains aspects relatifs au statut social des matrones dans

¹ Je remercie Pragathi Vellore (Pondicherry Institute of Linguistic and Culture), les Drs. NM. Samuel et JS. Mini du département de Médecine Expérimentale de l'Université TN MGR de Chennai pour avoir accepté ma présence à l'hôpital de Namakkal. Merci à mes informatrices du village de Karik. Je remercie également les institutions partenaires du projet, le Pondicherry Institute of Linguistic and Culture et l'Institut Français de Pondichéry, ainsi qu'aux bailleurs de fonds, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites (ANRS) et Sidaction. Merci à Soizick Crochet pour sa relecture d'une version préliminaire de ce texte.

² J'ai présenté les courants théoriques de l'anthropologie de la naissance en Occident et en Inde dans Hancart Petitet (2008).

des contextes défavorisés (Jeffery, Jeffery, and Lyon 1989 ; Pinto 2008). Parfois, l'accouchement à domicile avec l'aide des matrones est présenté, auprès d'une classe favorisée, comme la meilleure option possible. Contrairement à une naissance en milieu hospitalier, celle à la maison en présence d'une matrone prendrait alors une dimension « holistique », voire mystique (Chawla 1994 ; Chawla 2006 ; Guha 1998 ; Gulati 1999 ; Hafeel et Suma 2000 ; Bajpai et Sadgopal 1996). Ce point de vue semble conforter les représentants des institutions indiennes chargés de promouvoir les médecines traditionnelles ainsi que les défenseurs de l'accouchement « naturel »³. Mais alors que leurs travaux s'inspirent de ceux menés au Nord, qui critiquent l'imposition abusive de la technologie (Davis-Floyd 1994 ; Davis-Floyd et Sargent 1997) dans les lieux où accouchent la majorité des femmes occidentales, en Inde, seule une minorité de parturientes peut accéder à une prise en charge de la naissance en milieu biomédical. Aussi, s'il convenait de défendre le rôle et les pratiques des praticiens « traditionnels », la lutte contre le VIH en zone rurale pourrait être l'une des raisons à invoquer. En effet, alors que le sida représente un enjeu sanitaire majeur en Inde, dans un contexte où la plupart des femmes accouchent avec l'aide des matrones, aucune des publications scientifiques récentes consacrées à ces praticiennes⁴ ou au sida en Inde⁵ n'aborde cette question.

Plusieurs publications issues de la santé publique ont documenté les bénéfices relatifs à l'implication des matrones dans la prévention de la transmission du VIH afin de pallier aux carences des services de soins, principalement en Afrique (Balaba, Judi, King, Kyeyune, and Kasolo 2004; Bulterys, Fowler, Shaffer, Tih, Greenberg, et al. 2002; Homsy, King, Balaba, and Kabatesi 2004; King and Homsy 1997; Msaky, Kironde, Shuma, Nzima, Mlay, et al. 2004; Omowunmi, Odu-nukwe, Raheem, Efiemokwu, Junaid, et al. 2004; Perez, Aung, Nodoro, Engelsmann, and . 2008; Perez, Orne-Gliemann, Mukotekwa, Anna Miller, Glenshaw, et al. 2004; Reedzu 2005; Staugaard 1992; Walraven 2002; Yao 2002). En Inde, les autorités sanitaires n'envi-

³ Voir à ce sujet Hancart Petitet (A paraître-a).

⁴ Chawla (2006)

⁵ Seul l'article de Cohen (2006) fait brièvement mention des matrones dans l'intégralité de ce numéro spécial de l'Indian. Anthropologist, « Special issue on Women, HIV/AIDS and Human Right », Nov. 2005

sagent pas (encore ?) cette option dans leurs programmes de lutte contre le sida. La stratégie mise en œuvre repose sur l'intégration des services de Conseil et Dépistage Volontaire à ceux de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (Dandonna et al, 2008).

Selon une perspective sanitaire, l'éventualité d'une participation des matrones dans les programmes de PTME en Inde nous semble importante à discuter. Tout d'abord, en Inde une majorité de femmes accouchent à domicile¹. De plus, tout États confondus, la majorité des femmes enceintes ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH et le taux de dépistage lors des consultations prénatales est souvent faible. Une étude récente conduite au Maharashtra rapporte que, malgré des taux de consultations prénatales élevés, peu de femmes sont informées au sujet du VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles. Par ailleurs, le test VIH leur a rarement proposé (Sinha et al 2008)². Enfin, la plupart des femmes incluses dans des protocoles de prévention de la transmission mère-enfant du VIH accouchent aussi avec des matrones³. En dehors de cette préoccupation relative à l'application de la recherche en sciences sociales, le sujet des matrones face au VIH invitent à reformuler certains des questionnements généralement posés dans ce domaine d'étude. Ainsi sur le plan théorique, notre objet ressort de l'anthropologie de la « Reproduction qui Tourne Mal »⁴ (Jenkins, Inhorn, 2003). Les promoteurs de ce courant s'intéressent aux « ratés reproductifs » tels que les interruptions spontanées ou volontaires de grossesse, les naissances d'enfants présentant des handicaps ou l'infertilité. D'une part, cette notion de « raté reproductif » propose un cadre d'exploration de l'impact des politiques de la reproduction sur les individus. Par exemple, ce concept permet d'étudier la façon dont les « choix » des femmes en matière de reproduction sont construits par des contraintes d'ordre culturel, social et structurel. D'autre part, cette approche est pertinente pour analyser le fonctionnement des instances décisionnelles nationales et internationales en la matière. Enfin, ce cadre d'analyse vise à décrire les nou-

¹ Je reviendrai sur cette question.

² Lors de cette étude menée au Maharashtra, 3,3% des femmes enceintes interrogées rapportaient avoir reçu un test VIH en consultation prénatale.

³ Ceci n'est pas sans lien avec les pratiques de stigmatisation et de discrimination liées au VIH en Inde. J'aborde ces questions dans Hancart Petitot (2008).

⁴ Traduction personnelle du concept de « Reproduction Gone Awry » décrit par ces auteurs.

velles formes de domination, de résistance ou d'indifférence à l'œuvre face à la procréation (Ibid : 1834). Cette perspective nous semble pertinente pour aborder l'étude de la naissance en Inde rurale, où de nombreuses questions d'ordre politique (inégalités de sexe, de caste, et de classes) ne sont pas sans lien avec les limites de l'accès aux soins et la persistance de taux de mortalité maternelle et infantile élevés (Pinto., 2008). En outre, les écarts des taux de transmission mère-enfant du VIH entre les femmes qui bénéficient de l'ensemble des mesures de prévention et de traitement (pendant et après la grossesse et l'accouchement) et celles auxquelles on ne propose qu'une prise en charge minimum et à moindre coût, sont des indicateurs des catégorisations sociales à l'œuvre dans la gestion de l'épidémie à VIH. Ces choix politiques, à l'origine d'expériences individuelles en matière de reproduction « qui tournent plus ou moins mal », déterminent les « choix » des femmes infectées par le VIH en ce domaine, leur avenir et celui de leur nouveau-né. Au demeurant, une autre perspective s'impose en parallèles. Elle consiste à considérer le VIH à la fois comme un « révélateur » des systèmes sociaux et des faits culturels dans lesquels ils s'insèrent et comme un « producteur » de valeurs, de normes et de pratiques nouvelles dans le champ sanitaire (Benoist & Desclaux 1996). En ce sens, il s'agit de montrer, quelle place est occupée, donnée et revendiquée par et pour les matrones lors des remaniements produits par l'épidémie à VIH sur « l'espace politique de la naissance » et quels en sont le fondement et l'enjeu.

Je propose donc d'approcher certaines dimensions sociales de l'accouchement dans le contexte du VIH, en privilégiant les questions concernant les matrones¹. Après avoir traité certains aspects du contexte sanitaire de l'accouchement en Inde, j'approcherai diverses pratiques et représentations sociales des matrones en Inde du Sud. Puis, j'exposerai certains enjeux des programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME), dans des contextes où les femmes accouchent le plus souvent à domicile avec l'aide de ces praticiennes. L'analyse considérera l'option d'impliquer les matrones dans les programmes VIH et examinera la construction des pratiques et des discours produits par la santé publique dans ce domaine.

¹ J'aborderai certaines dimensions sociales en lien avec la mise en œuvre d'un programme de soins de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Inde du Sud dans Hancart Petitet (2009a).

La collecte des données a été réalisée de 2003 à 2006, dans un État du Sud de l'Inde, le Tamil Nadu, auprès de femmes villageoises issues de castes intouchables (ici principalement Paraiyar, Arundhatyar et Vannan)¹, auprès de patientes et de soignants rencontrés dans des institutions sanitaires diverses (par exemple les programmes de PTME et d'accès aux antiretroviraux de l'hôpital de Namakkal) et auprès d'autres acteurs de la riposte au sida². Les matrones rencontrées résidaient dans des villages avoisinants Pondichéry et Namakkal. Enfin, des observations et des entretiens réalisés ponctuellement dans des lieux d'accouchement autres, à Pondichéry et à Chennai ont permis de compléter ces données.

Contexte sanitaire de l'accouchement en Inde

Un nombre absolu de 2,5 millions de personnes vivent avec le VIH en Inde. Le taux de prévalence chez les adultes est faible, estimé à 0.36% et la prévalence chez les femmes enceintes serait inférieure à 1% (ONUSIDA 2007). Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont principalement mis en œuvre dans des maternités de district et des hôpitaux universitaire et peu de femmes en bénéficient. En effet, en Inde, moins de 30% des accouchements ont lieu dans des institutions biomédicales et une majorité de femmes vivant en zones rurales accouchent à domicile avec l'aide des matrones (GOI, 2005). Au Tamil Nadu, l'État du Sud Est de l'Inde où ce travail de recherche a été mené, la prévalence du VIH est supérieure à 1% chez les femmes enceintes. Un très grand nombre bénéficient ni de dépistage du VIH³, ni d'accès aux antirétroviraux, ni

¹ Paraiyars : Traditionnellement paysans et joueurs de tambours ; Arundhathiyars : Appellation contemporaine de la caste intouchable des travailleurs du cuir de langue telugu nommés également Sakkili. ; « Vannan : Washerman ». Responsables des cérémonies de la naissance, de la puberté, du mariage et des funérailles. Ces éléments schématisés sont donnés à titre indicatif. Pour une lecture contemporaine du système des castes voir Deliége (2004b) et (Assayag 2003).

² Cette ethnographie a été menée dans le cadre de ma recherche doctorale dont les objectifs étaient de décrire et d'analyser les représentations et les pratiques sociales autour de la naissance ainsi que les changements et les adaptations des systèmes médicaux mobilisés lors de cet événement dans le contexte de l'Inde contemporaine (Hancart Petitot, 2008).

³ A l'échelle nationale, 3% des femmes ont reçu un test VIH et ont été informées des résultats du test dans les 12 mois (NACO 2008).

de programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME)¹. Au moment de l'enquête, aucune action systématique de PTME n'était mise en place dans les centres de soins de santé primaire et les cliniques privées (« Nursing Homes ») du Tamil Nadu².

Par ailleurs, malgré la mise en place d'infrastructures obstétricales, les indices de santé maternelle restent très préoccupants de façon générale, en Inde. Certes, les taux d'accouchements réalisés en institutions biomédicales augmentent (de 26% en 1992-1993³ à 41% en 2005-2006⁴). Néanmoins, selon le dernier rapport de l'Unicef (2009), un nombre absolu de 78 000 femmes par an perdent la vie en Inde, en couche ou des suites de leur grossesse⁵. De plus, la faible qualité des soins reçus dans les maternités serait directement responsable de pathologies diverses du *post-partum* et parfois de la mort en couches (Pendse 2000; Ramasubban and Jejeebhoy 2000)⁶. Enfin, ces données relatives à la santé de la reproduction des femmes indiennes sont aussi à mettre en perspective avec l'ensemble des contraintes d'ordre social et culturel, amplement décrites, qui limitent la mobilité spatiale des femmes et ne sont pas sans effet sur leur itinéraire thérapeutique⁷.

¹ En 2007, 8,3 % des femmes vivant avec le VIH ont reçu un traitement prophylactique à la névirapine afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (NACO 2008).

² Les entretiens réalisés avec les professionnels de santé dans des institutions privées révélaient leur manque d'information et de concertation ou leur absence de directives sur le sujet.

³ (IPPS 1995)

⁴ (IPPS 2007)

⁵ Selon les estimations de l'an 2005, cependant, 450 femmes - pour 100.000 naissances vivantes - continuent de mourir durant la période de la grossesse ou des 42 jours suivants l'accouchement (OMS 2009).

⁶ L'ouvrage récent de Jaffré, Diallo et al, (2009) au sujet de la construction sociale de la mortalité maternelle dans les hôpitaux d'Afrique de l'Ouest se révèle un excellent outil pour mieux appréhender ces questions dans d'autres contextes également où les conditions de mise en œuvre rapides et correctes de protocoles biomédicaux se heurtent à d'autres facteurs, par exemple, de type organisationnel, hiérarchique ou logistique.

⁷ Parmi l'abondante littérature sur le sujet voir les travaux de Raheja and Gold (1994), Kapadia (1995), Van Hollen (2003), Pinto (2008). Voir aussi l'étude de Chasles (2009) menée en géographie.

Pourtant, au Tamil Nadu, comme ailleurs en Inde et comme dans d'autres pays du Sud, les autorités sanitaires diffusent des messages d'éducation dont l'objectif est d'encourager les familles à se rendre à l'hôpital pour les soins de l'accouchement. Dans les campagnes, les matrones sont menacées par les représentants biomédicaux du système qui leur interdisent la pratique des accouchements. À la maternité de l'hôpital de Namakkal, devant l'entrée de la salle d'accouchement, une affiche de l'OMS représentait le dessin barré en rouge d'une femme enceinte face à une matrone. Une infirmière à qui j'avais demandé de me traduire le slogan écrit en tamoul m'avait dit :

« *That's mean, no delivery with TBA !¹ »*

Avant de revenir sur cette proscription et sur ses conséquences dans le contexte du VIH, il nous faut aborder certains aspects de la construction des pratiques de soins à domicile et décrire, brièvement, comment s'organise le champ des savoirs mobilisés autour des événements liés à la reproduction.

Des savoirs des matrones au Tamil Nadu Transmission et négociation

Au Tamil Nadu, les épouses des barbiers², de la caste *Ambattan*, occupent souvent, mais de manière non systématique, la fonction de matrone. Celles que j'ai rencontrées appartenaient aussi à des castes intouchables : Paraiyars, Arundhathiyar et Vannan. Quelques unes sont devenues matrones parce qu'un membre de leur famille exerçait cette fonction, parfois depuis des générations. Il suffit pour cela qu'une ancêtre ait décidé de devenir *maruttuvacci*³. Ce « choix » ne relève pas d'une révélation lors d'un rêve ou d'un appel divin mais s'insère dans un contexte de pauvreté et de manque d'emplois : certaines

¹ Traduction : « Cela veut dire, pas d'accouchement avec la *Traditionnal Birth Attendant* (Accoucheuse traditionnelle) ».

² Caste des Vaannan, barbiers et blanchisseurs non « intouchables » contrairement à ceux de la caste des Vannaarapparayaen (n), c'est à dire « Vannan paria ». Les Ambattan ont aussi pour fonction la pratique de la médecine locale, de la chirurgie, du lavement des corps au moment des mariages et des funérailles et la pratique de la musique.

³ Ce terme est la forme féminine de *maruttuvar* : le médecin.

femmes des castes défavorisées ont adopté cette fonction, alors que leur tradition familiale n'y était pas engagée¹. Ces praticiennes, communément appelées « accoucheuses traditionnelles » par les services de santé publique, ont parfois une fonction qui s'étend au-delà du cadre réducteur de cette appellation et ne se limitent pas forcément au soin de l'accouchement. Certaines matrones traitent les problèmes d'infertilité, les maux de la grossesse, les complications obstétricales ainsi que les diverses maladies du *post-partum* comme les saignements abondants et les infections génitales. D'autres sont parfois responsables des cérémonies marquant les événements de la reproduction, comme le *maṅṣalṅir*², rite de puberté des filles, le *vaḷaikāppu*³, cérémonie de la fin de grossesse, et le *tiṭṭukkarittal*⁴, bain de purification donné à la mère et au nouveau-né dans les jours qui suivent la naissance. Elles s'occupent aussi des soins des accouchées et des nourrissons et traitent de nombreuses maladies. Elles connaissent les règles d'utilisation des *naṭṭu maruntu*, les remèdes locaux. Enfin certaines matrones appartenant à la caste des Ambattan ont recours aux *manraṭṭam*, formules rituelles qui écartent démons et esprits. Elles appliquent aussi le *tirunīru* (mélange de cendre et de chaux réduites en poudre) sur le front pour expulser le *tōṣam* (la malédiction). Sous les pressions exercées par les représentants locaux du système biomédical et afin de répondre à la demande des patientes pour des soins « modernes » de l'accouchement, les pratiques des matrones ont évolué. Certaines revendiquent la spécificité de ces recompositions⁵ qui combinent à la fois les savoirs-faire transmis par leurs ancêtres et ceux acquis dans le cadre d'un enseignement en milieu biomédical. D'autres *maruttuvacci*, au contraire, voient leur statut de praticienne et leurs soins dévalorisés⁶. L'adaptation de leur art aux nouvelles demandes de soins est rendue difficile par un pouvoir social limité et le manque d'opportunités. N'ayant pas pu bénéficier de formation institutionnelle, elles se voient interdire la pratique des accouchements à domicile par les re-

¹ Ceci est également relevé dans (Jeffery, Jeffery, and Lyon 1989).

² Ces termes en italiques sont transcrits du tamoul selon les règles de translittération proposées par le Tamil Lexicon (1924-1936).

³ Ce terme signifie la cérémonie des bracelets. En sanskrit, ce rite est connu sous le terme *cimantam*, la séparation des cheveux. Voir à ce propos Hancart Petitet et Pragaṭhi (2007).

⁴ La traduction littérale de ce terme est : *tiṭṭu* pollution, *kkarittal* : enlever.

⁵ Voir à ce sujet Hancart Petitet (2009b).

⁶ Je me permet de citer également un autre chapitre, Hancart Petitet (A paraître-b).

présentants du système biomédical qui ont la charge d'inciter les femmes à se rendre à l'hôpital.

Ainsi, en Inde du Sud, de nombreux facteurs déterminent l'hétérogénéité des pratiques des matrones. Des circonstances diverses les ont conduites à endosser ce rôle (leur caste d'origine, certains événements sociaux, un besoin économique). Ensuite, leur réseau social et leurs contacts avec des représentants du système biomédical (par le biais de formation ou de surveillance de leurs activités) vont avoir un impact conséquent sur leurs méthodes. Pourtant, il semble que cette complexité ait rarement été prise en compte dans le cadre des programmes de formation jugés désormais inefficaces par de nombreux experts internationaux de santé publique¹.

Afin de répondre à des objectifs sanitaires divers, plusieurs initiatives privées et publiques ont été menées en Inde à l'égard des matrones². Nous retiendrons que ces programmes ont tenté d'une part d'homogénéiser les savoirs des matrones afin de les rendre conforme aux attentes du système biomédical. D'autres activités ont eu pour finalité d'intégrer les matrones dans le système de santé publique afin de pallier au manque d'infrastructures en zone rurale. Comme dans de nombreux pays du Sud, ces formations ont été principalement centrées sur la promotion de pratiques dites «sans risques» (lavage des mains, section du cordon avec une lame de rasoir stérile) et l'abandon de pratiques jugées néfastes (le toucher vaginal répété, les massages utérins pendant le travail). Non liées à la mise en place d'un système de référence des cas d'accouchements difficiles vers un centre de soins, elles se sont avérées inefficaces pour réduire la mortalité maternelle (Mamdani 2002; Pachauri 1998; Pendse 2000).

Ceci étant, les travaux consacrés aux matrones indiennes ont rarement examiné la question de la pertinence des formations du point de vue des intéressées. Par exemple, l'un des temps forts de la formation, rapporté par les matrones (et à laquelle j'ai pu assister), est la remise d'une petite mallette en acier. Cette mallette contient des matériaux et consommables divers, supposés aptes à asseoir le nouveau statut des «diplômées» et à rendre possible la mise en

¹ Voir le chapitre introductif de l'ouvrage sur ce sujet.

² Je présente une perspective historique sur les formations des matrones en Inde dans Hancart Petitet (À paraître-a).

oeuvre des pratiques nouvellement acquises. Pourtant, peu de programmes prévoient la mise en place d'activités de suivi et le renouvellement du matériel distribué. Ainsi les matrones rencontrées rapportent comment malgré leur demande, elles n'ont pas pu obtenir de renouvellement du matériel reçu lors de leur formation initiale. Par ailleurs, comme l'a observé Pigg (1997) au Népal, les formations consistent, aussi pour les matrones, en l'apprentissage d'un langage, celui des formateurs¹. Par exemple, après lui avoir demandé de m'expliquer sa pratique des accouchements, une matrone m'a décrit très précisément comment elle se lavait les mains avec du savon et enfilait des gants. Pourtant, elle venait de me confier qu'elle ne disposait plus de ces consommables. Les raisons pour lesquelles les méthodes apprises ne sont pas mises en œuvre ne sont pas toujours liées à l'absence de moyen matériel. Une matrone n'appliquera pas un nouveau geste si les patientes le refusent, où si elle juge que cette pratique ne lui apporte aucun bénéfice². Enfin, selon certaines matrones la formation leur permet d'observer les pratiques d'accouchement en milieu biomédical. En cela, cette découverte des pratiques de soins hospitaliers représentent parfois une occasion d'acquérir des connaissances qui ne font pas forcément partie du curriculum des formateurs, par exemple, faire des injections ou des lavements.

Certaines matrones ont reçu, par ailleurs, des formations dont l'objectif était de les amener à accompagner les femmes à l'hôpital lors de l'apparition d'une complication obstétricale. Ces complications sont facilement identifiables (saignements pendant la grossesse, saignements importants à l'accouchement ou après l'accouchement, convulsions, fièvre, écoulements vaginaux, maux de tête, oedèmes des membres et de la face, travail excédant une durée de douze heures). Cependant, de nombreux facteurs empêchent les matrones de mettre en pratique les recommandations apprises. Par exemple, en zone rurale de l'Inde du Nord, Jeffery & Jeffery (1993)

¹ Selon Pigg, la pédagogie utilisée lors de l'enseignement, pendant lequel les accoucheuses ne sont pas conviées à s'exprimer au sujet de leurs pratiques, les conduit à s'approprier un nouveau langage. Ce langage leur permet de parler de ce qu'elles sont supposées faire sans pour autant passer à l'action.

² Par exemple une matrone refusait de mettre en application la pratique apprise de suture du périnée. Voir Hancart Petitet (2009b).

et Jeffery et al. (1989) ont mis en évidence l'une des raisons pour lesquelles le pouvoir social des matrones est limité : dans ces villages, ni les femmes ni les matrones ne choisissaient le lieu de l'accouchement¹. Enfin, il est admis depuis plusieurs décennies que les matrones ne peuvent prendre en charge les complications obstétricales et que les pronostics vitaux de la mère et de l'enfant reposent entièrement dans ce cas, sur la rapidité du transfert à l'hôpital et sur l'efficacité de la réponse sanitaire fournie sur place.

De la difficulté d'accoucher à l'hôpital

Lors de travaux menés en zone rurale dans le Nord de l'Inde, Jeffery et al (1989) notaient que le choix du lieu de l'accouchement ne résultait ni d'une discussion intra-familiale, ni d'une pression quelconque par un représentant du milieu biomédical. A la question de savoir où cet événement devait se dérouler, la réponse des hindoues et des musulmanes, des riches et des pauvres, des jeunes et des plus âgées, des matrones et des hommes était unanime : un enfant doit naître dans la maison de son père, là où il a été conçu (Ibid : 98)². Au Tamil Nadu, dans un contexte de biomédicalisation de la naissance, le maintien en activité des matrones tient à plusieurs raisons qui entretiennent des rapports complexes dans la construction du « choix » entre accoucher à l'hôpital ou à domicile.

Ainsi, jusqu'à une période récente, les femmes du village d'étude, accouchaient à domicile. Selon elles, cette « décision » tenait principalement aux tarifs modérés demandés par les matrones, très inférieurs à ceux pratiqués en milieu biomédical, où, aux dépenses d'ordre médical (paiement des soignants et des médicaments), viennent s'ajouter

¹ Je reviendrais sur cette question ultérieurement.

² Depuis cette enquête, selon les régions, une plus grande marge de manœuvre existe et l'accouchement peut aujourd'hui avoir lieu soit dans la maison maternelle soit dans la maison conjugale (avec l'aide d'une matrone, formée ou non dans un système biomédical, ou l'aide d'une infirmière ou celle d'un médecin) mais aussi dans les centres de soins de santé primaire, les maternités hospitalières de district (niveau secondaire) ou celles de niveau tertiaire, comme les hôpitaux universitaires. Enfin, de nombreuses naissances ont lieu dans des institutions privées (petites cliniques, « Nursing Home », ou hôpitaux prestigieux).

de nombreux frais supplémentaires (transport, nourriture, médicament, etc.)

Enfin, cette décision relève parfois d'un défaut d'évaluation des risques médicaux encourus. Par exemple, la rétention placentaire n'est pas perçue comme une anomalie obstétricale imprévisible et dangereuse mais comme une action effectuée volontairement par la femme qui accouche. Il est dit dans ce cas que cette femme est *pi-sani*¹ (avare). « Elle cache son placenta et le mange en secret, sans le dire à sa belle-mère » nous dit la matrone Angelai². Ou alors, un travail d'accouchement prolongé, voir compliqué est réinterprété comme la volonté d'un dieu aimant à se faire implorer des femmes vertueuses : « Devant la douleur, elles crient “Mon Dieu, Mon Dieu !” Dieu aime bien qu'elles l'appellent comme ça. » nous rapporte cette matrone. Somme toute, l'option de l'accouchement à domicile ne requiert aucune organisation spécifique et le recours à la matrone permet de ne pas avoir à solliciter l'aide des hommes, en particulier la nuit, à une heure où il est impossible d'aller en ville puisque plus aucun bus ne circule.

Dans ce contexte, on peut imaginer que la recommandation, pour les femmes vivant avec le VIH, d'accoucher dans les hôpitaux qui offrent des activités spécifiques de prévention et de traitement pose de nombreux problèmes. Certaines de ces femmes ne sont tout simplement pas en mesure de se présenter pour recevoir les soins. Afin d'illustrer mon propos, je vais rapporter ici une partie des informations collectées à la maternité de l'hôpital de Namakkal, où un programme de prévention et de traitement du VIH est mené depuis 2001.

¹ Contraction du terme : *pisunaṭṭanamāy*

² La signification symbolique de cette rétention est celle d'un acte de rébellion contre l'ordre hiérarchique établi au domicile conjugal. Dans la vie quotidienne la jeune épouse est soumise à l'autorité de sa belle-mère. Elle effectue, sous ses ordres, les travaux divers de la maison. Elle est tenue de prendre son repas dans la cuisine, seulement après avoir servi à table les membres de sa famille conjugale.

Accoucher à l'hôpital dans le contexte du sida

Le programme de l'hôpital de Namkkal comporte des activités de conseil et d'informations, des pratiques de test de dépistage du VIH, des mesures de protections à l'accouchement ainsi que la mise en place d'un protocole à schéma court à la névirapine¹ avec un suivi à domicile dans certains cas². Néanmoins, sa mise en œuvre se heurte à certaines difficultés. Par exemple, à la peur persistante de la contamination parmi le personnel de la maternité s'ajoute la peur de la discrimination, chez les patientes et leur famille. Enfin, des femmes ne reviennent pas accoucher à l'hôpital de peur qu'une telle décision soit interprétée par leur entourage comme le signe d'une infection à VIH, dont la révélation a souvent des conséquences sociales dramatiques pour les familles. Dans les villages environnants Namakkal des familles ont été expulsées par leur voisinage et des enfants se sont vus refuser l'accès à l'école.

Dans la maternité de cet hôpital, 16% des patientes incluses dans le protocole de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ne reviennent pas accoucher à l'hôpital chargé de leur prise en charge médicale. Dans l'éventualité où ces femmes ont informé l'équipe de leur « choix » de ne pas accoucher à l'hôpital, le comprimé de névirapine leur est remis lors de la dernière consultation prénatale. Il leur est demandé de prendre ce comprimé lors des premières heures du travail et d'informer la matrone de leur infection à VIH. Cette dernière est censée connaître et prendre les mesures appropriées pour se protéger d'une éventuelle contamination. Cependant aucune activité spécifique n'a été développée pour les matrones autour de ce problème. Selon l'équipe chargée d'effectuer le suivi des patientes à domicile, les femmes « perdues de vues » prenaient le comprimé de névirapine en cachette et n'avaient pas les moyens de transmettre une quelconque information à la matrone au moment de l'accouchement. En effet, l'événement de la naissance en zone rurale est « public », et de nombreuses femmes de la famille et amies de la parturiente sont présentes lors de son accouchement.

¹ Voir note 1, page 204.

² J'ai décrit plusieurs aspects liés au traitement social de l'épidémie à VIH en Inde et à la mise en œuvre de ce programme de soins dans Hancart Petitet, Samuel et al (2009) et Hancart Petitet (2006., 2009).

Au total, des contraintes économiques et sociales poussent les femmes à accoucher à la maison ou dans des lieux autres que ceux où se déroule le programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH (Vijayakumari et al, 2004). Pourtant, jusqu'à présent, aucune mesure préventive n'est envisagée, en Inde, dans le « système de naissance » à domicile, et ni les femmes infectées par le VIH, ni les matrones n'ont le plus souvent de connaissances au sujet de cette infection. Dans notre village d'étude, par exemple, la plupart des femmes et des matrones en avaient entendu parler mais peu connaissaient les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger. Par ailleurs, la somme des tâches domestiques et des tracas du quotidien dont dépend la survie des familles font du sida un problème secondaire face au fardeau de la pauvreté. Dès lors, dans un contexte d'invisibilité du sida, que se passe-t-il, en terme de risques lors des accouchements à domicile ? Pourquoi la rhétorique de la santé publique¹ feint-elle souvent de l'ignorer ?

Pratiques d'accouchement à domicile et transmission du VIH

En zones rurales indiennes, comme dans les autres contextes où l'accès aux traitements antirétroviraux est limité, les pratiques obstétricales ont un impact sur le risque de transmission du VIH au moment de l'accouchement (WHO, 1993; 2004). Ces facteurs sont bien décrits en ce qui concerne le risque de transmission verticale du VIH (de la mère à l'enfant)², et font l'objet de pratiques de protection diverses des soignants en milieu biomédical. Cependant, hormis l'étude menée par Habimana, Bulterys et al en 1994, la question du risque pris par les matrones au moment des accouchements de femmes vivant avec le VIH semble faire l'objet de peu d'intérêt dans la communauté

¹ Voir à ce sujet Fassin (2000).

² En résumé, il est conseillé aux accoucheurs de ne pas avoir recours à l'épisiotomie en dehors d'une indication médicale. La pratique systématique de rupture artificielle des membranes est déconseillée. L'utilisation de produit ocytociques est à éviter. Toute manipulation comme la rotation de l'enfant, en cas d'une présentation du siège, est proscrite. Le recours à la césarienne n'est pas recommandé en tant qu'intervention de santé publique pouvant réduire la transmission verticale du VIH en raison des risques infectieux et hémorragiques encourus lors de cette intervention (WHO, 1993).

scientifique. Pourtant, en Inde de nombreuses femmes villageoises n'ont jamais eu de test, ou ne sont jamais revenues chercher leurs résultats. Ainsi, des actes de manipulation et de contact avec le sang contaminé, le liquide amniotique et le placenta représentent des risques de contamination divers lors des accouchements à domicile que de nombreuses raisons sociales conduisent les femmes et les matrones à ignorer.

J'exposerai maintenant deux catégories de facteurs favorisant la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Avant de traiter des circonstances sociales pouvant être à l'origine de cette transmission, j'aborderai en premier lieu, les facteurs liés aux pratiques obstétricales. En effet, au Tamil Nadu, certaines matrones ont recours à des techniques susceptibles d'augmenter la transmission du VIH lors de l'accouchement. Il s'agit, par exemple, des épisiotomies « à la frappe »¹ qui consiste à une déchirure provoquée du périnée, que certaines matrones réalisent en frappant d'un coup sec la fourchette vulvaire avec l'index et le majeur tendus. Par ailleurs, le moment choisi pour la section du cordon ombilical constitue un autre facteur de risque : en effet, il n'a pas lieu immédiatement après la naissance de l'enfant mais après l'expulsion du placenta. D'un point de vue de santé publique, ce geste fait partie des pratiques à proscrire afin de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant au moment de l'accouchement. Du point de vue des matrones, au contraire, cette coupure tardive du cordon permet de prévenir l'une des complications de l'accouchement particulièrement redoutée en zone rurale à savoir la rétention placentaire². De plus, cette « précaution » permet d'envisager une « réanimation néonatale », si nécessaire, et dont la technique, telle qu'elle nous est rapportée, est la suivante. Si l'enfant ne respire pas, le cordon n'est pas coupé et le placenta est déposée dans une bassine d'eau froide. La section n'est réalisée que lorsque le bébé se met à pleurer. Plusieurs techniques de cet ordre sont utilisées par des matrones en de nombreux endroits du sous-continent indien et dans plusieurs États

¹ Je décris cette pratique dans Hancart Petitet (2009b). Il est probable en effet que ce geste augmente la transmission mère-enfant du VIH au même titre qu'une épisiotomie pratiquée en milieu biomédical.

² En l'absence de traitement (la délivrance artificielle), la rétention placentaire est à l'origine de nombreux cas de mort des femmes en couches considérable dans les zones rurales isolées du monde où les femmes ne peuvent bénéficier d'une évacuation sanitaire et d'une prise en charge médicale.

indiens dont le Tamil Nadu¹. Les travaux en cours, menés par Sagdopal (2006), mentionnent par exemple la pratique de chauffage du placenta, toujours relié à l'enfant. Enfin, le délivre, loin d'être réduit à un déchet impur de l'accouchement, est vu comme une partie du nouveau-né, une entité dont le traitement, au moment de la naissance, est intimement lié à la santé du bébé².

D'autres pratiques des accoucheuses semblent plutôt jouer en faveur d'une modération des risques de transmission verticale du VIH. Par exemple, la plupart des matrones que j'ai rencontrées n'utilisent pas de produit ocytocique pour augmenter l'intensité des contractions utérines, et aucune n'a recours à la rupture artificielle des membranes amniotiques. Elles n'utilisent non plus ni les forceps, ni la ventouse, instruments dont l'usage accroît les risques de passage du virus de la mère vers l'enfant.

Voyons maintenant, en second lieu, comment le contexte social de l'accouchement à domicile peut contribuer à la transmission mère-enfant VIH au moment de l'accouchement. En effet, la construction des rapports sociaux de sexe (le statut des femmes et des femmes enceintes et les prescriptions sociales autour de l'accouchement) le rôle et la disponibilité de la matrone, la construction de ses pratiques de soins dans une situation particulière, les contraintes géographiques et économiques (qui conditionnent le mode de transport de la femme en couches vers l'hôpital), ainsi que les enjeux de sa prise en charge biomédicale sont à considérer. Tous ces facteurs peuvent entraîner des complications obstétricales (en particulier l'allongement du temps de travail) qui influenceront sur la transmission mère-enfant du VIH. Or, les récits d'accouchements difficiles ne manquent pas. Les matrones les expliquent soit par la non-observance des règles alimentaires et de comportement durant la grossesse³ soit par la vengeance d'une *ch-maitāñki*, (femme morte pendant la grossesse ou l'accouchement). De plus, les prescriptions sociales selon lesquelles les femmes en travail ne doivent pas manifester leur douleur font que les soins peuvent être

¹ Il s'agit de l'Andra Pradesh, du Bihar, du Gujarat, du Jharkhand, du Mahashal Pradesh, du Maharashtra, du Punjab et du Tamil Nadu, de l'Uttar Pradesh, et du Bangladesh.

² Les fonctions symboliques du cordon et du placenta au Tamil Nadu sont abordées dans Hancart Petitet (2009).

³ Hancart Petitet et Pragathi (2007).

retardés, la durée du temps de travail anormalement allongée et les complications obstétricales non reconnues par l'accoucheuse et l'entourage familial.

En dehors des contraintes diverses qui orientent les « choix » autour de l'accouchement, d'autres difficultés, conditionnent les pratiques de soins en lien avec la prévention du VIH. Ainsi, dans certaines institutions de soins, comme à la maternité de Namakkal, des femmes ayant reçu un test VIH en consultation prénatale peuvent bénéficier d'une prise en charge médicale si besoin. Il leur est demandé alors de revenir accoucher à l'hôpital. En effet, selon les recommandations internationales de santé publique, l'une des activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH est la mise en place d'un protocole de traitement antirétroviral au moment de l'accouchement¹. Cependant, en Inde, pour les diverses que j'ai évoquées, les femmes ne peuvent pas toujours accoucher dans ces institutions. Dans ce contexte, le Dr. Samuel, directeur du programme HIV à l'hôpital de Namakkal, songeait que les matrones pourraient être incluses dans les programmes de PTME.

Les matrones et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Depuis une décennie, la mise en œuvre de protocoles de traitements antirétroviraux associée à une absence d'allaitement au sein et à une pratique de la césarienne élective (dans certains cas), a conduit à élimination virtuelle de toute nouvelle infection à VIH chez l'enfant, dans tous les endroits, en particulier dans les pays du Nord, où le niveau d'accès aux soins le permet. Dans de nombreux contextes, et surtout dans les pays Sud, les résultats obtenus n'atteignent pas les objectifs fixés en 2001 par la session extraordinaire de l'Assemblée générale

¹ Il s'agit du protocole à schéma court à la névirapine (nom générique) le traitement antirétroviral le plus utilisé dans les pays du Sud afin de réduire la transmission verticale du VIH. Il est le plus simple et le moins cher (4 dollars US par patiente). Ce protocole est connu sous l'appellation HIVNET 012. Il consiste à l'administration d'une dose de névirapine 200 mg à la mère infectée par le VIH en début du travail d'accouchement et une dose de névirapine sirop au nouveau-né (2mg/kg) dans les 72 heures suivant la naissance (Guay, Musoke, Fleming, Bagenda, Allen, et al. 1999).

des Nations Unies sur le VIH¹. En 2005, seuls 11 % environ des femmes enceintes vivant avec le VIH ont accédé à un dépistage du VIH, à un conseil et à des interventions prophylactiques à base d'anti-rétroviraux au cours de leur grossesse (OMS 2007).

Certaines matrones que j'ai rencontrées au Tamil Nadu avaient plus ou moins entendu parler du sida. Par exemple, la matrone Satchadie, « recyclée » dans le cadre de formation dix ans auparavant se souvenaient qu'il s'agissait d'une « maladie de l'accouplement sans relation avec l'enfant ». La vieille Depanchale qui accompagnait les femmes à l'hôpital de Namakkal en avait eu connaissance en discutant avec certains membres du personnel qu'elle connaissait. Elle disait regretter de ne pas avoir plus d'informations à ce sujet afin de pouvoir informer les gens de son village au sujet des soins proposés à l'hôpital. Enfin, Bala Rathnam une matrone maharashtrienne que j'avais rencontrée à Chennai, à l'occasion de la cinquième Conférence Internationale sur le sida en 2005 avait commencé seule une activité de référence des femmes enceintes de son village dans une maternité mettant en place des programmes sida. Plus tard, elle avait été recrutée par l'organisation Prithvi qui recrute et forme des travailleurs volontaires chargés de disseminer des messages d'information et de prévention du sida en zones rurales. En Inde, d'autres ONGs spécialisées travaillent aussi dans ce sens (Kulkarni, Kulkarni, et al 2004; Reedzu 2005).

Ailleurs, certains représentants des institutions internationales de santé publique proposent, afin de palier aux carences des services de santé publics, d'impliquer les tradipraticiens et les matrones dans la lutte contre le sida, par exemple, en Ouganda (Balaba, Judi, King, Kyeyune, and Kasolo 2004), en Afrique Subsaharienne (Homsy, King, Balaba, and Kabatesi 2004), en Tanzanie (Msaky, Kironde et al. 2004) et plus récemment au Zimbabwe (Perez, Aung, et Al. 2008). A l'échelle internationale, le recours aux matrones pour répondre aux

¹ Les déclarants prévoiaient que « D'ici à 2005, réduire de 20 p. 100, et d'ici à 2010, de 50 p. 100, la proportion de nourrissons infectés par le VIH en veillant à ce que 80 p. 100 des femmes enceintes ayant accès à des soins prénatals reçoivent des informations, un conseil et autres moyens de prévention de l'infection à VIH, et en faisant en sorte que les femmes infectés par le VIH et leurs nourrissons aient accès à un traitement efficace afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH (...) » (OMS 2007).

limites des programmes de PTME¹ au Sud rencontre une forte résistance de la plupart des experts en santé publique. Le principal argument avancé est l'échec des formations d'accoucheuses dans la réduction des taux de mortalité maternelle. Constat d'autant plus grave qu'un accouchement représenterait, en l'absence de prise en charge biomédicale, non seulement un risque potentiel de mort différée du nouveau-né (infecté par transmission verticale du VIH), mais aussi un risque de morts maternelle et infantile immédiates, en cas de complication obstétricale. Enfin, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des avortements provoqués sont plus fréquentes chez les femmes vivant avec le VIH (Abouzahr 1998). Face à ces dangers, certains experts préconisent une prise en charge biomédicale systématique pour l'accouchement- des femmes infectées par le VIH (Berer 2003)² en dépit de contraintes bien connues (difficulté d'accès aux programmes de PTME, femmes « perdues de vue », refus du test, impossibilité de suivre les protocoles médicaux...)

Pourtant, de nouveaux modèles de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont été conçus, basés sur le développement de soins décentralisés et fournis à domicile. Ils proposent que ces actions soient menées en collaboration avec les travailleurs médicaux communautaires (Homsy, King, Balaba, and Kabatesi 2004), comme les matrones, auxquelles seraient confiés des objectifs précis: dissémination de l'information sur le sida, identification des femmes enceintes dans le village, contact avec le centre de santé, pratique du conseil et du test, supervision de la prise de la névirapine (Bulterys,

¹ Ces limites, caractérisées par le nombre important de femmes refusant d'être suivies (avant la possibilité d'accéder aux traitements par ARV) (Painter, Diaby, Matia, Lin, Sibailly, et al. 2004) résultaient des carences de soins en général et de soins obstétricaux en particulier (Zucca, Azzimonti, Ciantia, Castelli, and Caracciolo 2004) et de différents problèmes liés à la pauvreté (Skinner, Mfecane et al. 2005; Songok, Fujitama et al. 2003). En Inde, par peur du stigma associé au VIH, de nombreuses femmes ne révèlent pas leur infection à leur conjoint ni aux membres de leur famille (Chandra, Deepthivarma et al. 2003; Deepthivarma, Chandra 2004). De plus, la crainte d'actes de discrimination de la part des soignants est un facteur d'éloignement des services de soins (Steward, Herek, Ramakrishna, Bharat, Chandy, et al. 2008).

² Ces deux références sont toujours d'actualité dans des contextes où des femmes vivant avec le VIH au stade sida ne bénéficient pas de traitement antirétroviraux. Pour des informations relatives aux dernières conduites à tenir le lecteur pourra consulter le rapport Yeni (2008).

Fowler, Shaffer, Tih, Greenberg, et al. 2002). Récemment, au Zimbabwe, dans un contexte de crise économique ayant pour effet de diminuer le nombre des consultations prénatales et des accouchements en institution, et d'affecter ainsi la mise en œuvre d'un programme de PTME, Perez, Aung et al (2008) ont mené une étude de faisabilité relative à l'implication des matrones dans ce domaine. Ils concluent à la pertinence de cette stratégie à la fois souhaitée par les femmes et par les matrones. Enfin, Kongnyuy, Mlava et al (2009) qui ont analysé les causes des décès maternels au Malawi concluent à la nécessité de former et d'impliquer les villageois, les guérisseurs et les matrones dans les programmes sanitaires et la prévention du VIH.

En Inde du Sud, une décentralisation des services de PTME, menée en considérant les facteurs d'ordre sociaux évoqués dans ce chapitre pourrait avoir certains avantages. Cette stratégie pourrait avoir le triple effet de limiter les pratiques à risques lors des accouchements à domicile, de faciliter l'accès des femmes au dépistage du VIH et de contribuer à une meilleure prise en charge des mères et de leurs nouveau-nés.

Discussion

Aujourd'hui, le dépistage volontaire du VIH et celui réalisé lors des consultations anténatales représentent un moyen permettant aux femmes de connaître leur statut sérologique et aux États d'estimer les taux de prévalence du VIH dans des sites donnés. Dans certains contextes, les femmes enceintes, dont l'infection à VIH est ainsi diagnostiquée, peuvent avoir accès aux programmes de prise en charge disponibles. Pourtant, dans de nombreux endroits où les femmes n'ont pas accès à ces services, deux stratégies sont envisagées par les experts en santé publique. Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) conduisent à rediscuter et à proposer l'implication des matrones dans ce domaine. Une autre stratégie est apparue en particulier au moment où l'accès universel aux antirétroviraux restait aux portes des pays du Sud. A cette époque, où la PTME était paradoxalement reconnue

comme un objectif majeur pour les organisations internationales de santé publique, alors que la réduction de la mortalité maternelle et infantile ne l'était pas (encore), des programmes de prophylaxie généralisée par la névirapine ont été envisagés. Selon cette stratégie, toutes les femmes enceintes, indépendamment de leur statut sérologique, se verraient proposer un traitement prophylactique par la névirapine (SintI, Dabis et al. 2005; WHO 2002)¹ La mise en place de tels programmes semblait supposer alors une forme d'acceptation de la méconnaissance du devenir des femmes ainsi « traitées » et de leur nouveau-nés. Aujourd'hui devant les objectifs, posés par les décideurs internationaux de santé publique, en terme de généralisation de l'accès aux antirétroviraux cette option semble avoir été abandonnée. Aussi, cette perspective historique, succincte, sur les programmes de PTME dans les pays du Sud nous encourage, à l'avenir, à décrire les causes, les modalités de mise en œuvre et les effets de la « reconstruction » du rôle des matrones dans la santé maternelle et dans le contexte du VIH selon plusieurs angles que je propose d'examiner.

Au delà d'une restriction géographique à l'Inde et thématique autour des problématiques liées au VIH, les reconfigurations du mandat donné aux matrones par les experts de santé publique sont à analyser, en partie, comme le produit des négociations entre les normes internationales qui conduisent, en théorie à ne plus considérer les matrones comme des actrices des soins de santé maternelle, et certaines contraintes des acteurs sur le terrain qui imposent la révision des stratégies, comme l'enrôlement des matrones dans les programmes VIH en témoigne. Par ailleurs, on pourra observer dans quelles mesures le discours produit par la santé publique sur les matrones est sujet à des modifications et à des réorientations en fonction de choix institutionnels divers et de changement de stratégie par rapport à un objectif donné. Par exemple, une attention deva être portée aux pratiques discursives de la santé publique sur les matrones dans des contextes d'émergence de nouvelles épidémies infectieuses, face aux effets éventuels de la crise financière venant altérer les mécanismes actuels de financement d'activités dont l'objectif est de réduire la mortalité mater-

¹ Ces auteurs ont mis en garde contre les éventuelles résistances au traitement que ces prises de névirapine pouvaient occasionner dans le futur. Le guide que l'OMS publié à l'égard du traitement des femmes et des enfants dans les « contextes à ressources contraintes » (WHO 2004) se présentait comme un outil pour cette prise de décision.

nelle¹, ou encore dans des contextes de migrations de populations dues aux changements climatiques. L'exercice consiste alors, comme le formule Margareth Lock, « à décentrer et à historiciser le savoir biomédical » (dans Saillant et Genest, 2005 : 445). Observer, par le prisme des matrones, quand et comment et pourquoi les pratiques médicales dans le domaine de la santé maternelle sont légitimées à l'échelle nationale et internationale conduit par ailleurs à approcher la construction des idéologies contemporaines autour de la reproduction. Ce faisant, comme l'a proposé Fassin (2001) dans un autre contexte, l'étude des discours sur les matrones peut se révéler alors comme une mise en miroirs des « épreuves locales » et des « logiques globales » qui gouvernent les corps. Ce corpus peut présenter un objet heuristique pertinent pour analyser le consensus actuel qui fonde « la santé des femmes dans leur fonction de reproduction » en tant que « langage social », qui renvoie à la notion de construction de sens, et « principe de légitimité » qui sous-entend le choix de priorité. Autrement dit, cette dimension conduit à interroger la fonction politique et sociale de la santé publique qui multiplie les déclarations d'intentions et les tentatives d'actions en santé maternelle et en fait un enjeu majeur pour les pays du Sud, alors que les déterminants mêmes des inégalités qui la conditionnent ne sont guère appréhendés.

¹ Dans le cadre du « Millenium Development Goal 5 » qui prévoit d' « Améliorer la santé maternelle » (WHO 2005). .

BIBLIOGRAPHIE

- ABOUZAHAR, Carla – 1998 Maternal Mortality Overview. Dans: CJL Murray (ed.), *Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Geneva, World Health Organization.
- ASSAYAG, Jackie – 2003 La caste entre histoire et anthropologie. Le « Grand Jeu » interprétatif. *Annales, Histories, Sciences sociales* 4: 815-830.
- BALABA, Dorothy et al. – 2004 *Partnership Between Biomedical Workers and Traditional Birth Attendants; a Strategy to Scale up Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT) in Rural Uganda*. XVth International Aids Conference Abst. n° E12118, Bangkok., 2004.
- BAJPAI Smita & Mira SADGOPAL – 1996 *Her Healing Heritage: Local Beliefs and Practices Concerning the Health of Women and Children: A multistate study in India*. Delhi: Chetna Pub.
- BENOIST Jean, & Alice DESCLAUX – 1996 *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*. Paris: Karthala
- BERER, Marge – 2003 TBAs Cannot be Expected to Carry out HIV/AIDS Prevention Activities for Women Giving Birth at Home. *Reproductive Health Matters* 11(22) : 36-39.
- BULTERYS, Marc et al. – 2002 Role of Traditional Birth Attendants in Preventing Perinatal Transmission of HIV. *British Medical Journal* 324: 222-225.
- CHANDRA, Prabha S et al. – 2003 Disclosure of HIV Infection in South India: Patterns, Reasons and Reactions. *AIDS care* 15(2): 207-215.
- CHASLES, Virginie – 2009 La prise en charge de la maternité en Andhra Pradesh rural. Un exemple de santé maternelle au masculin. Dans: Patrice Cohen (ed.), *Figures contemporaines de la sante en Inde*; pp. 269-287. Paris: L'Harmattan
- CHAWLA, Janet – 1994 *Child Bearing and Culture*. Delhi: Indian Social Institute.
- CHAWLA, Janet – 2006 *Birth and Birthgivers. The Power behind the Shame*. Delhi: Shakti Books
- COHEN, Patrice– 2005 Women, AIDS and Maternity in India: A critical perspective of biomedical and Popular Categories. *Indian Anthropologist* 35(1&2): 53-68.
- DAVIS-FLOYD, Robbie – 1994 The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. *Social Science and Medicine* 38(8): 1125-1140.
- DAVIS-FLOYD, Robbie & SARGENT Carolyn Fishel – 1997 *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross Cultural Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- FASSIN, Didier – 2000 Comment faire de la sante publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante* 7: 58-78.

- FASSIN, Didier – 2001 La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique. In: Bernard Hours (ed.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala.
- GOVERNEMENT OF INDIA – 2005 Annual report 2003-2004. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare
- GUAY, Laura Anne, et al. – 1999 Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *The Lancet* 354: 795-802.
- GUHA, Supriya – 1998 From Dais to Doctors : The Medicalisation of Childbirth in Colonial India. In: Lakshmi Lingam (ed.), *Understanding Women's Health Issues: A Reader*; pp. 145-161. Delhi: Kali for Women.
- GULATI, Ambica – 1999 Birth: In whose hands? *Life positive August*. [http:// www.lifepositive.com](http://www.lifepositive.com) (page consultée le 15.7.05).
- HABIMANA, Phocas, Marc BULTERYS et al. – 1994 A Survey of Occupational Blood Contact and HIV Infection Among Traditional Birth Attendants in Rwanda. *AIDS* 8: 701-704.
- HAFEEL, Abdul & SUMA STagadur – 2000 Monumental Heritage. *Special Issue with the Sunday Magazine From the Publishers of THE HINDU Indian Health Traditions*: Oct. 08.
- HANCART PETTET, Pascale – 2008 Maternités en Inde de Sud. Des savoirs autour de la naissance au temps du sida. Paris: Edilivre
- HANCART PETTET, Pascale – 2009a Traitement social de la naissance dans le contexte du sida. Etudes de cas en Inde du Sud. *Sciences Sociales et Santé* 27: 9-33.
- HANCART PETTET, Pascale – 2009b Transformations contemporaines des pouvoirs, des savoirs et des pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry. In: Patrice Cohen (ed.), *Figures contemporaines de la santé en Inde*. pp. 195-214. Paris: L'Harmattan
- HANCART PETTET, Pascale – A paraître -a Health, social and political issues of Traditional Birth Attendant's training in India. In: L. Pordié, V. Sujatha and H. Naraindas (eds.), *Instituting Cure. Contemporary forms of medicines in India*.
- HANCART PETTET, Pascale – A paraître-b Les derniers jours de Palavankodie. Biographie d'une matrone en Inde du Sud. In: Laurent Pordié and Emmanuelle Simon (eds.), *Figures de guérisseurs contemporains. Le néotraditionalisme en biographie*. Paris.
- HANCART PETTET, Pascale et VELLORE Pragathi – 2007 Ethnographic Views of *valaikappu*. A Pregnancy Rite in Tamil Nadu. *Indian Anthropologist* 37(1): 117-145.
- HOMSY, Jaco et al. – 2004 Traditional Health Practitioners Are Key to Scaling Up Comprehensive Care for

HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *AIDS* 18: 1723-1725.

IPPS – 1995 *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India 1992-93*. Mumbai, India. International Institute for Population Sciences.

IPPS – 2007 *National Family Health Survey (NFHS III). Volume 1 & 2. 2005-2006*. Mumbai, India. International Institute for Population Sciences (IPPS) and Macro Int.

JAFFRÉ, Yannick et al. – 2009 *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*: Faustroll Descartes. Arles.

JEFFERY, Patricia et Roger et al. – 1989 *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London: Zed Books.

JEJEEBHROY, Shireen – 2000 Safe Motherhood in India. Priorities for Social Science Research. In: Radhika Ramasubban and Shireen JJejeebhoy (eds.), *Women's reproductive Health in India*, pp. 134-185. Jaipur & Delhi: Rawat Publications.

KAPADIA, Karin – 1995 *Siva and Her Sisters. Gender, caste and Class in Rural South India*. Boulder USA: Westview Press.

KONGNYUY, EJ, G MLAVA et al. – 2009 Facility-based maternal death review in three districts in the central region of Malawi: an analysis of causes and characteristics of maternal deaths. *Womens Health Issues* 19(1): 14-20.

KING Rachel & HOMSY Jacob – 1997 Involving traditional healers in AIDS education and counselling in sub-Saharan Africa: a review. *AIDS* 11 Suppl A: S181-2.

KULKARNI Smita et al. – 2004 Integrating comprehensive antenatal care: the only way to upscale PMTCT programmes. Abstract n°MoPeB3361. *XV International Aids Conference, Bangkok*.

MAMDANI, Masuma – 2002 *A Decade of Safe Motherhood: Initiatives in India*. London: Centre for Population Studies. School Of Hygiene And Tropical Medicine.

MSAKY Hores Isaack et al. – 2004 Scaling the Frontier Traditional Birth Attendant Involvement in PMTCT Service Delivery in Hai and Kilombero Districts of Tanzania. *XV International Aids Conference Abstract n°ThPeE8084, Bangkok*, 2004.

NACO – 2008 *UNGASS Country Progress Report 2008 India Reporting Period: January 2006 to December 2007*. New Delhi: National Aids Control Organisation Ministry of Health and Family Welfare

OLIVIER DE SARDAN, J.-P. – 1995 *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: APAD Karthala.

OMOWUNMI, Ahmed et al. – 2004 Knowledge, Attitudes and Perceptions of HIV/AIDS among Traditional Birth Attendants and Herbal Practitioners in Lagos State, Nigeria. *African Journal of Aids Research* 3 (2): 191-196.

- OMS – 2007 *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA*. En ligne. whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242596014_fre.pdf. Consulté le 03.03.09. Genève : OMS
- OMS – 2009 *Statistiques sanitaires mondiales*. En ligne www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/. Consulté le 25.06.09. Genève: Organisation Mondiale de la santé.
- ONUSIDA – 2007 *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2006*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
- PACHAURI, Saroj – 1998 Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework. In: Maithreeji Krishnaraj, Ratna M. Sudarshan and Abusaleh Shariff. (eds), *Gender, Population and Development* pp. 310-339. Delhi: Oxford University Press.
- PAINTER, Thomas et al. – 2004 Women's Reasons for not Participating in Follow up Visits Before Starting Short Course Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Qualitative Interview Study. *British Medical Journal* 329: 543-546.
- PENDSE, Vinaya – 2000 Maternal Deaths in an Indian Hospital: A Decade of (No) Change? Dans Berer M et Ravindran S, *Safe motherhood initiatives: Critical issues*: Reproductive Health Matters. London.
- PEREZ, Freddy et al. – 2008 Participation of traditional birth attendants in prevention of mother-to-child transmission of HIV services in two rural districts in Zimbabwe: a feasibility study. *BMC Public Health*. 2008 Dec 5;8:401. 5: 401.
- PEREZ, Freddy et al. – 2004 Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Evaluation of a Pilot Program in a District Hospital in Rural Zimbabwe. *British Medical Journal* 329: 1147-1150.
- PINTO, Sarah – 2008 *Where There Is No Midwife: Birth and Loss in Rural Life in India*. New York: Berghahn Books
- RAHEJA, Gloria Goodwin & GRODZINS GOLD, Ann – 1994 *Listen to the Heron's Words: Reimagining Gender and Kinship in North India*. Berkeley: University of California Press.
- RAMASUBBAN, Radhika & JEJEEBHOY Shireen – 2000 *Women's Reproductive Health in India*. Jaipur & Delhi: Rawat.
- REEDZU, Josephine – 2005 How traditional birth attendants are combating unsafe childbirth and HIV/AIDS. India http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0505informed.htm (page consultée le 26.04.06). Oxfam.
- SAHA, Shelley & RAVINDRAN T.K.Sundari – 2002 Gender Gaps in Research on Health Services in India. *Journal of Health Management* 4(2): 185-214.

- SAILLANT Francine & GENEST Serge – 2005 *Anthropologie Médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Les Presses de l'Université de Laval.
- SINTI, Tin Tin, François DABIS Claude KAMENGA, Nathan SHAFFER & Isabelle F. DE ZOYSA – 2005 Should Nevirapine be Used to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV Among Women of Unknown Serostatus? *Bulletin World Health Organization* 83(3).
- SKINNER, Donald ; MFECANE, Sakhumzi; GUMEDE, Tebogo; HENDA, Nomvo; & DAVIDS, Adlai – 2005 Barriers to accessing PMTCT services in a rural area of South Africa - *African Journal of AIDS Research*, 4 (2) : 115-123
- SONGOK, Elijah M ; FUJIYAMA, Yoshihide ; TUKEI, Peter M et Al. – 2003 The Use of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Rural Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiène* 69(1): 8-13.
- STAUGAARD, Frantz – 1992 Role of Traditional Health Workers in Prevention and Control of AIDS in Africa. *Tropical Doctor* 22(3): 121-122.
- WAYNE T. Steward; Gregory M. HEREK; Jayashree RAMAKRISHNA et Al. – 2008 HIV-related stigma: adapting a theoretical framework for use in India. *Social Science & Medicine* 67(8): 1225-1235.
- UNICEF – 2009 *La situation des enfants dans le monde 2009. La sante néonatale et maternelle* Genève: UNICEF
- VAN HOLLEN, Cecilia – 2003 *Birth on the Threshold. Childbirth and Modernity in South India*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- WALRAVEN, Gijs – 2002 Commentary: Involving Traditional Birth Attendants in Prevention of HIV Transmission Needs careful consideration. *British Medical Journal* 324(7331): 224-225.
- WHO – 2002 *Use of Nevirapine among Women of Unknown Serostatus. Report of a Technical Consultation*, Geneva, 5 & 6 December. Geneva.: World Health Organization
- WHO – 2004 *Guidelines on care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings*. Geneva.: World Health Organization.
- WHO – 2005 *Health in the Millennium Development Goals. Goals, Targets and Indicators Related to Health*. Geneva.: World Health Organization.
- YAO, Michel NK – 2002 Traditional Birth Attendants and Community Health Workers Can in Fact Play a Role in Sensitisation. *British Medical Journal* 324: 222-225.
- YENI, Patrick – 2008 *Rapport du Groupe d'Experts 2008 sur la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH*, sous la direction du Pr Patrick Yeni.
- www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/publications-documentation/publications-documentation-sante/rapports/rapport-du-groupe-experts-2008-prise-charge-

medicale-patients-infectees-par-vih-
sous-direction-du-pr- patrick-yen-
i.html. Consulté le 3.3.09

ZUCCA, Massimo, Gaetano AZZI-
MONTI, Filippo CIANTIA et Al. –
2004 *Integration of PMTCT in the*

*Continuum of Post-Natal Care and So-
cio-Economic Support*. XV Internatio-
nal Aids Conference. Abstract num-
ber: WePeE6882, Bangkok., 2004.
1924-1936. *University of Madras. Tam-
il lexicon*. Madras: University of
Madras

**« THE HEALER WHO HOLDS THE BELLY »
TRADITIONAL MIDWIVES AND BIRTH PRACTICES
AMONG THE BUNONG IN MONDULKIRI, CAMBODIA**

BRIGITTE NIKLES

IN Cambodia, many women deliver their babies at home with the assistance of a traditional midwife¹ who is contacted at least at one point before, during or after the birth. To ask for the support, help and assistance of a traditional midwife is particularly prevalent for indigenous peoples (White J., 1995; Brown et al., 2006). For the Bunong, one of the indigenous minorities in the north east of Cambodia, traditional midwives, or *keru njut ndiill* – the traditional

¹ The term ‘traditional midwife’ is deliberately used in this chapter to refer to the midwives in the villages. It includes midwives who received trainings as well as midwives who never attended any. The term ‘traditional birth attendant’ – often used in the international literature and discourse – is avoided as it stands in opposition to the term ‘professional midwife’. This distinction implies a power relation and hierarchy that “allows government agencies and development planners to support one group while trying to exterminate the other” (Davis-Floyd & Jenkins, 2005 : 1).

healer who holds the belly¹ – have offered their services to pregnant women and mothers as far back as people can remember. Accordingly there is no doubt that the traditional midwives play an integral part during pregnancy, delivery and the time of early motherhood in these communities.² In general, their role is to take care of mothers as soon as labour starts, to massage their abdomen, to cut the umbilical cord, to wait for the placenta to be expelled, to advise the women to drink traditional medicine and to eat the right foods. She prepares *weng oing*, the fire that warms the woman's body and visits her regularly during the first few days after she gives birth. Prenatal visits are only carried out in case of problems and pain. The traditional midwife is usually a relative or a close friend of the family. Even still, she needs to be informed a few weeks ahead of time if the couple wants to call on her skills for the upcoming event.

The end of the midwife's services that she offers during pregnancy, delivery and early motherhood is usually marked with a ceremony. This chapter looks more closely at this ceremony and at the status of traditional midwives within Bunong communities in Monduliri province.

Trends towards marginalization

The indigenous people in Monduliri province are facing increasing pressures caused by fast changing transformations in terms of land issues, immigration, a weak public health system, difficulties of accessibility, international and local agencies and institutions underestimating and ignoring local practices (NGO Forum, 2005: 12; Seidel, 2005: 312; Maffii, 2006: 7). Therefore indigenous communities in the region in general and indigenous women in particular, are challenged and pushed toward the margins (Maffii & Hong, 2008). Moreover, in a context where the health system is weak and villages remote, one of

¹ *Kru njut ndüll* is the Bunong expression for traditional midwife. In Khmer the term *chmoab boran* is used that stands for 'traditional midwife'.

² The generally high activity of traditional midwives is reflected in official statistics. According to the most recent Cambodian Demographic and Health Survey (CDHS, 2006 : 144-145) conducted in 2005, 83.2% of the deliveries in Monduliri are assisted by traditional midwives and 90.6% of newborns are delivered at home (this number includes the percentage of Monduliri and Ratanakiri province).

the main challenges lies in the problem of accessibility. Overall, public health care facilities are difficult to access; the roads are especially in poor condition during the rainy season, the distances wide and health staff often absent from the health posts or health centres. However, even though the villagers sometimes have the opportunity and the possibility to access public health care facilities, they still decide to give birth at home with a traditional midwife. To understand why women hold onto traditional childbirth practices, it is crucial to consider the context – consisting of historical, political, cultural and economic factors – in order to fully comprehend the decision-making processes, opinions and effects resulting from it (Jeffery & Jeffery, 1993; Pelto & Pelto, 1997; Helman, 2000). Although important, presenting this holistic approach would exceed the scope of the present article. Even though this approach will be kept in mind, here, the focus is set on the traditional midwife herself.

Perception of traditional midwives in Asia

Traditional midwives are well-known and found in many rural villages as well as in many urban neighbourhoods worldwide and throughout South-East Asia (Rogers & Solomon, 1975; Rice & Manderson, 1996; Hoban, 2002; Alesich, 2008). However, age, status and skills of midwives worldwide vary considerably. In South East Asia, their prestige and status within the community is generally high and they are often held in high regard about family planning and related matters. Rogers & Solomon (1975: 126) point out two reasons for this. The first concerns their ‘safety’, due to the similarity between their socioeconomic status and lifestyle and those of their clients. The second is related to their ‘competence’, due to their advanced age, religiousness, and special knowledge and skills. Alesich (2008) found similar results while looking at the work of traditional and governmental midwives in Southeast Sulawesi, Indonesia. She concludes that the *dukun*, the traditional midwife, is still widely consulted because of her closeness and relationship to the community in which she lives: “[...] the ideal and practice of village health are embodied in the *dukun*, and her behaviour reflects the strength and authority of local health practices within the village” (Ibid. : 65). Because her identity and skills derive from the village-based knowledge system, her clients consider her

work as generally more effective. In comparison, the governmental midwife is not always available and follows different treatment techniques. She is an outsider in terms of her residency in the village and in terms of her biomedical health practices. The studies resulting from various fieldwork undertaken by Ang (1982), White P. (1995), Townsend & Rice (1996), Crochet (2001) and Hoban (2002) in Cambodia about traditional Khmer midwives and their roles and responsibilities during pregnancy, delivery and postpartum all point out the midwives' general high status within the communities. Ang (1982) looks at spiritual aspects during that time focusing on the positive and negative prescriptions before and after delivery as well as the involved persons, such as the traditional healers and midwives. White, P. (1995) designed her study to investigate traditional Khmer beliefs and practices in order to provide a baseline understanding about women's perceptions of birthing, complications and modern methods of contraception. The results aimed to help to develop maternal and child health programs at the national level. Hoban's thesis (2002) documents the social, cultural and political position of traditional birth attendants in a commune in rural Cambodia and explores their traditional maternity knowledge and practices.

Compared to other regions such as South Asia, the social status among traditional midwives is not as respected as in the findings presented above. In north India and Bangladesh for example, the *dai* usually belongs to a low caste as the contact with blood from birth is perceived as polluting and defiling (Jeffery & Jeffery, 1993; Obermeyer, 2000: 186; Hoban, 2002: 56). Jeffery & Jeffery (1993: 9) argue that the low degree of women's subordination in north Indian societies is closely linked to women's childbearing experiences and to the status of traditional birth attendants.

Among the Bunong it is known that the time around the delivery is highly dangerous for the mother and her child in relation to spiritual intervention. Therefore, we will explore what consequences this insecure period has on the status of the traditional midwife. Our aim is to describe and analyse the link between value and respect given to traditional midwife and the fact that she puts herself in close contact with spirits. As Binder-Fritz (2003: 93) points out, perceptions, opinions and practices relating to human reproduction, as well as role ex-

pectations towards a woman, that are associated with each stage of the feminine life cycle are an integral part of the respective social organisation. These ideas give insights about the ideological and medical worldview, about gender relations and about the economic and political conditions in a particular community.

Objectives and methodology¹

The focus for this chapter is set on the traditional midwife, especially her status in the communities, her role, duties and responsibilities. This research presents one specific ceremony, carried out by the majority of people interviewed, and performed in honour of the traditional midwife a few days after the delivery. Through this event, some of the most relevant issues involved around traditional midwives are revealed.

After a short description of the methodology applied, a portrayal of the Bunong communities in general, and the villages selected, the ceremony is briefly recounted. From this narrative the core subject matters are derived; on one hand the pregnant women and the new mothers, and the traditional midwives on the other. The focus of this ceremony is placed on the necessity to respect all the involved people and spirits, while being fully aware of the effects of death for the community as a whole. The chapter concludes with some open questions and discussion of key issues.

A classical social anthropological approach is used to accomplish the research. The methodology applied includes participant observation, semi-structured and open-ended interviews, key informant, expert and group interviews. On the basis of the women's narratives about

¹ This chapter highlights a few aspects of a broader social anthropological research that is carried out on behalf of Nomad RSI Cambodia (from December 2007 until March 2009) that looks at the Bunong's perceptions, attitudes and practices when dealing with pregnancy, delivery and early motherhood. Nomad RSI is a France-based NGO, established in 1997, which has been working in Mondulhiri province since 2000, focusing on appropriate health education and the improvement of village level health care for ethnic minority groups. The research is supported by the French Embassy in Phnom Penh, Cambodia. For more information see <http://www.nomadrsi.org>.

their birth experiences and the observations made, this chapter seeks to understand their health-seeking ideas and their decision-making processes, to identify the resources mobilized and the social networks engaged when dealing with a delivery. Moreover, to get a broader insight of the present practices, beliefs and perceptions and to take in - to a limited extent - some quantitative data, semi-structured interviews are conducted among the villagers in the respective villages. These surveys include more general questions about health and illness, with the specific focus being on pregnancy, delivery and motherhood. In addition to this research in the selected villages, key informant and expert interviews were carried out with 'professional' midwives in the health posts and health centres, with staff from the referral hospital in Sen Monorom, and with representatives from governmental institutions and NGOs that are working on maternal and child health issues.

The villages where the research was carried out were chosen according to different locations and access conditions to the public health services and facilities. Lauka is the closest village to the provincial capital¹ and can be reached within 10 minutes on a motorbike. The road conditions are good all year round and there is no public health facility in the village. Roveak on the other hand is the most remote of the places selected. In dry season (from November until April), it can be reached by motorbike within five hours (approximately one hour to the nearest health centre or health post), in the rainy season, it takes at least eight hours to get from the provincial capital to Roveak. In all of the sites chosen, indigenous people constitute the majority of the local population.

The next part presents some aspects of the Bunong's social, historical, political and economical life in Mondulkiri and discusses some of the main contemporary concerns, constraints and challenges for the villagers.

¹ Sen Monorom is the provincial capital of Mondulkiri where the only hospital of the province is located. Sen Monorom itself is 380km or a one day journey by car away from Phnom Penh, the capital of Cambodia.

The research was carried out in Mondulakiri province which is located in the eastern highland region of Cambodia bordered by Vietnam to the east and to the south. It has a population of around 56,244 inhabitants and covers 14,682 km² of land which largely consists of forest landscape¹. The roads are often poor, most of the villages remote and isolated and therefore rendering access difficult, especially during the wet season. It is estimated that Cambodia's indigenous population comprises about one percent of the country's total population who live mainly in the north eastern provinces. According to the most recent figures from the Department of Planning for 2008, approximately 60% of people in Mondulakiri province belong to an indigenous group. Most of them are Bunong (52%), Stieng, Kreung, Kraowl, Tampuan make up 1% or less, ethnic Khmers 34%, Cham 6% and Lao 2% of the population. Sen Monorom is the provincial capital, inhabited by approximately 7,000 people.

The Bunong are mainly subsistence farmers. Like other indigenous groups, they traditionally practice swidden agriculture. They also gather forest products for food and sale, raise livestock, and practice fishing and hunting. Today, they still carry out these activities, but some people pursue them more intensively due to technological, economic or environmental developments and changes. Nevertheless, the Bunong are largely dependent on access to natural resources. Guérin (2003) states the following:

“The primary resource of the Mnong² is the forest, from which they draw almost everything they need. The ethnologists speak of “society of vegetation” to mark the overlap of human social life in the framework of the more or less cultivated forest perceived by some groups as controlled by supernatural powers (p. 19)”³.

¹ These numbers are derived from the Department of Planning in Mondulakiri from 2008.

² *Mnong* is another accepted way of calling and spelling ‘Bunong’.

³ « La ressource première des *Mnong* est la forêt, dont ils tirent presque tout ce dont ils ont besoin. Les ethnologues parlent de *civilisation du végétal* pour marquer l'imbrication de la vie humaine et social dans le cadre du végétal, plus ou moins domestiqué, et perçu comme gouverné par des puissances surnaturelles. » Free English .../p.234

Research has shown that resin tapping is a central source of cash income for the Bunong (Evans et al., 2003). Most Bunong families farm hill rice as their main form of agriculture, often inter-cropped with a wide variety of vegetables, though in areas where paddy rice cultivation is possible it is often adopted.

The traditional belief system of the Bunong is Animism. They believe in spiritual forces which are present in the natural environment – like the forest, sky, earth, hills, stones, water and rice but as well in their houses and in household items like jars. These spirits have the power to influence the health, well-being and prosperity of the villagers (White J., 1996; Bequette, 2004) and play an important role during pregnancy, delivery and early motherhood, as these periods are considered to be dangerous in terms of spiritual activity (White J., 1995: 60). It is believed that not only spirits of the natural world influence human behaviour. The spirits of ancestors are highly respected as well, and have the power to protect or to harm people. Therefore, a vast variety of ceremonies are carried out in order to appease these spirits.

Typically, villages are autonomous self-governing entities where village elders exert traditional jurisdiction. A settlement has two to five elders who are designated by community members. They are known for their skills in conflict resolution and for their capacity to take care of villagers' well-being. They implement customary law and can be distinguished from other villagers by their understanding and comprehension of Bunong culture (Maffii & Hong, 2008). Even though they exercise great influence over village life and villagers respect them, their authority is not absolute (Leclère, 1908; Guérin, 2003). Customary law governs different aspects of life, such as social and economic behaviour, and is coupled with obligations to the spirits and to the ancestors (White J., 1996: 353). This is essential in terms of upholding community harmony and traditions. Harmony must be maintained with the world of the spirits. For this reason, the traditional legal system still works because people believe that the spirits will know if a person is not telling the truth or lying in front of the elders who are linked with the spirits and can bring great misfortune to a dishonest person. But traditional leadership and arbitration of

/... suite de la p.233 translation from the original text.

conflicts has been and remains largely in the hands of men (Ironsides, 2007). Even though the Bunong, like other indigenous communities in north-eastern Cambodia, are highly egalitarian in many ways, a strong gender division regarding certain areas, tasks and activities in daily life exists (Berg, 1999: 3). Women and girls are much more involved in reproductive activities¹ than men, but at the same time they take care of many agricultural tasks which result in a heavier workload and less free time for women. The general level of education among the Bunong is low. It is even lower among women. Wealth is traditionally controlled by the wife's family. However, nowadays men increasingly dispose individually of their money without discussing with their wives or other family members. Men seem more easily attracted by consumerism and the new values that market economy brings to the communities. They engage more often in wage labour, market transactions (selling resin, wild animals and especially land for cash) and therefore have assumed control over many high value resources (Bequette, 2004; Maffii & Hong, 2008).

The relationship between men and women is based on the urge of solidarity, especially as they face a harsh and challenging environment. "Solidarity is aimed first at the survival of their family, kinship and group, leaving little room for more mundane considerations" (Maffii, 2006: 72). Despite the gender division of labour, men and women interact as equal, behaving as full members of the same community and sharing the same space without any sign of one gender being submissive to the other. "The indigenous society as a whole does not seem to share the same misogynistic trends that characterise Khmer culture" (Ibid: 75).

To conclude, women do have influential roles in the community such as spirit women and healers, traditional midwives and as the head of the family². Spirit women are usually selected by the spirits through dreams. They are able to cure sickness caused by spirits and black

¹ Reproductive activities include running the household, like cooking, collecting firewood, fetching water, cleaning etc. Productive activities on the other hand consist of planting rice and vegetables, weeding, collecting wild vegetables and fruits, looking after pigs and chicken, fishing etc. (Berg, 1999: 3).

² Recent research showed that the roles of women leaders in indigenous communities are diverse and differ from village to village as well within the families in each village (Ironsides, 2007).

magic or any other kind of inexplicable illness. As head of the family, women are responsible for looking after the children, collecting firewood, cooking, fetching water, managing the family's property, leading the family ceremonies, and supervising much of the family members' activities (Ironsides, 2007).

Nevertheless, the fast changing environment is strongly affecting indigenous women. "Indigenous women have been forced to find new sources of livelihood and have multiplied their activities and intensified their work and skills. The system of belief, their identity and their social status within the communities have been strongly shaken by these changes" (Maffii, 2006: 7). At the same time, a trend toward the disruption of solidarity links between men and women has been noted in some communities. The status of indigenous women is transforming and weakening, even though the consequences of this remain to be fully understood.

The *keru njut ndüll*, the traditional midwife, holds a central role for women and their families in Bunong communities before, during and after childbirth. As Bunong communities, like other indigenous groups in this region, are highly based on reciprocity (White J., 1995: 23f.), arranging a ceremony post-delivery is indispensable, mainly to thank the traditional midwife but as well to express gratitude to all the other relatives who supported the woman during and after delivery. The family has to repay the services offered by the traditional midwife during the time of pregnancy, delivery and *weng oing*¹. This ceremony marks the end of the traditional midwife's engagement with the mother and her family². In order to understand her roles and responsibilities better, the ethnography of the ceremony in honour of her is briefly recounted below. From this narrative, the most relevant issues concerning the traditional midwife are presented and discussed.

¹ *Weng oing* is Bunong and can be translated as 'lying next to the fire'. The Khmer term is *ang pleung*.

² In case of pain or problems for the mother, the traditional midwife will still come and treat her even if the ceremony already took place.

Ethnography of the *ragnai ngrah*¹ ceremony²

Cam, the husband, is busy. He has just returned from Sen Monorom, the provincial capital, where he bought two chickens and a few litres of *sra sor* (distilled white wine). Children are running around, a few people sitting on the floor, drinking and talking in a lively manner. The wife Peng, mother of four children, is sitting on her bed, separated by a few wooden boards from the rest of the room, holding her three-day old son in her arms. Today, the ceremony for the *keru njut ndiüll*, the traditional midwife, is taking place. It is also the time for her to stop *weng oing*, the roasting. *Weng oing* means lighting a fire under or next to the mother's bed after delivery for around three or four days, or - depending on her health status - even longer. Around her, the preparations are going full steam ahead. Her sister is chopping vegetables, her husband is plucking the chickens, a few children are looking after the fire in front of the house where a big pot full of water is boiling to cook the chickens. People arrive; three wine jars are placed next to the wall and filled up with water. Chuch Den, the *keru njut ndiüll*, is laughing; she assisted the delivery together with another midwife. Because labour lasted for two days, Cam, the husband, called the second one to have additional help, skills and advice. However, the two midwives could not help Peng to proceed with the birth, and at the end they decided to ask for the Khmer nurse in the village who gave Peng an injection in order to open her cervix. Finally, Peng delivered a healthy baby without any further difficulties. However, Chuch Den was the one who the mother contacted during pregnancy when she felt strong pains in her abdomen. At that time, Chuch Den came to see Peng in her house and relieved her discomfort by massaging her belly with strong but precise movements. Furthermore, Chuch Den was also in charge of looking after the mother during *weng oing*. During these three days of *weng oing*, the mother and her baby are especially vulnerable to any kind of spirit intervention. In par-

¹ *Ragnai ngrah* is Bunong and can be translated as 'the ceremony to thank the people and the spirits'.

² The ceremony took place in Lauka on the 17th of January 2008.

ticular *ndreng oing*, the fire spirit, is feared, as this spirit can cause the mother and her baby to die if it enters their bodies. To prevent any kind of spirit interference, a ceremony is usually done before the delivery, during the mother's eighth month of pregnancy. For this event, the *keru boran*¹ ties strings around the pregnant woman's waist, ankles, wrists and neck to set boundaries for the spirits. Despite this protection ceremony, it is absolutely necessary that the midwife and the husband are always around the mother and her child after she gives birth. They have to take care of them and make sure that no spirits grasp the opportunity to enter her body. So today is the time to repay the midwives' services by arranging the ceremony. Besides the *keru njut ndiill*, relatives and friends are invited to join the celebration. As visitors arrive, they are offered *sru sor*, glasses of alcohol which are emptied quickly. The smell of food spreads throughout the room, plates are filled up with rice, and more alcohol is served, this time from the wine jars. But before opening the jars, it is necessary to pray to the spirits, to thank them for their help and support. Cam prays loudly together with a few relatives, offers a small part of the chicken to the spirits and spreads some drops of blood on the pot. Next, the visitors are invited to drink rice wine with a straw out of the jars and as soon as everybody has arrived, people start to eat. After the feast, bowls of uncooked rice with money on top are prepared and handed over by Cam to the midwives, their husbands and to the relatives who were present during the delivery. The mother joins the group and sits down with her son in her arms. It is the first time since her delivery that she leaves her bed. The visitors start to bless the mother by holding a piece of cotton sprinkled with some spit on her forehead, wishing her good health and all the best for her child. The mother does the same to them and expresses her gratitude for all their support and help. The baby is blessed by tying a string with some money around his wrist which was dipped in blood and wine, and the visitors wish the baby a healthy, lucky and wealthy life. Peng starts to recall her experiences and memories from

¹ A *keru boran* is a traditional healer.

the delivery, telling those present how she felt, what she did and who came to help her. The atmosphere is very cheerful and happy. The party goes on for hours, but even though the ceremony will be completed soon, Peng is still not able to leave the house for another five days. Her body is not dried yet, an expression that refers to her bleeding, which means that she could attract the spirits attention to her, putting everybody in the village in great danger of death.

In order to understand the different meanings, values and necessities behind this ceremony the following sections put the various elements in a broader context and setting. The purpose is to explore why the traditional midwife is so valued, respected and consulted in the visited villages and what kind of considerations influence the villager's decisions and strategies when dealing with delivery and motherhood.

The necessity to respect the traditional midwife

During pregnancy, Bunong women visit a traditional midwife only in case of pain and indisposition as this state is seen by the villagers as 'natural' and 'normal', not usually requiring medical care. Through massaging the abdomen and the provision of traditional medicine the midwife releases her from discomfort. At the moment when labour starts, it is the husband's duty to look for the midwife and call her to their house. The midwife never assists a delivery at her own initiative, even if she knows that a woman is giving birth soon. The husband has to call her, anything else is considered impolite. In case the traditional midwife is not at home, he will try to find her in the fields, in a neighbouring village or wherever she could possibly be at that moment. If she is not available, they will have to call another midwife or any woman regarded to have the necessary skills. In most cases, more than one traditional midwife is present in any given village, some more experienced than others. Those with more experience are more often called to assist during the delivery. The couple will choose the one they know best; sometimes she is a relative or a very close family friend.

As soon as the midwife arrives at the woman's house or birthing hut, she starts to check her abdomen and massage it. She asks the hus-

band to boil water, she puts a string from wall to wall where the mother can pull herself up during her pains; she washes her hands and cleans the bed. After the baby is born, the umbilical cord is cut with a blade and tied with cotton and strings. The placenta, together with the cord, is buried next to the house. The husband places a branch of a thorn tree on top to avoid animals from eating it. Some people use a special hut for the delivery that is built a few weeks before, and where the woman stays until she is allowed to go outside again and return to her house. Losing blood after the delivery can attract the spirits and therefore puts the women in danger. The use of a birthing hut is not practised by everybody in the same way. Some people move to this hut, which is usually situated next to their house, only for the birth itself and as soon as the baby is delivered return to their home. Others stay in the hut for several days, together with their husband and children. The reasons for using a birthing hut are various. Depending on the family size, a couple sometimes prefers to have a quiet place. It is very common to have up to 10 people living in the same house and often, they do not have separate bedrooms but all sleep in the same room only using curtains to have some privacy. Other people reported that giving birth in the house could cause problems with the house spirits as they do not like to be disturbed; therefore, they would use a birthing hut. Another significant reason to sleep in this hut concerns the risk of maternal death. In case the mother dies during delivery, the family has to burn the entire house and all the belongings of the mother and her family. To avoid such an immense material loss, some women deliver in a separate, very basic furnished and set up building. Therefore, some people use a simple birthing hut so that, in case of the death of the mother, they are not obliged to destroy the whole house. Occasionally villagers do not dare to go inside and visit the mother and baby if she stays in the main house for fear of the spirits. Therefore, the birthing hut is seen by some people as a place where there is less potential for spiritual interference, to create some privacy or to avoid losing all their belongings in case of maternal death.

Regardless of whether the villagers use a birthing hut or not, they all practise *weng oing*, the roasting. This practice is common throughout Cambodia, as well as South-East Asia (Hoban, 2002 : 1¹; Meng Tarr

¹ Hoban quotes Manderson, 1981; Laderman, 1983 for Malaysia; Tran, 1999 .../p.241

& Vuthy 2006). As soon as the baby is born, the traditional midwife lights a fire either under or next to the mother's bed. As the body is believed to be cold after the delivery because the mother loses a lot of blood, the heat of the fire is needed for warmth, to bring back the mother's strength, energy and good health. The firewood is selected carefully by the traditional midwife. Commonly, three different types of trees are used: *dam pom*, *dam kreng* and *dam ragaa*. Often, if there is time, the midwives produce the charcoal themselves. Charcoal brings the advantage of less smoke and it is easier to burn. Burning other types of wood can irritate the woman's skin. Burning the wood of *choat* tree is very dangerous as the smoke is poisonous and attracts the *feng ndreng* (wood spirit). If this happens the mother can suddenly die: the *feng ndreng* smells the smoke, moves towards the place and enters her body. Den, one traditional midwife in Lauka, once experienced the death of a mother that was caused by the wood spirit.

“I don't know who burnt this wood, something went wrong. Maybe it was the husband. So the *feng ndreng* was attracted by the smell of the burning wood and it entered the woman's body. The woman behaved like crazy, like she took drugs or anything. There was a knife next to her and she tried to kill herself. At this stage, nobody can help her. The spirit is not dangerous for people around her. They try to help her, but actually they cannot do anything for her. I don't know how this spirit looks like, if it is a man, a woman or a creature. Nobody knows it.”

Besides maintaining the fire, the midwife massages the mother's abdomen several times per day. The frequency depends on her health status and level of pain. The pressure applied by the midwife is deep, strong and very precise and the mothers feel relief afterwards. The traditional midwife also prepares traditional medicine for the mother and advises her how to take it. Most of the women interviewed use parts of bark from three different trees. These pieces are either mixed with local distilled wine or prepared as hot tea. The purpose of taking it varies: it is either used to enhance the production of breast milk, to have good health in general, to encourage a healthy appetite, or to

/... suite de la p.240 for Vietnam; Cabigon, 1996 for the Philippines for further reading.

clean the body from the remaining blood in the mother's abdomen. It was also reported by a few women that they eat *kun*, a certain kind of ginger after the delivery to prevent spiritual activity¹. The midwife also gives the mother advice on her diet and explains what kind of food she is allowed to eat. During pregnancy women are not restricted to certain kind of dishes. After the delivery, their diet is generally reduced to rice, salt, some kinds of fish, pork and beef. Vegetables are often not eaten as it is believed to be a cause of diarrhoea for the baby.

On the fourth day after delivery, the husband arranges the *ragnai ngrab* ceremony for the midwife. Some families organize it at a later point in time, depending on their financial situation. This is a very important and big event, practised throughout all the villages included in this study. For the first-born baby the sacrifice of a pig is required as the family is very relieved that everything is over and has gone well, since the first delivery is considered more risky than those that follow. For the next children, they only sacrifice chickens². Depending on the family's economic condition, the event can either be held in a small family circle or involve many relatives, friends and neighbours with a lot of food and alcohol provided for the guests and visitors. However, it is of central importance that the traditional midwife is present, as well as the relatives who supported the woman during delivery and the following days.

The way of becoming a traditional midwife varies and it is possible for any women to acquire these skills. Either a woman gains the knowledge from an experienced midwife, who does not necessarily need to be a relative, through accompanying and watching her, or she has to support the woman because nobody else is nearby, as certain situations require. One woman in Valyeung village described how she had to help her sister deliver. They were in the field far away from the village, they did not have any means of transportation to return home and there was nobody else around to help. Therefore, she acted as the midwife and since that time people call her to assist deliveries. Additionally a few women reported that they were called by the spirits to

¹ More explanation about the use and purpose of *kun* will follow in the next chapter.

² The bigger and more valuable the sacrificed animal, the more important is the ceremony. This applies for every kind of ceremony among the Bunong.

become a traditional midwife or had a specific dream. One traditional midwife from Lauka village recounted the following story:

“I had a dream. At that time I was 27 years old and not yet married. In this dream a woman came to me and handed me over a gourd filled with uncooked rice. The woman asked me to press on the gourd; if the rice dispersed it would be a sign to become a traditional midwife. I pressed on it and the rice dispersed. Thus, the woman said, it would be very easy for me to become a traditional midwife. The dream did not teach me what to do to assist a delivery, but after that I just started doing it. I observed other midwives through which I gained my knowledge.”

Once a woman is recognized by the community as a midwife, it is impossible for her to refuse to attend a delivery. One midwife in Lauka village shared the following:

“In fact, I don’t want to be a traditional midwife anymore because it is tiring and I am already old. But the neighbours keep on calling me, they ask me to come when somebody is in labour, so I cannot refuse. But assisting at a delivery is very exhausting. Sometimes I have two women in one night and I cannot sleep and I am very busy.”

Most of the people interviewed stated that they prefer to deliver at home in the presence of a traditional midwife than going to a public health facility outside of the village. They feel more comfortable with her and all the relatives are around to help and support. Sometimes, the villagers mentioned the high costs of delivering at the hospital or the health centre which includes transportation, medicine, payment for the delivery itself (which is between 10’000 and 20’000 Riel, approximately 2.5 - 5 US\$) and the cost of living in the health facility for the husband or other relatives. However, if this is compared with the costs of a ceremony for the traditional midwife which includes 20’000 - 30’000 Riel (5 - 7.5 US\$) for the midwives, small amounts of money for relatives present during the delivery, a pig and/or a few chickens, the jars of rice wine, the local distilled wine and the food provided for the visitors, it can be estimated that a delivery carried out in the village is more expensive than one in the hospital. One can

argue that this preference relates to the problem of accessibility, as roads are often poor and it is difficult for a woman in labour to travel long distances. But in fact, if women do give birth at the health facility, they will still perform a ceremony after returning home. Therefore, the choice of the place has no influence on whether a family carries out a ceremony or not; they will do it in any case. As a result the expenses are higher when a woman gives birth at the health facility because the costs are almost doubled due to the added expense of the ceremony performed upon the return home.

Such circumstances certainly affect decision-making regarding delivery choices; however beliefs and practices surrounding the spirit world need to be taken into account as well. For some villagers religious aspects play a significant part for their considerations.

The need to respect the spirits

Among Bunong community, illness in general is often understood to be caused by the anger of spiritual forces, especially in long-enduring cases which cannot be treated, and where the causes are unknown and inexplicable. The time during and after delivery is considered as potentially very dangerous for the mother and her child in relation to spirit intervention (Ang, 1982; White, J., 1995; White, P., 1995; Crochet, 2001; Hoban, 2002; Brown et al., 2006). These authors have all conducted research about women, pregnancy and delivery in Cambodia. Despite different settings, all talk about the precarious situation regarding spiritual activity in this specific stage of life. White J. and Brown et al., in their studies concerning indigenous people in Ratanakiri province, found that most pregnant women contact the traditional midwife as their first choice. If they have a problem and her treatment and advice do not help, next they look for the traditional healer to find out what kind of spirit is causing the problem and which steps need to be taken: “Only once the sacrifice had been performed would the woman be allowed to leave the village to seek ‘modern’ health care (Brown et al. 2006: 214)”. White J. (1995) states that “children are considered more vulnerable and prone to sickness caused by particular spirits” (Ibid: 45). Hoban (2002) and Crochet (2001) researched the role of traditional midwives in Khmer com-

munities and found similar results regarding the danger of spirits¹. “These spirits are all harmless if properly propitiated”. However, if individuals or families disrespect, anger or fail to thank the supernatural beings, retribution in the form of illness or death could befall the perpetrator or their family (Hoban, 2002 : 142f.). White P. (1995) also mentions the vulnerable state of women during pregnancy and early motherhood that is connected with possible attacks by spirits or ghosts.

Therefore, it is essential to set boundaries of protection for mothers that prevent spirits from entering her body, making her physically and mentally sick or leading her to death. One protection ceremony is carried out in the eighth month of pregnancy where the *keru boran* (traditional healer) ties strings around the woman’s wrists, ankles, waist and neck. At the time of the delivery, a few branches of thorn bushes are put under the bed, near or under the house to avoid the appearance of spirits, as they like to eat the blood that might have dropped during delivery. The protection from the strings is often renewed a few days after the child is born, by tying new strings around the mother’s body. Some villagers do the protection ceremony in any case; others perform it only if the woman has a problematic pregnancy.

One of the spirits that is feared the most is *ndreng oing*, the fire spirit. It is the one that is primarily present during the delivery and the phase of *weng oing* as the fire is constantly burning. If this spirit enters the mother’s body, people reported that she will fall unconscious, talk in a strange way as if she were another person or walk around in the birthing hut or the house. This puts her at great risk of death. One woman recounted a time when a woman tried to pour petrol onto the fire in that state. It was also reported that if the fire spirit appears, the mother will see a rainbow or a flame. The *ndreng oing* can only be seen by the women giving birth and is not visible to any other person. Yet having the fire is obligatory as the mother depends on it to recover from the strain of labour. As we have seen above, certain types of firewood draw the attention of malevolent spirits. So, although keeping the fire going is necessary in this situation, it is watched carefully, and both the husband and midwife stay with the mother at all times.

¹ In present day Cambodia, the Khmer are rooted in an animist folk religion. Theravada Buddhism co-exists with Animism (Hoban, 2002 : 129).

In addition to the protection through the strings, there is another way to keep the fire spirit away during delivery. The *keru bom*¹ chews on a piece of *kun*² (a kind of ginger) and spits it on the mother's forehead which will keep the fire spirit away. Various types of *kuns* exist that are used in different ways and for numerous reasons. Some of them are used for 'simple' diseases such as fever, headache, stomach pains etc. and some of them only if spirits or black magic are involved (Schmitt, 2004: 59; Crochet 2005). Similarities can be found in Crochet's thesis (2001) about Khmer beliefs and practices during and after childbirth. Although she makes no reference to fire spirits, she discusses one specific feminine spirit that is able to attack the mother only during the roasting period. This spirit is called *priei krola phleung* and represents the spirit of a woman who died during the roasting. It comes to take revenge on the parturient mother who becomes a *priei krola phleung* in case that she dies. One recognizes its emergence if the mother falls in a state of delirium rolling her eyes and insulting the people around her. Measures that are taken to prevent these spirits from approaching the house are comparable to some Bunong practices: either boundaries are set around the woman and the door or certain thorn bushes are put next to the house.

The mother is not allowed to leave the house for around ten days after the delivery, nor is she allowed to wash herself or her clothes next to a well, pond or river. Her blood would contaminate the water sources, anger the spirits and attract their attention. "The mother can only leave her house and wash herself at the well when her body is dried and not weak anymore", as one villager stated. But she is allowed to receive visitors in her home and contact with her is not considered dangerous for them. For her bath, hot water is used together with sour leaves that are believed to have a revitalizing effect on her body. She can shower inside the house or hut wherever she wants. If she still feels weak, her mother, husband or the midwife will help her bathing.

¹ The *keru bom* is different from the *keru boran*. Both are traditional healers, but while the *keru boran* gained his skills and knowledge through studying and accompanying another *keru boran*, the *keru bom* was selected and taught by the spirits in the dream. The *keru bom* is usually called if the sickness is believed to be caused by spirits or black magic.

² In Khmer the term *protiel* is used.

Although in a different context but regarding the significance of blood, it was found that human blood – in this case from parturition – can also be a source of power. For this reason, one has to be careful about who comes into contact with this blood. Obermeyer (2000: 186) showed that in Morocco spilled blood during pregnancy can be used for sorcery to create a dispute between the new mother and her husband. This fact has consequences for the traditional midwife and her status in the Moroccan context: it is crucial to call a midwife who can be absolutely trusted, and she is the only one who washes the mother's clothes and stays with her a few days after the delivery. The midwife's role in this case is far from being despised but rather she is a person with whom the mother has a special bond of trust. Moreover, if a woman cannot find the right midwife, she would rather go to deliver at a public health facility than risk becoming a victim of black magic.

These spiritual beliefs play a strong role in the decision-making processes of villagers when they decide where to give birth, who to involve and how to behave. However there is another level of spiritual beliefs relating to the death of a woman in the village, or to the death of somebody outside the village as presented in the next section.

The case of maternal death

Fear of maternal death is overwhelming. If a woman dies during pregnancy, delivery or shortly after, nobody from the village is allowed to attend the funeral except the closest relatives. Friends and neighbours are prohibited from entering the family's house or joining the ceremony. All personal belongings of the mother have to be burnt, including all the assets owned by the rest of the family members and the house itself. Ignoring this rule puts every villager in great danger of death as these effects attract the bad spirits. As we have seen, this fear of losing property can be a motivation behind choosing to carry out the delivery in a birthing hut. For the funeral, when the closest family members bury the mother, a large ceremony must be carried out, including the sacrifice of a buffalo or a cow in order to satisfy the spirits. The mother's death can be explained in

different ways: either the ceremony during the eighth month of pregnancy was not carried out or not in the proper way, the mother might have done something to anger the spirits (for example not respecting the rules concerning the forest spirit), or another person may have cast black magic upon her. Moreover, it is not only death that is feared, but also the possibility of dying outside the village. If anyone dies outside the village, the whole community lives in danger. The family of the dead woman will be held responsible for any accident, serious problem or unlucky event that might have affected other villagers after her death. For all these reasons the ceremony is imperative and unavoidable. Everybody has to take part in this ceremony and if they do not, every villager puts him or herself at great risk of death. For this reason, villagers are reluctant to take the risk of leaving the village and it is evident that decisions have to be made not only considering individual thoughts but communal wellbeing in the sense of what is best for the whole village.

These spiritual concerns and their consequences strongly influence the Bunong's decision-making processes regarding choice of delivery location. The likelihood of giving birth in a public health facility is clearly reduced.

Discussion

The ceremony for the traditional midwife is an important event. First, it is necessary to repay the midwife's services, for her time and skills used during pregnancy, delivery and early motherhood. During that time, she is a central person for the family and the woman. She contributes to the woman's and the baby's wellbeing, making them feel comfortable, creating a space of intimacy for them and providing advice for medicine, food and drink. Even though the traditional midwives interviewed share some general characteristics in how they assist a delivery, they do have different levels of expertise, functions and roles. Jeffery & Jeffery (1993) point out the importance of identifying the variations that exist in non-Western birthing practices and criticize the predominating «generalization that have become commonplace in the literature on midwifery and childbearing in non-Western contexts» (Ibid.: 26). In accordance with this statement, the

heterogeneity in the roles of people who provide birth assistance has already been demonstrated in previous anthropological research on birthing (Davis-Floyd et al., 2001: 8). For the Bunong, some midwives have more experience, some have broader knowledge of traditional medicine, and some have the skills to set protection boundaries for the spirits to prevent spiritual interference. The process of learning and the motivation to become a traditional midwife also differ. Furthermore, some midwives have received trainings and delivery kits from national training programs while others have either never been invited to such training, or have refused to take part in them. Those who rejected training said that they did so because they already knew best how to assist a delivery, that they had years of experience and saw no incentive for changing their practices and attitudes. Despite this heterogeneity, the traditional midwives enjoy a high status within their communities; they are respected, totally accepted, and their advice much sought-after and followed.

The Bunong do use modern medicine, in fact they are keen on taking all kinds of pills and getting injections. During the research, nobody was interviewed who followed just one medical system. People use their medical resources pragmatically, as well as simultaneously. They usually combine different paths of treatment – in the traditional and the biomedical way –, and if one method does not have an effect on the patient's health status, another way is sought. Indigenous peoples in general in Cambodia, and Khmers, have behaved this way for some time (White J., 1995; Hobson, 2002; Baird, 2008: 332). Practices transform as a result of expanding alternatives, improved and increased access to medical information and education, enhanced quality of care and through interacting with other people (Obermeyer, 2000). Therefore, one should not assume that the Bunong follow rigid ideas about health and illness but have flexible views on how to perceive, evaluate and react to feelings of sickness, depending on the situational context and the general conditions that shape these interactions and negotiations. For this reason, the villagers do not only use either the traditional or the biomedical path but often a combination of different, sometimes opposite approaches. However, this raises questions about why villagers do not use public health care facilities more frequently when dealing with

pregnancy, delivery and early motherhood, especially if taking into account the various complications they face¹.

As outlined above, spiritual beliefs have a strong influence on how villagers decide and use their possible health care options. Anxiety of angering the spirits, dying outside one's village and maternal death are widespread in the communities. This fear is not only reflected in the individual consideration for decision-making but has a strong influence on the community. Thus the community can exert forceful pressure on the individual and the family and compel them to stay in the village or carry out specific ceremonies. In addition, using a traditional midwife to assist a delivery is common and has been so for some time. Wiley's study (2002) describes different factors influencing people's likelihood of using biomedical maternity care. She concludes that communities with strong traditions of using traditional midwives meet the introduction of biomedical facilities with indifference, which has also been found in this study, to an extent. However, discussing only the strong culture and traditions for not using public health facilities is too simplistic. As Obermeyer (2000: 182) argues, such a culturalist trap should be avoided, as well as its opposite – the view that culture does not matter. Multiple factors influence and affect people's behaviour and decision-making and “an important point in understanding the role of culture is that it must always be seen in its particular context” (Helman, 2000: 4). The poor health condition of a certain population or their disinclination towards visiting a public health facility can never be seen as the sole result of culture, instead their economic and social situation needs to be looked at. Other issues that must be considered for the study presented here are a lack of transport and the inaccessibility of public health facilities, low trust in ‘modern’ systems as well as in the ‘professional’ staff members themselves, and other economic and financial constraints such as the necessary expenses to stay in the hospital or health centre coupled with the additional ceremony back at home.

As it is well known that the majority of women in Mondulkiri prefer to deliver at home, different agents in this area deal with ‘traditional birth attendants’; they develop training programs and give education

¹ Almost every woman interviewed reported to have lost at least one child, either during pregnancy or shortly after the delivery.

in safe delivery practices, prenatal and postnatal care¹. However, little information exists about the Bunong and their customs, beliefs and perceptions regarding pregnancy, delivery and early motherhood. Attempting to estimate the influence that TBA (traditional birth attendant) training has had on the traditional midwives' practices and behaviours is difficult. Many of the interviewed trained midwives stated that, from their point of view, they did not change anything. Den from Lauka village explained it as follows:

“I didn't change the way I assist a delivery. They [the people who trained her] provide me with a kit (soap, knife etc.). I think these things are very useful. And at the training they explain everything about hygiene. Now, I have to note the date of the delivery and the weight of the baby. After, I will give this information to the hospital. If I report back to them, they will provide me with more material. But I don't know the difference between me and the midwife in the hospital; she only has more modern material.”

However, Den for example, is now much more respected in her village because she has received various trainings. When pregnant women and mothers in this village are asked which traditional midwife they would choose to assist their delivery, the answer is usually Den. She is considered more competent and able to deal with difficult situations than other midwives from the same village. Even though traditional midwives do not always believe that their practices changed noticeably as a result of trainings and courses, there was an effect on how some villagers perceived, respected and valued the midwives' status, skills and role.

¹ The first TBA trainings in Mondulkiri were done by Médecins du Monde in 1998. After they stopped in 2002, the Provincial Health Department (PHD) and the Operational District (OD), supported by the NGO Health Net International, continued that work with TBAs. In early 2009, Health Net International handed their activities over to the PHD and the OD. Recently, Health Unlimited initiated different workshops for TBAs in two districts, not only focusing on safe delivery practices but as well on exploring the relationships between the villagers and the public health system.

This chapter presents some findings from a broader, ongoing research about childbirth practices, perceptions, attitudes, decision-making processes and transformations related to pregnancy, delivery and early motherhood within Bunong communities in Mondulkiri province, Cambodia. The main findings for this chapter include the following aspects. Many factors influence the decision-making processes of villagers when deciding who to contact and where to give birth. The most important point concerns the feeling of comfort, safety and security in a well-known environment – women want to deliver in their village, surrounded by family and relatives at home, or near to it. Due to the potential danger of spiritual interference, pregnant women and new mothers like to have the traditional midwife nearby. She is the one who can be trusted and asked advice; she is experienced, knows how to react and what kind of measures to take. Even though the *keru njut ndüll* gives instructions to the prospective mother and the relatives present, she does not put herself in a superior position as the woman can set her own pace and can have a say in the process. For example, she and her family have to determine the moment to call the midwife, they decide who to choose, where to give birth, if they want to have a spirit protection ceremony or not and who else to involve in the procedure. This reinforces the traditional midwives' status within her community. This chapter has reflected on the high levels of respect granted to the traditional midwives. On the other hand, economic, infrastructural and social factors are also significant as the individual considers difficulties with pressure of the community, lack of transportation, inaccessible roads, the disapproval towards public health facilities and their respective staff, additional costs, poor knowledge about basic health problems and issues. In this sense, villagers' decisions depend on various internal and external factors and in each case, they have to judge the specific circumstances.

In conclusion, I would like to present three points which merit further attention and which should be included in future research and investigation in this field. First, we may consider that the general high status of Bunong women correlates with the high status of traditional midwives in a community. Even though this research has generated

insights about the women's status within the communities and the traditional midwives' status in particular, there is more to learn about her position, her roles and responsibilities, her power and influence on people's decision-making and how this status of women in general correlates with the midwives' status. Wiley (2002) has shown that women's and children's health and ability to get medical care are highly dependent on the power and status that women hold in a given society. Therefore, further examination of the status of women, their power seeking strategies, and their general roles in decision-making should be given additional attention.

Another point concerns the issue of counselling. The interaction between patient and caregiver needs to be investigated further to obtain a better understanding of their roles and duties, and their social, religious and symbolic values. In reference to the present study, the relationship that is entertained between the traditional midwife and the pregnant woman should be given closer attention in order to discern the interaction between them, their ways and patterns of communication, the consequences driven out of this exchange and to recognize how other people are integrated into this dialogue.

As a third point the circumscription and depiction of any health related event – in this case the delivery – needs to be mentioned. It was observed that such a verbalization usually happens after the recovery in front of relatives and involved people. It was witnessed during the ceremony for the traditional midwife that the new mother, her female relatives and the midwife were talking, exchanging and recalling the experiences they made a few days ago. The same was noticed after a man recovered from a long-lasting illness. He organized a ceremony to thank the spirits for his convalescence. After the praying and drinking part, he sat together with all the involved people and started to share their memories and experiences. A third example of such a verbalization was noticed during a funeral, when the widow and her relatives started to talk about how and why the death occurred. Therefore, the relation between this recall and the associated event needs to be investigated further in the field of the anthropology of birth. The analysis of its dynamics, patterns, extent and necessity appears to be an important point to understand the respective health system. Consequently, such considerations might again generate more

information and insight about health seeking behaviour, especially about the traditional midwife and her functions, as the *keru njut nduill* is one of the important people during this process of verbalization.

Résumé

Chez les communautés Bunong dans la province du Mondolkiri, au Cambodge, les femmes accouchent le plus souvent à domicile avec l'aide des matrones. Pour ces populations, les institutions de soins sont difficilement accessibles et les taux de mortalité maternelle et infantile restent très élevés. Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement sont perçus comme un état de grande vulnérabilité aux esprits malveillants, que le savoir-faire d'une matrone est à même de contenir. Aussi, l'événement de l'accouchement est appréhendé comme une mise en danger de la femme, du nouveau-né et de la communauté. Dans ce contexte, la matrone est vue à la fois vue comme une personne de confiance et d'expérience qui saura prendre les décisions appropriées. Elle est respectée, par ailleurs, parce qu'elle laisse un espace de décision à la femme qui accouche et à sa famille. Par exemple, la mise en œuvre ou non et l'implication des membres de la famille dans la cérémonie de protection des esprits proposée par la matrone relève de leur décision. Nous présentons la cérémonie conduite en l'honneur de la matrone quelques jours après l'accouchement et pratiquée par la majorité des personnes interviewées. L'objectif principal de cette cérémonie est, en retour d'une naissance sans heurts, de témoigner le respect dû aux esprits et à l'ensemble des personnes impliquées lors de l'accouchement. L'ethnographie de cet événement invite proposer des perspectives d'analyse pertinentes au sujet de la construction des pratiques et du statut social des matrones dans cette région du Cambodge traversée par les crises diverses qu'occasionnent un changement social accéléré et sans précédent.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESICH, Simone – 2008 «*Dukun and Bidan: the work of traditional and government midwives in South-east Sulawesi*», in Michael Ford & Lyn Parker (ed.), *Women and Work in Indonesia*, London and New York, Routledge: 61-81.
- ANG, Chouléan – 1982 «Grossesse et accouchement au Cambodge: aspects rituels», *ASEMI*, XIII, 1-4: 87-109.
- BAIRD, Ian G – 2008 *Various forms of Colonialism: The social and spatial re-organisation of the Brao in southern Laos and northeastern Cambodia*, PhD Thesis, Faculty of Graduate Studies (Geography), University of British Columbia.
- BEQUETTE, Todd – 2004 *A Livelihood and Gender Study of three Bunong kroms, Mondulkeiri province, NE Cambodia*, Phnom Penh, International Cooperation Cambodia.
- BERG, Conny van den – 1999 *Gender and Natural Resource Management in Ratanakiri*, Ban Lung, CARERE Ratanakiri.
- BINDER-FRITZ, Christine – 2003 «Gender, Körper und Kultur. Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen», in Thomas Lux (ed.), *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Berlin, Reimer: 89-121.
- BROWN, Eleanor, GODDEN, Cindy & Noun SOPHEAK – 2006 «Uniting indigenous communities in Cambodia to claim the right to maternal health care», *Gender & Development*, 14 (2): 211-222.
- CROCHET, Soizick – 2001 *Etude ethnographique des pratiques familiales de santé au Cambodge*, Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Paris X. UMR 7535, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative. 2001. 847 p.
- CROCHET, Soizick – 2005 «La légende du roi des protiel. Notes sur une plante dite magique au Cambodge», in Laurent Pordié (ed.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala : 81-98.
- DAVIS-FLOYD, Robbie, PIGG, Stacey Leigh & Sheila COSMINSKY – 2001 «Daughters of Time: The Shifting Identities of Contemporary Midwives. Introduction», *Medical Anthropology*, 20 (2-4) : 105-139.
- DAVIS-FLOYD, Robbie & Gwynne L. JENKINS – 2005 «Midwifery», in *Sage Encyclopedia of Anthropology*, Sage Publications.
- EVANS, Tom D., HUOT Piseth, PHET Phaktra & Mary HANG – 2003 *A Study of Resin-Tapping and Livelihoods in Southern Mondulkeiri, Cambodia, with Implication for Conservation and Forest Management*, Phnom Penh, Wildlife Conservation Society.

FUREY, Alison – 2004 *Evaluation of the impact of Health Unlimited's Traditional Birth Attendant Training Programme in Rattanakiri Province, Cambodia 1996 – 2004*, Phnom Penh, Health Unlimited.

GUÉRIN, Mathieu – 2003 *Des casques blancs sur le Plateau des Herbes. La pacification des autochtones des hautes terres du Sud-Indochinois, 1859-1940*, Thèse présentée pour l'obtention du grade de doctor en histoire, Université Paris 7-Denis Diderot, France.

HELMAN, Cecil G. – 2000 *Culture, Health and Illness*. London, Edward Arnold.

HOBAN, Elisabeth – 2002 *We're safe and happy already. Traditional birth attendants and safe motherhood in a Cambodian rural commune*, PhD Thesis, Department of Public Health, University of Melbourne.

IRONSIDE, Jeremy – 2007 *The Role of Women in Traditional Systems of Conflict Resolution and Leadership in Indigenous Communities in Rattanakiri Province, Cambodia (Draft)*, Phnom Penh, Action Aid.

JEFFERY, Roger & Patricia M. JEFFERY – 1993 «Traditional Birth Attendants in Rural North India. The Social Organization of Child-bearing», in Shirley Lindenbaum and Margret Lock (ed.), *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley, University of California Press: 7-31.

JORDAN, Brigitte – 1993 *Birth in four cultures*, Prospect Heights, Waveland Press [first ed. : 1978].

LECLÈRE, Adhémard – 1908 *Les Pnongs. Peuple sauvage de l'Indo-Chine*, Paris, Leroux.

MAFFII, Margherita – 2006 *Women's Voices: Women in Indigenous Groups and Ethnic Minorities in Cambodia*, Phnom Penh, Women Media Centre of Cambodia.

MAFFII, Margherita & Sineath HONG – 2008 *Promoting Political Participation of Indigenous Women in Cambodia*. Phnom Penh, Heinrich Böll Foundation.

MENG TARR, Chou & Horng VUTHY – 2006 *Making Motherhood Safer: A gender sensitive appraisal of the effectiveness of service delivery for maternal health care and budget allocation for reproductive health*. Phnom Penh, Ministry of Women's Affairs.

MINISTRY OF HEALTH – 2001 *A TBA case study in three provinces in Cambodia: Svay Rieng, Rattanakiri and Kampong Chhnang Provinces*, Phnom Penh, National Reproductive Health Programme.

2006 *Report of Comprehensive Midwifery Review*, Phnom Penh, Ministry of Health.

NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS [CAMBODIA] AND ORC MACRO – 2006 *Cambodia Demo-*

graphic and Health Survey 2005. Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA, National Institute of Public Health, National Institute of Statistics and ORC Macro.

NGO FORUM ON CAMBODIA – 2005 *Rethinking Poverty Reduction. To protect and promote the rights of indigenous minorities in Cambodia. A human rights approach to land and natural resource management*, Phnom Penh.

OBERMEYER, Carla Makhlof – 2000 «Pluralism and Pragmatism: Knowledge and Practice of Birth in Morocco», *Medical Anthropology Quarterly*, 14 (2) : 180-201.

PELTO, Pertti J. & Gretel H. PELTO – 1997 «Studying Knowledge, Culture, and Behavior in Applied Medical Anthropology», *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 11 (2): 147-163.

RICE, Pranee L. & Lenore MANDERSON (ed.) – 1996 *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies*, Amsterdam, Overseas Publishers Association.

ROGERS, Everett M. & Douglas S. SOLOMON – 1975 «Traditional Midwives and Family Planning in Asia», *Studies in Family Planning*, 6 (5): 126-133.

SARGENT, Carolyn & Grace BASSCOPE – 1996 «Ways of Knowing about Birth in Three Cultures», *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 10 (2) : 213-236.

SCHMITT, Antoine – 2004 *Etude ethnobotanique auprès des minorités ethniques de la province de Mondolkiri, Royaume du Cambodge. Des représentations locales des maladies à l'utilisation des plantes médicinales: points de vue de la population et des thérapeutes traditionnels dans le cas du paludisme, des fièvres et des troubles de l'appareil digestif*, Mémoire pour le Diplôme Universitaire d'Etudes Complémentaires en Ethnobotanique Appliquée, Lille, Université du Droit et de la Santé.

SEIDEL, Katrin – 2005 «The role of CBNRM in the recognition of indigenous land rights in Cambodia», in CBNRM Learning Initiative, *The Development of Community Based Natural Resource Management (CBNRM) in Cambodia. Selected Papers on Concepts and Experiences*, Phnom Penh : 305-326.

TOWNSEND, Kimberley & Pranee L. RICE – 1996 «A baby is born in Site 2 Camp: pregnancy, birth and confinement among Cambodian refugee women», in Pranee L. Rice & Lenore Manderson (ed.), *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies*, Amsterdam, Overseas Publishers Association : 125-144.

WHITE, Joanna – 1995 *Health and healing amongst the hill tribes of Rattanakiri province, Cambodia*, Rattanakiri, Health Unlimited, Integrated Health Programme.

WHITE, Joanna – 1996 «The indigenous highlanders of the north-east: An uncertain future», in

Centre for Advanced Studies, *Interdisciplinary Research on Ethnic Groups in Cambodia*, Papers prepared for the National Symposium on Ethnic Groups in Cambodia. Phnom Penh, Centre for Advanced Studies : 333-374.

WHITE, Patrice M. – 1995 *Crossing the River: Traditional Beliefs and Prac-*

tices of Khmer Women During Pregnancy, Birth and Postpartum. Phnom Penh, National Maternal and Child Health Centre.

WILEY, Andrea S. – 2002 «Increasing use of prenatal care in Ladakh (India): the roles of ecological and cultural factors», *Social Science & Medicine*, 55 : 1089-1102.

QUE FONT LES MATRONES EN TEMPS DE GUERRE ? ÉTUDES DE CAS DANS LE CHIAPAS MEXICAIN ET AU BURUNDI

PIA MARIA KOLLER

LORS de conflits armés, les femmes sont souvent amenées à assurer la survie de leurs proches et parfois de la communauté tout entière. Il leur arrive d'assumer un rôle actif même après la phase aiguë du conflit¹. Lors de mon travail dans diverses zones de guerre², j'ai remarqué que les matrones étaient particulièrement engagées. En tant que membres de la communauté, elles sont

¹ Les organisations humanitaires devraient reconnaître et soutenir davantage cette capacité des femmes au lieu d'insister sur leur rôle de victimes. L'étude du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) intitulée *Les femmes face à la guerre* (CICR, 2001) a contribué à mieux faire comprendre les besoins des femmes et les façons dont elles vivent la guerre. Notons que, dans ces situations, les femmes et les enfants sont souvent considérés comme faisant partie d'une seule et même catégorie, bien que leurs besoins soient différents.

² Lors de mes missions CICR en tant que déléguée santé et anthropologue, j'ai travaillé surtout en Amérique latine et, plus récemment, en Afrique.

souvent les seules à pouvoir assister les femmes en couches, car le conflit, la politisation touchant l'accès aux soins, la raréfaction des services de santé et leur coût rendent difficile l'accès aux services médicaux, voire impossible dans certains cas. Les guerres entraînent souvent une déstructuration des liens familiaux et du tissu social. Elles ont tendance à exacerber les inégalités préexistantes dans les relations de genre (dans le domaine sanitaire en particulier), ce qui peut avoir pour effet d'augmenter le nombre des actes de violence commis contre des femmes. De ce fait, les matrones que j'ai rencontrées jouaient un rôle actif aussi dans d'autres domaines que la santé. Elles apportaient en particulier leur aide à des femmes en situation de vulnérabilité telles que les veuves, les femmes déplacées et les femmes chefs de famille. Elles intervenaient comme médiatrices dans les conflits intrafamiliaux et offraient un soutien aux femmes ayant subi des violences. Ainsi, il m'a semblé que la guerre avait un effet sur la redéfinition du rôle social des matrones et de leur identité.

Dans le cadre de mon travail pour le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), j'ai réalisé plusieurs études anthropologiques consacrées à l'impact de la guerre sur les femmes¹. Mon rôle était de mieux saisir les besoins de ces dernières, afin de définir des stratégies d'intervention en leur faveur. Ma recherche au Chiapas (Mexique) en 1999-2000 rendait compte de l'impact d'une situation de troubles politiques internes sur la vie des femmes. Au Burundi, en 2003, je me suis intéressée à la problématique des femmes violées dans le cadre de la guerre. Dans les deux cas, j'ai élaboré une proposition de projet dans laquelle les matrones jouaient un rôle central². Les pages qui suivent rendent compte de mon expérience avec elles dans le cadre de ces deux projets. Les informations présentées proviennent de mes observations, des entretiens réalisés sur le terrain, des comptes rendus rédigés par mes collègues chargés de la mise en œuvre des projets, et de la littérature scientifique consacrée au sujet.

La première partie du texte concerne les matrones d'une région montagneuse du Chiapas et l'évolution de leur rôle, ainsi que les événements liés à la grossesse et à l'accouchement dans l'histoire récente de la région, c'est-à-dire avant et après le soulèvement de *l'Ejército Zapa-*

¹ Pour plus d'informations sur ce sujet, consulter le site : www.cicr.org.

² Ces projets ont été mis en œuvre par d'autres professionnelles médicales du CICR.

*tista de Liberación Nacional*¹ en 1994. La distinction ainsi établie entre « temps de paix » et « temps de guerre » est toutefois fictive et vise surtout à faciliter la lecture. Nous nous trouvons en réalité face à un processus continu² plutôt qu'à des séquences distinctes. Ceci vaut aussi pour les relations entre la population indigène et le système de santé, notamment en ce qui concerne les difficultés d'accès des femmes aux institutions sanitaires publiques.

Le fait que les zapatistes refusent aux populations vivant sous leur contrôle d'utiliser les services gouvernementaux, ainsi que des scissions au sein des communautés, ont renforcé l'importance du rôle social joué par les matrones dans ces zones. Si, durant les périodes considérées, les matrones ont vu leur rôle se modifier, parfois de façon subtile, nombre de leurs activités restent néanmoins les mêmes.

La seconde partie du texte est consacrée à l'une des conséquences directes d'un conflit armé : la violence sexuelle à l'égard des femmes et des filles. L'impact de ce genre de violence ne se limite pas aux niveaux physique et psychologique, mais se répercute aussi sur la position des femmes et des filles dans la famille et la société. Quelles sont les stratégies des femmes du Burundi et, en particulier, des matrones, face à cette problématique ? En effet, ces femmes se confient surtout aux matrones, qui connaissent leur vie intime, les soutiennent, les accompagnent vers des structures de soins médicaux, les rassurent et essaient de trouver des solutions à leurs divers problèmes. Dans les cas où une femme est rejetée, la matrone peut s'engager dans un rôle de médiatrice entre elle, sa famille et, parfois, les autorités.

Nous verrons donc que si, dans une situation de conflit armé, les femmes sont plus exposées à certaines souffrances - le veuvage, la pauvreté, la marginalisation, la violence sexuelle -, elles font en même temps preuve de courage, de ténacité et d'ingéniosité face à l'adversité. Au Chiapas, les femmes indigènes participent de plus en plus à la vie sociale et politique, tandis qu'au Burundi de nombreuses femmes se sont organisées en associations d'entraide et en faveur de la paix.

C'est aussi dans ce cadre que le rôle des matrones a progressivement évolué.

¹ Dans le texte, j'utiliserai l'expression « mouvement zapatiste ».

² L'histoire du Chiapas au cours des siècles passés est marquée par des rébellions de la population indigène contre le pouvoir hégémonique des blancs.

Les matrones au Chiapas

Le projet en faveur des matrones déplacées de la municipalité de Chenalhó favorise l'accès aux soins pour les femmes enceintes et en couches. Il s'inscrit parfaitement dans le mandat du CICR¹. Il convient de rappeler qu'à partir du soulèvement du mouvement zapatiste en 1994, les institutions gouvernementales n'ont eu accès ni aux régions sous influence de ce mouvement, ni aux camps de personnes déplacées zapatistes. La Croix-Rouge mexicaine a pris en charge les services de santé primaire et les urgences sanitaires dans ces camps². Le projet de formation³ des matrones est conforme au cursus de formation du ministère de la Santé mexicain⁴, qui a pour objectifs d'améliorer les conditions de santé des femmes enceintes, de reconnaître à temps les facteurs de risque et de garantir un système d'évacuation des cas d'urgence vers des hôpitaux. Quant au CICR, sa présence dans les camps et, en particulier, son accès aux femmes déplacées ont été précieux pour assurer la protection de cette population.

Los Altos du Chiapas

Le Chiapas est, avec Oaxaca et Guerrero, l'État du Mexique dont le pourcentage de population indigène est le plus élevé⁵. Dans la municipalité de Chenalhó — située dans la région montagneuse de Los Altos, au nord-est de San Cristóbal de Las Casas — le taux de population indigène (dont la majorité appartient au groupe ethnique tzotzil)

¹ Le mandat du CICR est fondé sur le droit international humanitaire (Conventions de Genève et Protocoles additionnels). Les articles spécifiques relatifs à la protection des femmes dans un conflit armé sont indiqués dans la publication CICR *Répondre aux besoins des femmes affectées par les conflits armés : un guide pratique du CICR*, 2004.

² Ses activités sont suivies et soutenues par le CICR, qui a notamment géré le projet en faveur des matrones déplacées.

³ Les modalités de cette formation sont décrites dans la section intitulée « *Les parteras* et le projet du CICR ».

⁴ Cette formation s'inscrit dans le cadre plus général de la lutte contre la mortalité maternelle. Le Mexique a adhéré en 1993 à l'initiative onusienne « Safe Motherhood » lancée en 1987.

⁵ Il s'agit des groupes ethniques des Tzeltales, Tzotziles, Choles, Tojolabales, Kanjobales, Mames et Zoques.

atteint 98,43 %¹. Il s'agit d'une région fortement marginalisée² (Freyermuth, 1993 : 26). Seuls 25 % des enfants de moins de 5 ans ont un poids normal. L'écart nutritionnel entre les sexes se creuse dès la petite enfance³. Ainsi, à Chenalhó, les filles continuent à se marier tôt (environ 15 ans), et deviennent mères en étant de petite taille et anémiques⁴. À cela s'ajoute le facteur de risque lié aux grossesses trop rapprochées.

À Chenalhó, la mortalité maternelle est la deuxième cause de décès des femmes entre 15 et 29 ans. Les chiffres officiels de cette mortalité (INEGI, 1995) diffèrent selon les régions. Ainsi, dans certaines municipalités de Los Altos, les décès maternels atteignent un taux de 180 pour 100 000 naissances vivantes⁵ ; dans l'État du Chiapas, le pourcentage est de 90 pour 100 000 et, au niveau national, de 50 pour 100 000. Comme dans de nombreuses régions du monde, et en particulier dans celles qui sont touchées par la guerre, ces chiffres ne reflètent guère la réalité. Pour Graciela Freyermuth (2000 : 39), le pourcentage de mortalité maternelle au Chiapas serait sous-estimé de 70 %. Il arrive souvent, en effet, que les filles ne soient pas déclarées à la naissance et que, plus tard, parce qu'elles ne sont pas scolarisées, elles ne figurent pas non plus dans les statistiques concernant les maladies et les décès.

¹ Ce taux est de 35,2 % pour l'État du Chiapas et de 10 % au niveau national (recensement national, 1990).

² Le degré de marginalisation est calculé sur la base de quatre facteurs socioéconomiques : l'éducation, l'alimentation, le revenu et la densité de population. Ainsi, dans la région de Los Altos, un tiers de la population économiquement active ne dispose d'aucun salaire et 40 % reçoit un salaire inférieur au salaire minimal national (Freyermuth, 2000 : 80).

³ À cet égard, j'ai pu observer que les hommes et les garçons étaient servis les premiers lors des repas. Selon Freedman et Maine (1993 : 149), dans les contextes caractérisés par une forte mortalité féminine, l'alimentation des filles est insuffisante, en quantité et en qualité.

⁴ L'OMS considère que ces deux facteurs sont responsables d'éventuelles complications pendant la grossesse et l'accouchement (Jacobson, 1993 : 9-20).

⁵ Le bureau européen de l'OMS indique pour les pays faisant partie de l'Union Européenne un taux moyen de 5 pour 100 000 en 2005 (www.who.org).

Une représentation picturale² d'un accouchement à domicile est exposée au Musée de la médecine maya³. La parturiente, complètement vêtue, est en position accroupie. Son époux, assis en face d'elle, la soutient par les bras. Une femme installée derrière la parturiente attend le bébé qui glissera par terre : cela peut être une femme quelconque ou la *partera*⁴, en tzotzil *jnet'um/jtamol*. Ce dernier terme définit ses fonctions : « celle qui sent, masse, accueille et soulève l'enfant ». Certaines *parteras* ont un savoir qui dépasse le cadre strict des pratiques de l'accouchement. Elles ont des connaissances diverses pour établir un diagnostic. Par exemple, elles interprètent les rêves et tâtent le pouls. Ainsi, elles écoutent « le sang qui parle », expression matérielle et tangible de l'esprit humain (Holland, 1978 : 100). Les *parteras* apprennent aussi à classer les maladies et les herbes selon la dichotomie froid/chaud, notion essentielle dans ces populations. Ces *parteras* ont un statut équivalent à celui des *j'ïloles* (guérisseurs)⁵, ce qui leur permet l'accès aux lieux saints. Il s'agit d'un don divin reçu à la naissance et qui se manifeste à travers les rêves.

Juana, une *partera* âgée, m'a raconté que dans son premier rêve une femme métisse lui est apparue en lui disant qu'elle devrait s'occuper des malades : hommes, femmes et enfants. Elle est devenue *partera* parce que « le don de guérir implique une obligation sociale qu'on ne peut guère refuser, sous peine de subir des châtements ». Le savoir divinatoire et thérapeutique peut être transmis aussi de mère en fille. D'autres *parteras* m'ont expliqué avoir appris toutes seules, lors de leurs propres accouchements. De fait, avant d'être reconnue publiquement, une *partera* assiste les femmes de sa propre famille. Ce qui distingue les matrones, ce sont leurs qualités personnelles, notamment

¹ Le terme «matrone» sera utilisé dans des considérations d'ordre général, et «partera» pour le contexte bien précis du Chiapas.

² Les scènes de la vie quotidienne sont présentées au moyen de statues (en grandeur réelle) placées dans des reproductions de paysages et d'habitations de la région.

³ Ce musée est géré par l'*Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas* (OMIECH) à San Cristóbal de las Casas.

⁴ Dans le contexte de l'Amérique hispanique, la désignation populaire de « matrone » est *partera*. Les deux termes sont utilisés comme synonymes dans ce texte. Cela n'exclut d'ailleurs pas qu'il puisse exister des dénominations locales.

⁵ *J'ïloles* ou *j'ïloletik* est le pluriel de *j'ïlol*, « guérisseur » en tzotzil.

le courage et la force, ainsi que l'expérience (Sesia, 1997 : 408). De plus, en vieillissant, la femme acquiert de la vigueur puisque, avec la ménopause, elle accumule le sang - élément de force et de chaleur - qu'elle perdait jusque-là avec ses règles. C'est ainsi que, lorsqu'on choisit un guérisseur ou une *partera*, son âge avancé, synonyme d'expérience et de capacité, est un critère déterminant. L'acquisition du savoir est un processus qui dure toute la vie. Pour avoir accès au monde surnaturel et aux charges magico-religieuses, les *parteras* doivent donc acquérir la sagesse des personnes âgées (Guiteras Holmes, 1996 : 68).

Un autre élément entre toutefois également en ligne de compte. Chez les Tzotziles — mais aussi chez d'autres groupes indigènes du Chiapas — chacun a un animal accompagnateur, le *wayjel*¹. Celui-ci donne de la force à la personne, tout en représentant aussi le côté vulnérable qu'il faut protéger pour conserver la vie (Guiteras Holmes, 1996 : 231). Les personnes qui ont le don de guérir sont accompagnées par des animaux puissants : le jaguar, le chevreuil ou le singe. Ces animaux leur donnent le courage nécessaire pour sortir la nuit et malgré les intempéries. Ceci explique aussi pourquoi les *parteras* jouissent de plus de liberté. Elles sont en effet les seules femmes autorisées par leurs maris à se déplacer seules pendant la nuit. Dans la zone en question, toutefois, ces libertés sont restreintes en raison de l'insécurité.

Grossesse, accouchement et *post-partum*

Selon les représentations populaires relatives au corps, l'homme, dès la naissance, détient en lui plus de chaleur que la femme, puisque son

¹ L'animal accompagnateur est aussi appelé *nahual*, le terme *wayjel* étant utilisé à Chenalhó. Sa relation avec l'être humain est ambivalente — soit protection, soit nuisance à travers des maladies. Il se manifeste davantage pendant la nuit et dans les rêves. Il meurt en même temps que la personne qu'il a accompagnée pendant sa vie (Guiteras Holmes, 1996 : 137, 231). Selon Pitarch (1996 : 78), la possibilité d'une transmission héréditaire des animaux accompagnateurs existe. Cela pourrait expliquer la transmission héréditaire de la vocation des guérisseurs et des *parteras*, qui disposent d'un ou plusieurs *wayjel* puissants.

âme¹ est plus forte. La femme maintient l'équilibre chaud-froid² grâce à la perte régulière de sang (élément chaud) pendant les règles. Lors de la conception, « la chaleur de l'homme s'unit avec le corps de la femme » (Guiteras Holmes, 1996 : 94). Pendant la grossesse, l'interruption des règles a pour conséquence une progressive accumulation de chaleur. Selon William Holland (1978 : 164), le regard d'une femme enceinte est à éviter, l'excès de chaleur de son corps pouvant causer des maladies, notamment aux enfants. Toute femme enceinte est, en revanche, exposée à plusieurs risques d'ordre surnaturel. Par exemple, la vue de l'arc-en-ciel, considéré comme froid, peut causer des complications, sous forme d'enflures abdominales ou d'œdèmes. Les *parteras* appliquent alors des herbes chaudes à titre préventif. Elles conseillent aux femmes enceintes d'éviter les aliments froids et les bains dans une rivière.

L'accouchement représente un passage très délicat d'un état extrêmement chaud à un état froid. Afin de réduire le risque que cela comporte, la parturiente doit être « réchauffée » au moyen d'une chaleur externe, fournie par exemple par des fumigations, des massages, des boissons et des aliments « chauds ». Pour le massage abdominal ou *sobada*, chaque *partera* choisit ses propres remèdes. Les *parteras* mentionnent ainsi l'utilisation de certaines herbes chaudes, de la graisse animale et du *Vicks Vaporub*³. Elles utilisent à la fois des traitements du registre traditionnel et des produits manufacturés en vente sur le marché.

Enfin, lors d'un accouchement à domicile, la parturiente choisit le rythme et les positions qu'elle désire adopter pour soulager la douleur des contractions. Elle décide aussi quand elle veut boire et manger. La *partera* l'accompagne en priant. Les *parteras* connaissent, en effet, les chants et oraisons consacrés aux différents saints. Elles font des offrandes à la *Madre Tierra* sous forme de *posh* (eau-de-vie locale), d'en-

¹ Dans ce cas on parle du *ch'ulel*, substance spirituelle d'une personne (Guiteras Holmes, 1996 : 229).

² L'interprétation du corps, des maladies et des traitements est faite selon cette dichotomie. Par exemple, une maladie considérée comme chaude est traitée avec des herbes froides.

³ Il s'agit d'une pommade vendue dans les officines et sur le marché, et appliquée en cas d'affection respiratoire.

cens et de bougies blanches¹. Une fois l'accouchement terminé, les *parteras* conseillent aux mères de se nourrir d'aliments chauds, notamment de poulet et de *pozol*, une boisson à base de maïs. La *partera* s'occupe aussi du nouveau-né. Elle commence par le sécher. Quand le placenta est expulsé, elle coupe le cordon ombilical. Pendant leur formation, les *parteras* insistent sur le fait que « le cordon ombilical des fillettes doit être plus court sinon elles vont souffrir quand elles accoucheront ». Elles expliquent que si le cordon est coupé avant que le placenta ne soit sorti, ce dernier pourrait « se déplacer dans le corps de la femme et monter jusqu'au cœur ». Si le nouveau-né est froid et respire avec difficulté, elles le réaniment en réchauffant le placenta dans de l'eau chaude ou sur du charbon.

Selon les *parteras*, le père doit suspendre le cordon à un arbre, de manière à ce que « l'enfant devienne habile pour grimper aux arbres et cueillir les fruits ». Le placenta est enterré près du foyer, créant ainsi un lien à vie avec le lieu de naissance. Ceci peut être problématique lors des déplacements, car les femmes n'accouchent plus dans la communauté à laquelle elles sont liées. Dans le passé, les paysans de Los Altos, obligés de se déplacer pour travailler dans les plantations des régions tropicales du Chiapas, conservaient le lien avec leur lieu d'origine grâce au cordon qui y était enterré (Nash, 2001 : 61).

Soins de santé maternels et rapports de genre

Chez les Tzotziles, l'accès d'une jeune femme aux services de santé dépend étroitement des relations qu'elle entretient, après son mariage, avec sa famille d'origine et avec sa belle-famille, avec sa belle-mère en particulier. La prolifération d'églises nouvelles et l'entrée en scène du mouvement zapatiste ont contribué à changer les coutumes régissant les mariages. Jusque-là, l'accord entre les familles du couple et une période initiale de *matrilocalité*² offraient une certaine protection à la

¹ Selon Pitarch (1996 : 82), les bougies blanches symbolisent la vie. Les bougies de couleurs diverses sont réservées aux traitements rituels des maladies ou d'autres malheurs.

² Norme qui prévoit la résidence du couple dans la famille ou le groupe parental de la femme. Chez les Tzotziles agriculteurs, le mari travaille dans les champs de sa belle-famille pendant une année environ, comme « prix de l'épouse ». Ensuite, le couple déménage pour vivre dans la famille du mari.

jeune mariée. D'abord, sa famille natale assistait à sa première grossesse et à son accouchement. Elle pouvait surveiller ainsi le comportement du mari envers sa jeune épouse. Cette dernière avait le temps nécessaire pour établir les bases de ses futurs réseaux sociaux avant d'être totalement intégrée à sa belle-famille. Or, ces réseaux et ces relations familiales ont été mis à mal par le conflit. De même, les divisions intercommunautaires préexistantes — politiques, ethniques et religieuses — se sont exacerbées. Dès lors, une femme qui se marie avec un homme d'un groupe politique ou religieux autre que celui de sa famille d'origine risque de rompre toute relation avec celle-ci. Elle est alors plus exposée à la violence de son conjoint¹.

Le cas de Juana² nous aide à mieux comprendre l'impact du conflit sur les relations entre les sexes et entre les générations. Elle s'est mariée avec un homme appartenant au parti *priíste* (alors au gouvernement) contre la volonté de sa famille, qui fait partie des *Abejas*³. Selon elle, le fait d'avoir été maltraitée par son mari et sa belle-famille est en relation avec son affiliation aux *Abejas*. De plus, elle n'était pas respectée parce qu'elle n'avait accouché que de filles. Sa famille n'avait pas vraiment de possibilité d'intervenir, car cela aurait été trop dangereux de se rendre dans une communauté du parti opposé. Juana s'est réfugiée dans un campement d'*Abejas* déplacés et, ce faisant, a perdu tous ses avoirs.

Le manque de soutien peut devenir particulièrement dramatique en cas d'urgence médicale. De plus, à Chenalhó, les femmes enceintes ne peuvent se soustraire à leur charge de travail habituelle, qu'elles accomplissent souvent en état de malnutrition, conséquence aussi de grossesses trop rapprochées. Ainsi, la majorité des décès enregistrés dans la région de Los Altos sont survenus pendant l'accouchement (65,38 %), suivis par les décès durant la grossesse (17,69 %) et enfin pendant la période du post-partum (12 %) (Freyermuth, 2000 : 125). Freyermuth précise que 10 % seulement des femmes décédées suite à des complications obstétricales avaient pu se rendre dans un service

¹ L'ONG mexicaine *Comité Maternidad sin riesgos* (COLEM) parle de 500 nouveaux cas chaque année depuis 1994.

² Tous les noms de ce texte ont été changés.

³ Les *Abejas* (Abeilles) sont une organisation sociale chrétienne, née en 1992 et basée à Chenalhó. Bien que proches de l'idéologie zapatiste, ses membres ne sont pas armés et se veulent pacifistes.

médical pour accoucher. Même si la femme demande à être transférée dans un hôpital, la belle-famille peut lui refuser cette possibilité.

« Quand mon bébé est mort dans mon ventre, et que je ne le sentais plus depuis quinze jours, j'ai demandé à être amenée chez le médecin. Ils (les beaux- parents) me disaient : "Qu'est-ce que tu vas faire chez le médecin ? C'est mauvais, très mauvais d'aller chez le médecin". » (Freyermuth, 2000 : 427)

Pendant la formation des *parteras*, le bébé d'une des participantes est décédé lors de l'accouchement. Bien que la *partera* chargée de la formation ait insisté sur l'urgence d'un transfert, la parturiente a refusé parce que son mari n'était pas là¹. Les femmes adolescentes, pauvres et analphabètes sont encore plus tributaires du bon vouloir de leur belle-famille. De nombreuses femmes m'ont confirmé que le manque de scolarisation les expose à la violence. Ainsi, une femme déplacée me disait :

« Moi je ne sais rien, c'est pour cela qu'il (le mari) me maltraite. Quand j'étais petite, je voulais aller à l'école... mais mes parents ne m'ont pas laissée. C'est pour cela que mon mari me maltraite, tu vois que je ne sais rien, je suis une sotte. »

Sur les 40 cas de mort maternelle examinés², Freyermuth constate que 75 % concernaient des femmes qui avaient subi des violences pendant la grossesse (Freyermuth, 2000 : 333). Selon les *parteras*, l'avortement et la mort du fœtus sont souvent provoqués par des coups sur l'abdomen. Par exemple, Rosa, une femme déplacée, a été maltraitée par son mari pendant des années. Ses grossesses ne changeaient rien aux habitudes de celui-ci. Elle dit avoir supporté tout cela en silence, sans jamais se confier à personne, parce qu'elle pensait « ne pas savoir parler ».

¹ Comme on l'a vu, une femme a besoin de l'autorisation de sa belle-famille, et notamment de son mari, pour se rendre dans une structure médicale, surtout si cela implique qu'il faut se rendre en ville.

² Graciela Freyermuth a réalisé son travail de terrain dans dix communautés de la municipalité de Chenalhó entre 1993 et 1998. Il s'agissait principalement de reconstituer la vie de ces femmes au moyen d'interviews avec des membres de leur famille, et d'identifier les facteurs qui avaient mené au décès.

L'accès aux soins en temps de guerre

La plupart des accouchements sont suivis par des *parteras*. À partir du troisième trimestre de la première grossesse, le mari ou la belle-mère décide de faire appel à une *partera*. Celle-ci assistera la femme lors de toutes ses grossesses. En cas d'urgence obstétricale, les services de santé ruraux ne sont pas en mesure de faire face, en raison de dysfonctionnements dus notamment au manque de matériel et de personnel qualifié. Par ailleurs, peu de médecins sont employés dans ces institutions¹, et seulement 10 % d'entre eux sont originaires du Chiapas. Ils ne connaissent ni la langue, ni la culture des patientes et ne sont présents dans les centres de santé que le matin. Comme il s'agit principalement de médecins très jeunes², la population les juge peu expérimentés et les considère comme des personnes *qui ne savent rien*³.

L'ensemble de ces facteurs, ajoutés au manque d'égard du personnel gouvernemental envers la population indigène, au non-respect par le gouvernement des accords de San Andrés⁴ et à la militarisation progressive de la région, ont amené le mouvement zapatiste à refuser tout service émanant des institutions publiques dans les domaines de l'éducation et de la santé. Dans les zones sous son contrôle, appelées *caracoles*, ce mouvement a créé ses propres institutions. Une femme zapatiste m'expliquait ainsi :

« Bien qu'il y ait une clinique à proximité, nous ne pouvons pas y aller, parce qu'il s'agit d'une clinique du gouvernement. C'est pour cela que nous ne pouvons pas y aller, nous ne voulons pas. »

¹ Au Chiapas on compte 1 médecin pour 1 178 habitants, mais dans les zones de conflit ce taux n'est que de 1 médecin pour 18 900 habitants (*Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas*, 2000).

² Au Mexique, comme d'ailleurs dans beaucoup de pays latino-américains, les médecins sont obligés d'accomplir une année de service rural avant la fin de leurs études.

³ On a vu l'importance attribuée à l'âge avancé, synonyme d'expérience et de capacité, lors du choix d'une *partera* ou d'un guérisseur.

⁴ Les accords de San Andrés, signés en 1996 par les représentants du mouvement zapatiste et du gouvernement fédéral, prévoient la reconnaissance des droits des peuples indigènes dans la Constitution mexicaine. Des réformes constitutionnelles et institutionnelles auraient abouti à des modifications du pacte social, voire à la fin des inégalités existantes dans la société (Hernández Navarro, 1998 : 9).

Conscients de l'efficacité de la médecine moderne, les paysans de Los Altos craignent néanmoins que la société métisse (et urbaine) ne provoque la mort des indigènes, particulièrement dans les hôpitaux¹. La ville est un endroit que l'on ne contrôle pas, puisqu'on est loin de la famille et de la protection des divinités. Les parturientes, en particulier, refusent l'accouchement à l'hôpital en raison du manque de respect et d'intimité. Non seulement elles doivent se déshabiller, notamment en présence de personnel médical masculin, mais elles doivent se soumettre aussi à des examens gynécologiques répétés, perçus comme inutiles et humiliants. Il convient de se rappeler l'importance du respect de l'intimité de la parturiente par les *parteras*. Une autre raison de refuser l'hospitalisation est la crainte d'y subir une opération de stérilisation². Plusieurs recherches ont mis en évidence le caractère coercitif des programmes de contrôle des naissances - voire de stérilisation - des femmes indigènes dans différents pays d'Amérique latine³. Parmi les 32 *parteras* déplacées du projet CICR, deux ont été opérées⁴, dont une femme de 17 ans mère de deux enfants.

À partir de 1994, la méfiance des indigènes envers les métis est exacerbée. Les zapatistes, mais aussi les *Abejas*, perçoivent désormais les programmes menés par le gouvernement comme des instruments de contrôle politique dont, à l'extrême, l'objectif serait l'anéantissement de la population indigène. Lors des vaccinations réalisées par la Croix-Rouge mexicaine - acceptée en tant qu'organisation neutre -, les mères me confiaient que les vaccins du gouvernement serviraient à tuer leurs enfants et à rendre les femmes stériles. Lorsque je leur expliquais que les vaccins utilisés par les représentants de la Croix-Rouge mexicaine étaient ceux fournis par le ministère de la Santé,

¹ Le taux de mortalité des femmes indigènes dans les hôpitaux du Chiapas est effectivement plus haut que celui des femmes métisses. Les femmes indigènes arrivent souvent dans un état si grave que la mort est presque inévitable (Freyerumth, 2000 : 455).

² En fait, l'opération requiert la signature d'un document, mais comme celui-ci est rédigé en espagnol, bien souvent le mari « signe » sans comprendre le contenu.

³ L'anthropologue mexicaine Soledad González Montes analyse ces aspects dans le cadre d'une recherche concernant les stratégies de santé publique et de lutte contre la pauvreté dans les régions indigènes du Mexique (2002). À mentionner aussi une étude réalisée dans les départements andins du Pérou (Reyes, 2000).

⁴ Elles ont pris cette décision en échange d'une récompense sous forme d'aide alimentaire.

elles me faisaient part de leur manque de confiance envers le personnel gouvernemental. Elles le soupçonnaient d'ajouter des substances nocives à la composition initiale des vaccins. Il ne s'agit pas là d'un refus de la médecine moderne, mais plutôt de la manière coercitive dont elle est pratiquée depuis son introduction dans la région. Cette crainte est renforcée par le fait que les personnes âgées se souviennent encore que, lors des premières campagnes de vaccination qu'a connues la région de Los Altos dans les années cinquante, les médecins étaient munis d'armes à feu (Holland, 1978 : 214).

Par ailleurs, le conflit a créé des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins. Ainsi, les transferts d'urgence peuvent être entravés par les barrages militaires, où les fouilles corporelles constituent un risque pour les femmes. Dans cette région, une femme dispose rarement d'un document d'identité, ce qui la rend encore plus suspecte. Les déplacées rencontrées à Acteal m'expliquaient leurs difficultés de mouvement :

« Nous ne pouvons pas aller très loin. Si nous allons loin, les soldats nous barrent le chemin. On contrôle si tu n'amènes rien dans tes vêtements, on touche même ton corps. Ils te demandent : "D'où est-ce que tu viens? Où est-ce que tu vas ? Qu'est-ce que tu amènes" ? Oui, on ne peut pas se déplacer facilement, nous avons toujours peur. »

La présence de bases militaires à proximité de certains hôpitaux ainsi que la méfiance des autorités et du personnel médical envers les femmes indigènes et les *parteras* originaires des zones de conflit sont également des facteurs à prendre en considération. En effet, même en l'absence de tout affrontement armé, les femmes vivent la présence militaire autour des camps comme une menace constante.

« Nous (les femmes), nous sortons en groupes de trois, quatre, pour ne pas avoir peur. Vous voyez, il y a les soldats. Les soldats ne sont plus bons, ils sont très grossiers. Ce sont des personnes qui manquent de respect. »

Dans une situation de guerre, le recours aux spécialistes traditionnels peut devenir difficile. Restrictions de mouvement et divisions communautaires croissantes modifient les activités des guérisseurs et des *parteras*. Ainsi, les guérisseurs appartenant à des groupes politiques opposés réalisent leurs cérémonies dans des lieux séparés. Lors des célébrations de la fête de la Sainte Croix, le 3 mai, les chamans, *rezadores de los cerros*¹ du groupe *Abejas* ont fait leurs oraisons et offrandes aux divinités sur une colline près du camp. Ceux de la communauté voisine, appartenant au parti du gouvernement, se sont rendus sur une autre colline. De même, une *partera* zapatiste sera rarement appelée pour assister une parturiente d'une famille proche du pouvoir gouvernemental et vice-versa. Tout comme les autres spécialistes traditionnels, la *partera* est choisie selon des critères de compétence et d'appartenance — de lignage, de religion et, plus récemment, de parti politique. Le nombre de *parteras* disponibles pour chacun des groupes s'en trouve limité.

Les *parteras* sont aussi gênées dans l'accomplissement de leurs tâches par les risques mentionnés, qu'il s'agisse d'assister les femmes, de suivre une formation à l'extérieur ou de s'approvisionner en matériel d'hygiène et en herbes médicinales. Ainsi, un médecin de la Croix-Rouge mexicaine, de passage dans une communauté zapatiste, a été appelé pour assister une femme en train d'accoucher seule de son onzième enfant. La *partera*, demeurant dans une autre communauté, ne pouvait pas se déplacer dans cette zone en pleine nuit, alors qu'elle l'aurait fait dans d'autres circonstances.

Théoriquement les *parteras* ne sont pas obligées de résoudre des complications obstétricales — gérées plutôt par les *j'íloles*², les *parteras* ayant un statut de guérisseuses, ou les promoteurs de santé. Néanmoins, en raison du conflit, elles subissent de plus en plus de pressions de la part des familles. Les difficultés d'accès aux services médicaux et la réticence des habitants à utiliser les services de santé étatiques ont pour conséquence une demande accrue de la population pour les services des *parteras*. Dans ce contexte, celles-ci sont facilement tentées d'utiliser des médicaments considérés comme plus effi-

¹ « Ceux qui prient sur les montagnes », spécialistes chargés du bien-être communautaire, des animaux et d'une bonne récolte.

² Voir la note 22 en bas de page.

caces mais dont elles ignorent les risques¹. La plupart des participantes à la formation disaient utiliser jusqu'à trois ampoules d'ocytocine² pour un accouchement. Ce remède est vendu sans ordonnance dans les pharmacies, qui en font la publicité dans les langues indigènes à la radio locale. L'usage massif de l'ocytocine aurait provoqué une augmentation inquiétante de cas de rupture de l'utérus et de rétention du placenta (Freyermuth, 2000 : 177, 375).

Ces malheurs peuvent aussi, selon mes informatrices, être attribués à des causes surnaturelles ou au « mauvais œil », c'est-à-dire le *mal echa-do*. L'insécurité dans les zones de conflit peut renforcer la peur de l'action néfaste des êtres surnaturels, ainsi que la crainte de la jalousie ou du « mauvais œil » de ses propres voisins. Pour le responsable de l'*Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas* (OMIECH), la crainte des *degolladores* — êtres maléfiques qui coupent la tête aux individus qui se trouvent la nuit dans une zone isolée — aurait nettement augmenté dès le début du conflit. C'est là une autre raison pour laquelle les *parteras* évitent les déplacements de nuit.

Lors des sessions de formation, j'avais demandé aux *parteras* de dessiner comment elles se représentaient le corps humain. J'ai pu comprendre ainsi que, selon elles, l'estomac était en relation avec la respiration tandis que le cœur, placé au milieu du thorax, faisait partie du système digestif³. Ainsi, les *parteras* déplacées prétendent que, « quand une femme est triste ou pense trop », elle est peut-être atteinte par le *me'vinic*⁴. De même, « avoir trop de soucis, trop de peur ou de tristesse » peut provoquer des douleurs au cœur et à la tête. Tout cela

¹ L'abus de médicaments — dans ce cas, l'ocytocine — dans les régions pauvres du monde est d'ailleurs bien étudié dans la littérature scientifique. Parmi les travaux, je citerai celui de James Trostle (1993) qui analyse les responsabilités du personnel médical et des spécialistes traditionnels dans l'utilisation inadéquate des médicaments.

² L'ocytocine sert à stimuler les contractions utérines et donc à accélérer l'accouchement et l'expulsion du placenta.

³ Holmes note à ce propos que le cœur est connecté à la tête. Ainsi, les pensées naissent dans le cœur et montent vers la tête (Guiteras Holmes, 1996 : 165).

⁴ Le terme *me'vinic* peut être traduit par « altération ». Il s'agit de l'altération des pulsations situées à l'entrée de l'estomac (aorte abdominale) suite à un état de maladie et de faiblesse ou à des travaux trop lourds. Les femmes sont plus exposées à cette maladie à cause de leurs multiples grossesses. C'est une situation grave qui nécessite le traitement d'un *j'ilol* (Freyermuth, 2000 : 377-378). Selon les *parteras*, pour empêcher que « le *me'vinic* monte dans le corps et provoque la mort », les femmes devraient toujours avoir le ventre bien bandé.

est à mettre en relation avec l'insécurité qui perdure dans la région. Selon moi, le recours à des métaphores permet aux femmes non seulement de parler de questions plus intimes - comme le cycle féminin, la fécondation, la contraception - mais aussi de donner voix à la souffrance due au déplacement. Comme on le verra à propos du Burundi, les matrones partagent ce « travail de la mémoire et des émotions » des femmes dans les situations de guerre. Le discours du corps se sert donc de catégories « élastiques » qui peuvent être réinterprétées selon les circonstances, tout en permettant de donner un sens au malheur qui, sinon, serait inexplicable (Koller, 2006 : 66).

Les *parteras* et le projet du CICR¹

À partir de 1996, plusieurs organisations non gouvernementales² ont analysé la problématique de la mortalité maternelle à Los Altos, et ont constaté qu'elle était sous-estimée. Les résultats ont été présentés lors d'un colloque tenu en novembre 1998 à San Cristóbal de Las Casas et réunissant des représentants de l'Organisation panaméricaine de la Santé, des médecins et de nombreuses *parteras*. À cette occasion, ces dernières ont insisté sur l'importance d'une meilleure préparation en soins obstétricaux car, bien que ce soient elles qui gèrent la majorité des accouchements, même en situation d'urgence, elles ne se sentent pas prises suffisamment en considération par le personnel de santé. Au Mexique, les accoucheuses traditionnelles sont officiellement reconnues³ par le ministère de la Santé à condition d'avoir suivi un cours de formation⁴. Les cours se déroulent en ville et en espagnol. Ainsi, de nombreuses *parteras* en sont exclues parce qu'elles sont analphabètes et de langues indigènes, et parce qu'elles habitent en zone rurale. Même si la formation inclut des stages en milieu hospitalier, cela ne permet toutefois pas aux *parteras* de gagner le respect du personnel médical. En effet, une formation ou un diplôme ne comble pas nécessairement le fossé entre ces deux groupes, creusé par l'inéga-

¹ Comité international de la Croix-Rouge (CICR).

² COMARI (*Comité Maternidad sin riesgos*), COLEM (*Colectivo de Mujeres*) et CIESAS-Sureste (*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*).

³ Règlement du 20 octobre 1976 concernant la médecine traditionnelle au Mexique. Voir OMS, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. Genève, 2001.

⁴ Module national de formation des *parteras* du ministère de la Santé.

lité professionnelle, sociale et ethnique. Augusta, une *partera* déplacée qui, dans le passé, avait effectué des stages dans les hôpitaux de la ville m'a décrit son arrivée à l'hôpital, lorsque, au troisième mois de sa grossesse, des complications étaient survenues :

« Ils (personnel des services d'urgence) nous ont dit simplement : "allez-vous-en". Ils nous ont chassés comme des chiens. Ils disaient qu'il n'y avait pas de lit à ce moment-là. Comment ça se fait que, lors de notre visite (pendant la formation), ils nous ont expliqué qu'en cas d'urgence, ils nous assisteraient tout de suite ? »

Les entretiens avec les *parteras* ont mis en évidence l'importance de soutenir leurs efforts en faveur des autres femmes déplacées, et donc victimes du conflit¹.

Les camps de déplacés de Los Altos comptent environ 4 000 personnes dont 58 % sont de sexe féminin. Selon le coordinateur médical de la Croix-Rouge mexicaine, l'incidence de complications obstétricales parmi les femmes déplacées serait à prendre au sérieux. Cependant, les cas enregistrés² ne reflètent guère la réalité. Selon les médecins, les *parteras* sont celles qui connaissent le mieux cette réalité.

En 1999, le CICR a soutenu deux *parteras* déplacées³ afin qu'elles puissent suivre un cours de formation à San Cristóbal de Las Casas⁴. Suite à cette expérience, l'une d'elles, Maria, a contacté plusieurs autres *parteras* présentes dans les camps de déplacés et qui voulaient améliorer leurs connaissances. Le CICR a alors décidé d'organiser une formation en langue tzotzil⁵ à l'intérieur du camp principal. Le fait d'être proche du travail des *parteras* permet de mieux connaître leurs

¹ Cette expérience m'invite à proposer que l'objectif du CICR au regard de son mandat soit non seulement d'apporter protection et assistance à la population civile touchée par la guerre, mais aussi, comme nous l'avons vu, de faire en sorte que les droits spécifiques des femmes enceintes et des parturientes soient respectés.

² Deux femmes sont décédées en 1999 par suite de complications à l'accouchement et, au cours des deux premiers mois de 2000, 7 femmes ont été évacuées pour des urgences obstétricales.

³ Le CICR s'est chargé notamment des dépenses et du transport des *parteras*.

⁴ Il s'agit d'une formation dispensée par l'ONG *Comité Maternidad sin riesgos* à San Cristóbal de Las Casas.

⁵ Ana, mon interprète tzotzil — qui est aussi *partera* et qui avait travaillé avec les *partenas* lors du cours du COMARI — était disponible comme formatrice.

modalités de travail et leurs besoins. Cela peut favoriser un échange plus égalitaire entre les savoirs : celui des *parteras*, d'une part, basé sur l'expérience, les croyances et les règles communautaires ; et le savoir « officiel » des formateurs, d'autre part, souvent trop hégémonique¹. J'ajouterai que le mouvement zapatiste attribue beaucoup d'importance à la formation, sans toutefois sous-estimer la valeur de l'expérience.

Le choix des participantes a été fait par les deux *parteras* déjà formées, en accord avec les autres femmes déplacées et les autorités zapatistes du camp. L'aval de ces dernières était indispensable, tant pour l'acceptation du projet que pour soutenir les *parteras* dans leurs activités futures. Les représentants du CICR chargés de ce projet exigeaient que les femmes sélectionnées selon certains critères fassent partie de la population déplacée et soient reconnues pour leur engagement communautaire. Sur 36 femmes sélectionnées, 32 ont suivi la formation en entier, 19 étaient des *parteras* expérimentées (entre 27 et 70 ans) et 13 n'avaient pas d'expérience, bien qu'étant pour la plupart filles de *parteras*. Le fait que certaines soient plutôt jeunes et alphabétisées a été considéré par les femmes plus âgées et analphabètes comme un facteur de complémentarité. Selon mon expérience, cependant, toute formation prévoyant la participation de jeunes filles scolarisées mais sans expérience antérieure comme matrones présente le risque de « créer » des matrones, choisies non plus selon les critères traditionnels — notamment le don de guérir — mais selon le critère du savoir « officiel »². Comme l'a montré Pigg dans ses travaux au Népal, ces futures matrones ne seraient pas nécessairement intéressées par les implications sociales de leur rôle, mais plutôt par l'acquisition d'un savoir technique qui leur conférerait un certain statut dans une société où la majorité des femmes sont analphabètes (Pigg, 1997 : 240-241).

La formation des *parteras* est réalisée avec l'aide d'outils pédagogiques comme le dessin et l'utilisation de marionnettes, de fables et de films vidéo. D'autre part, des ateliers (travaux de groupes, exercices pratiques et jeux de rôles) ont favorisé leur participation active. Pour

¹ Paola Sesia (1997) observe que les formations classiques imposent les concepts de la biomédecine, qui tendent à délégitimer le savoir des matrones.

² Dans d'autres contextes, comme chez les Afars en Éthiopie, j'ai noté que les femmes jeunes et sans expérience antérieure étaient difficilement acceptées comme matrones, malgré la formation reçue.

contourner la difficulté de faire participer des femmes enceintes aux séances pratiques, les *parteras* ont confectionné une poupée en tissu traditionnel (avec un ventre « ouvert »), ainsi qu'un nouveau-né et un petit placenta. Le programme¹ a été élaboré selon les lignes directrices du ministère de la Santé mexicain².

Le travail effectué avec les *parteras* ne s'est pas terminé à la fin de cette formation. Il a été suivi de nombreux ateliers et rencontres, et a finalement abouti à la construction de la Maison des femmes, en tzotzil *Sna Antsetik*. Les femmes responsables³ de cette institution soulignent l'importance de pouvoir organiser librement leurs activités⁴ entre femmes. La Maison est le cadre de cours de formations, de rencontres plus informelles et d'activités médicales, comme les contrôles prénatals et les accouchements. Au cours de leur travail de sensibilisation à la vaccination, les *parteras* insistent sur le droit à la santé reconnu par les accords de San Andrés et par d'autres accords internationaux relatifs aux droits des peuples autochtones⁵. Désormais, les campagnes de vaccination des enfants ont lieu régulièrement et, de plus en plus, les femmes acceptent d'être vaccinées.

Le relevé d'indicateurs des deux années du projet indique une augmentation des transferts d'urgences obstétricales aux hôpitaux de San

¹ Ce programme porte principalement sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie reproductives, la grossesse, l'accouchement et le post-partum, la santé du nouveau-né, la nutrition, la contraception et, enfin, le rôle des *parteras* — soit un total de huit ateliers (deux jours par mois). Les modules étaient gérés par la formatrice indigène mentionnée plus haut, en collaboration avec Maria, la *partera* expérimentée. La déléguée santé (expatriée) du CICR n'intervenait que rarement et sur des aspects purement médicaux, s'occupant le reste du temps des questions d'organisation. Les médecins de la Croix-Rouge mexicaine basés dans les camps participaient à des séances concernant des situations d'urgence nécessitant leur intervention.

² Les zapatistes refusant les institutions gouvernementales, une reconnaissance officielle de la formation par le ministère de la Santé n'était guère recommandable à l'époque. Le ministère était toutefois au courant du travail effectué, et disposé à valider le cours dans le futur si nécessaire.

³ Il s'agit de trois *parteras* sélectionnées par les autres *parteras* et reconnues par les autorités.

⁴ Jusque-là, les cours de formation et les réunions devaient avoir lieu dans les salles de réunion officielles, donc avec la permission des autorités.

⁵ Le droit de chaque personne à la santé est reconnu non seulement par la Convention 169 de l'Organisation internationale du travail (OIT) de 1989 relative aux peuples indigènes et tribaux, entre autres, mais aussi par la Constitution mexicaine (articles 24 et 25) de 1917.

Cristóbal de Las Casas, résultat dû à une meilleure collaboration entre les *parteras* et le personnel de la Croix-Rouge mexicaine. Il serait toutefois difficile d'affirmer pour autant que la méfiance des femmes indigènes envers les structures gouvernementales a diminué. Plusieurs études, dont celle de Lynn Freedman et Deborah Maine, ont en effet montré que l'impact de la formation des matrones sur la réduction de la mortalité maternelle est étroitement lié à l'amélioration des structures de référence et à l'accès des femmes à ces structures (Freedman et Maine, 1993 : 157-158). Quant au personnel de la Croix-Rouge mexicaine — qui avait un rôle d'intermédiaire entre la population indigène et le personnel médical gouvernemental — sa participation à la formation des *parteras* a sans doute favorisé les échanges. Néanmoins, dans un tel contexte, la confiance se construit grâce à l'empathie et à l'engagement personnels, et passe par un respect réciproque entre personnel de santé, femmes indigènes et *parteras*. La simple appartenance à une organisation comme la Croix-Rouge n'est pas suffisante pour créer cette confiance.

On peut affirmer, pour conclure, que le projet a répondu aux exigences des *parteras* en matière de formation obstétricale et a soutenu leur engagement collectif. S'agissant d'objectifs sanitaires plus spécifiques, on voit subsister certains obstacles, qui dépassent toutefois les capacités du CICR. Il s'agit notamment de la qualité médiocre des soins obstétricaux dans les hôpitaux de référence et de la relation difficile entre les femmes indigènes et les personnels de santé. Enfin, la position extrême du mouvement zapatiste, qui conduit à interdire tout recours aux institutions de soins étatiques, contribue à augmenter le danger couru par les femmes de cette région au moment de l'accouchement.

Dans la deuxième partie de mon chapitre, je vais aborder comment le contexte de guerre conduit à la construction de rôles nouveaux pour les matrones dans des domaines autre que la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

LES MATRONES AU BURUNDI

En 1993, après des années de répression au Burundi, se sont tenues les premières élections démocratiques. Cent jours après l'élection du président, son assassinat a déclenché une guerre interne entre l'armée

et les groupes rebelles, entraînant des massacres et faisant un million de réfugiés (Malkki, 1995 : 281). Dès le début de ce conflit, les femmes des quartiers les plus touchés de la capitale, Bujumbura, se sont organisées en associations axées sur l'entraide, la réconciliation et la promotion de la paix. Parmi elles se trouvaient de nombreuses mères.

Ma rencontre dans ces quartiers avec les femmes victimes de violence m'a fait réaliser que, lors d'un conflit armé, la probabilité qu'une femme de subir des violences sexuelles dépend, le plus souvent, des mêmes facteurs de risque : le fait d'être veuve, chef de famille, déplacée ou analphabète. Ces femmes, de surcroît, sont plus exposées aux infections sexuellement transmissibles, notamment au VIH.

Il convient de rappeler que la violence sexuelle est interdite par le droit international humanitaire¹ et que le viol est considéré, selon les circonstances, comme un crime de guerre, un crime de génocide ou un crime contre l'humanité². En 2003, le CICR, alerté par les informations recueillies³ sur le phénomène des violences sexuelles envers les femmes, notamment dans les quartiers nord de la capitale burundaise, a élaboré un projet visant à venir en aide aux femmes victimes de ces violences. L'approche choisie pour le plan d'action a été, d'une part, de recenser et de soutenir les structures publiques existantes (institutionnelles et associatives) afin d'améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des victimes de violences sexuelles, et, d'autre part, d'impliquer les accoucheuses traditionnelles au sein des communautés afin de sensibiliser la population à ce problème et de permettre un meilleur accès aux victimes de violences sexuelles.

¹ Voir à cet égard la IV^e Convention de Genève ainsi que les Protocoles I et II additionnels aux Conventions de Genève.

(<http://www.cicr.org/web/fre/sitefre0.nsf/html/genevaconventions>)

² Les interprétations récentes émises par les tribunaux spéciaux pour l'ex-Yougoslavie (TPIY) et pour le Rwanda (TPIR) ont confirmé que la violence sexuelle tombait sous le coup des règles concernant la torture et les traitements inhumains et dégradants. Selon le Statut de Rome de la Cour pénale internationale, le viol peut constituer un crime de guerre, un crime de génocide ou un crime contre l'humanité, en fonction des circonstances. Voir :

www.icc-cpi.int/library/about/officialjournal/Statut_du_rome_120704-FR.pdf.

Articles 6; 7.1.g; 8.2.b)xxii) et 8.2.e)vi).

³ Ces informations ont été récoltées par plusieurs organisations de droits de l'homme et d'autres ONG qui, avec le CICR, ont travaillé en réseau afin de coordonner les activités en faveur des victimes de violences sexuelles.

Les femmes dans un contexte de guerre

Pendant les années de conflit au Burundi, les quartiers nord¹ de Bujumbura ont servi de point d'entrée aux groupes armés attaquant la capitale, ainsi que de refuge aux paysans fuyant sa zone rurale périphérique. Dans cette situation de précarité économique et de violence généralisée, les femmes, pour assurer la survie de leur famille, ont été obligées de s'appropriier des domaines et des espaces jusque-là réservés aux hommes — ce qui les a exposées en particulier à la violence, y compris sexuelle, les hommes n'acceptant guère ces infractions aux règles sociétales traditionnelles. Ainsi, elles ont dû quitter leur quartier tôt le matin pour aller en ville acheter des marchandises pour leur petit commerce, ou aller travailler dans les champs ou récolter du bois dans les zones rurales, où sévissaient des bandes armées. Leurs enfants sont alors restés seuls à la maison, ce qui les exposait eux-mêmes à des risques d'agression et de violence sexuelle, comme l'ont confirmé plusieurs de mes interlocutrices. Par ailleurs, les hommes ont ressenti la capacité des femmes à s'organiser et à assumer de nouveaux rôles comme une menace, contre laquelle ils ont réagi parfois de façon violente. Les femmes chefs de ménage, par exemple, ont dû s'occuper de questions financières, administratives et juridiques. Nous avons là les éléments qui expliquent pourquoi la violence envers les femmes continue après la fin des hostilités : en l'absence des hommes (engagés dans les combats, réfugiés ou détenus) elles se sont habituées à gérer leur famille de manière autonome et se sont fait une place dans la vie publique ; les hommes, par contre, revenus à la fin de la guerre, se retrouvent au chômage et souvent démoralisés par des années de combat. Ils ont de la peine à accepter cette nouvelle autonomie des femmes. Outre la violence sexuelle, la guerre a entraîné une forte augmentation du sexe transactionnel et du sida — un circuit fatal, conséquence de plusieurs facteurs comme l'insécurité économique, la perte des valeurs et l'éclatement du réseau familial. De plus, on constate que des valeurs sociétales comme le respect des personnes âgées et des mineurs ne sont plus appliquées. Une veuve âgée de 80 ans, violée dans sa propre maison, me disait :

¹ Il s'agit des quatre quartiers de Kamenge, Kinama, Buterere et Cibitoke, dont la population totale était de 144 925 habitants selon le recensement de 2002.

« Avant il y avait un respect total pour les personnes âgées, alors pourquoi cette violence ? Ce n'est pas le plaisir qu'ils cherchent, c'est la destruction. C'est le désespoir qui pousse les hommes à faire cela. Tu ne sais pas pourquoi ils tuent, pourquoi tu es la victime... Et aussi, il y a l'impunité. »

Certains facteurs contribuant à une augmentation des violences sexuelles dans les situations de conflit perdurent même après les hostilités, tels que l'impunité, le chômage et la prolifération des armes. Par ailleurs, les difficultés d'accès aux soins médicaux, notamment au traitement du sida, ne font que renforcer des croyances populaires en matière de santé. Il est communément rapporté, par exemple, que des hommes atteints du sida violent des fillettes parce qu'ils pensent que la pureté de celles-ci pourrait les guérir, comportement encouragé par la violence généralisée qui continue à régner. Ce sont alors les victimes qui deviennent « impures ». Elles risquent non seulement d'être chassées de leur foyer, mais aussi de subir des représailles de la part des auteurs. Ainsi, la tante d'une adolescente violée me confiait :

« Quand il s'agit d'une fille adolescente, ou pas encore fiancée, elle est blessée dans son intimité. Elle perd l'espoir de trouver un homme qui l'aime et qui veuille l'épouser. Et ces horreurs lui reviennent en mémoire très souvent... J'ai recueilli ma nièce, parce qu'elle était en danger chez ses parents. Les auteurs du viol la recherchent toujours pour des représailles parce qu'elle a parlé de la violence qu'elle a subie. »

Comme dans de nombreux autres contextes de conflit, une culture du silence s'est instaurée. Lors de mes rencontres avec des groupes de femmes, j'ai été frappée par la discrétion de mes interlocutrices. Elles parlaient à voix basse des violences subies, sans jamais les nommer directement. Mon interprète, une psychologue burundaise, m'a fait comprendre le sens des métaphores en kirundi, la langue nationale. Dans une situation de guerre, le traumatisme du viol est « multidimensionnel » et touche aussi bien la société que l'individu. Cette interaction entre les dimensions individuelle et sociale permet d'ailleurs souvent aux victimes d'éviter la « privatisation » du traumatisme et de reconnaître la finalité sociopolitique de ces violences. Le témoignage suivant d'une femme mozambicaine violée est révélateur à cet égard :

« J'accuse la guerre. Je ne me fais pas de reproche personnel, car je ne suis pas la seule à avoir subi ce que j'ai subi. Nous sommes si nombreuses à avoir été violées... » (Sideris, 2001 : 150)

Toutes les femmes qui continuent à vivre dans l'insécurité sont traumatisées, qu'elles aient été violées ou non. Le viol, en effet, s'inscrit dans tout un ensemble de malheurs. Comme l'explique une veuve chef de famille :

« Je vends des bananes... Quand j'arrive à avoir 50 francs burundais (5 centimes d'euro) je remercie le Bon Dieu et je rentre... Excusez-moi de vous dire ceci, mais c'est tellement difficile que parfois l'idée de pouvoir manger des excréments nous vient à l'esprit. Dernièrement, j'ai aussi failli me faire piller... Comme je vous l'ai signalé, nos maisons n'ont pas de portes. »

Les femmes que j'ai rencontrées ont essayé de faire face aux souffrances engendrées par la guerre en traduisant collectivement la douleur individuelle en préoccupation sociale. Non seulement elles ont abordé les problèmes dans le cadre d'associations, mais elles ont réussi à impliquer la société civile et les autorités à travers des tables rondes et des informations dans les médias locaux. Cela m'a confortée dans l'idée qu'il fallait travailler avec différentes personnes ressources engagées à divers niveaux : des membres d'associations (hommes et femmes), des représentants des autorités politiques, traditionnelles et religieuses et, également, les matrones. En côtoyant ces dernières, comme nous allons le voir, j'ai mesuré leur engagement social - le sentiment qu'elles ont d'avoir un « don » que l'on ne peut pas refuser.

Des matrones médiatrices

« Vous savez, un homme n'accepte pas que cela puisse arriver à sa femme... Cette femme s'est réfugiée chez moi en pleine nuit... Elle est restée pendant trois jours, je l'ai amenée chez le médecin. J'ai essayé de parler avec son mari... rien à faire. La femme et ses enfants sont maintenant dans un endroit sûr. »

Une matrone me confiait avoir souvent entendu des histoires similaires relatées par des matrones et par des femmes qui avaient été violées. La honte, le manque de moyens économiques et l'insécurité¹ les empêchent d'aller se faire soigner. Une mère chef de famille m'expliquait :

« J'ai passé deux mois avec des douleurs sans aller voir un médecin, mais les douleurs sont devenues insupportables et j'ai fini par aller au centre de santé. Je n'en ai pas parlé (du viol) au centre, j'ai honte de ma situation. »

Parce que les femmes peuvent compter sur la discrétion des matrones, celles-ci sont souvent les seules à être informées d'un viol. Ce sont elles qui prennent alors l'initiative d'accompagner la femme chez un médecin du centre ville. Il leur arrive même de payer les frais de transport et de traitement. Certaines s'occupent des enfants pendant qu'une femme est hospitalisée. Leur notoriété au niveau du quartier, due surtout à l'expérience et à l'âge, leur permet de jouer un rôle de médiatrice entre la victime et sa famille et, si nécessaire, auprès des autorités traditionnelles, surtout dans les cas où la femme est chassée de son foyer. Si cette médiation n'aboutit pas, elles sont obligées de s'occuper pendant longtemps de la femme violée, en lui cherchant un logement ou en l'hébergeant chez elles. La force de persuasion et le courage des matrones leur permettent de ne « pas avoir peur, et d'être reconnues par les autorités ». Pourtant, elles partagent les mêmes conditions de vie que les autres femmes : pauvreté, veuvage, charge de nombreux orphelins, déplacement. La plupart habitent dans des maisons à moitié détruites, en butte au pillage. Souvent originaires des provinces rurales, elles ne possèdent pas de terre² mais louent un petit bout de terrain à la saison pour produire quelques cultures. Les maigres moyens économiques dont elles disposent et leur manque de connaissances en matière de santé les empêchent de s'engager davantage en faveur des femmes de leur communauté. Elles ont besoin d'un soutien extérieur. Ainsi, à ma première réunion, une trentaine de matrones des quartiers concernés ont demandé à être formées aux conséquences des violences sexuelles et à l'accompagnement des vic-

¹ À cette époque, en 2003, un couvre-feu a été instauré dans les quartiers périphériques, de vingt deux heures à six heures du matin.

² Selon les règles instaurant la transmission des biens familiaux, les femmes n'ont pas le droit d'hériter des terres de leur mari décédé.

times aux centres de soins, ainsi qu' aux soins obstétricaux et à la prévention du sida.

Le projet du CICR

L'objectif du projet *Femmes et violence* au Burundi est d'assurer, en coordination avec les structures nationales¹, la prise en charge clinique et psychologique² des femmes victimes de violence.

Les femmes victimes de violence s'adressent directement aux matrones, formées préalablement à l'écoute active et à l'empathie. Ces matrones ont entre autres pour tâche d'assurer le plus rapidement possible le transfert de ces femmes vers une structure de santé. En même temps, elles jouent un rôle d'intermédiaire au niveau familial et communautaire dans le but de favoriser l'acceptation des victimes par leur entourage.

L'implication d'autres acteurs que les matrones, comme les agents communautaires, le personnel de santé et les autorités, ainsi que le fait d'intégrer aussi bien des hommes que des femmes ont été des éléments essentiels de la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge globale.

La formation spécifique des matrones au problème des violences sexuelles³ avait pour but de renforcer leur rôle de soutien — identification, accompagnement et suivi — auprès des femmes violées et de leurs familles. Les candidates ont été choisies⁴ par le CICR avec l'aide

¹ Il s'agissait notamment des deux hôpitaux gouvernementaux de la ville, habilités par le ministère de la Santé à utiliser la prophylaxie post-exposition au VIH (PEP). Après l'ouverture de la Maison des Femmes par Médecins sans frontières (MSF)-Belgique, toutefois, la majorité des femmes ont été amenées dans cette nouvelle structure.

² Le suivi psychologique était prévu dans une dizaine de centres définis par le ministère de la Santé et la municipalité.

³ Afin de pouvoir améliorer leurs connaissances en obstétrique, les matrones ont participé d'abord (2003) à un cours de formation dispensé par le ministère de la Santé burundais (Programme national de santé de la reproduction, PNSR). En coordination avec le médecin provincial, le CICR s'est chargé ensuite d'un suivi mensuel des accoucheuses (2004-2005).

⁴ Les critères de sélection étaient les suivants : l'âge (entre 25 et 60 ans), une certaine crédibilité et une influence dans le quartier concerné, ainsi qu'un minimum de quatre accouchements réalisés au cours de l'année précédente. Le critère de l'alphabétisation n'a pas été retenu.

de l'administrateur de la zone, des femmes responsables des associations concernées, des techniciens de santé des quartiers et du médecin municipal. À la différence du travail fait au Chiapas, la formation s'adressait exclusivement aux matrones expérimentées et reconnues au niveau communautaire. Il s'agissait surtout de femmes hutues, mais aussi d'un certain nombre de femmes tutsies, twas et d'appartenance ethnique mixte¹.

Cinquante-sept matrones et quatre techniciens de santé (un par centre de santé) ont bénéficié de la formation axée sur les besoins et la prise en charge des victimes de violences sexuelles². Le cours, d'une durée de deux semaines, a été dispensé dans les quartiers ciblés — et en kirundi, grâce à la participation d'une psychologue burundaise engagée lors de ma recherche³. Les matrones se sont montrées particulièrement sensibles aux risques liés au VIH⁴. Elles ont donc saisi l'importance d'une identification rapide des victimes de violences sexuelles, celles-ci devant recevoir un traitement médical le plus rapidement possible et au plus tard dans les 72 heures. Cette formation a permis de renforcer leur pratique et leur a donné les moyens de mieux identifier les victimes et de les suivre avec plus de détermination, disent-elles, grâce aux connaissances acquises à divers niveaux.

¹ J'ai pu observer que, dans un contexte de guerre, la capacité des femmes à s'associer leur permet plus facilement de surmonter l'obstacle des divisions ethniques, politiques ou religieuses.

² Dans le projet, il était prévu que les centres de santé s'occupent des traitements d'urgence, et que le ministère de la Santé élabore un protocole national de prise en charge des victimes de violences sexuelles. À cette fin, le CICR, en partenariat avec des représentants du PNSR et d'organisations partenaires actives au Burundi, a rédigé un manuel de formation qui devenait le document de référence national pour les formateurs. Suite à la validation de cet outil par le ministère de la Santé en 2004, le CICR a formé les 30 premières personnes, toutes des professionnelles de la santé. L'attention portée aux aspects communautaires dans le manuel a toutefois permis d'utiliser celui-ci aussi pour la formation d'animateurs, dont les matrones.

³ D'autres femmes, responsables d'associations, participaient activement aux modules, tant comme interprètes que comme animatrices. La déléguée médicale du CICR était responsable du déroulement du cours, tandis que des représentants de différents ONG et du ministère de la Santé (PNSR et Unité sectorielle de lutte contre le sida) s'occupaient de questions plus spécifiques telles que les procédures juridiques ou la prise en charge médicale et psychologique.

⁴ À notre première réunion, les matrones ont exprimé leur inquiétude quant au risque d'être infectées par le VIH, car elles sont obligées d'accoucher les femmes sans pouvoir se protéger avec des gants.

Le suivi des femmes lorsqu'elles sont de retour chez elles après avoir reçu leur traitement est peut-être la tâche la plus délicate que doivent assumer les matrones. Ces dernières se retrouvent confrontées, en effet, à l'ampleur des conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques du viol. Les organisations s'occupant du problème de la violence sexuelle focalisent leur action sur le volet médical et le « counseling », mais les aspects sociaux et économiques ne sont pas vraiment pris en considération. Afin de pouvoir évaluer les besoins spécifiques des victimes, les matrones estiment avoir besoin de plus de supervision et de formation en la matière¹.

En parallèle à la formation des matrones, 73 autres personnes des quartiers ciblés -surtout des hommes : représentants des autorités, enseignants et jeunes - ont participé à une formation de cinq jours sur le travail de sensibilisation de leur communauté au problème de la violence sexuelle. Tous les participants sont désormais des personnes relais. Ils s'occupent notamment de la sensibilisation des habitants de leurs quartiers à l'aide d'une boîte à images. Autre moyen très efficace, créé par les groupes de soutien au niveau des quartiers : des pièces de théâtre concernant la problématique de la violence sexuelle. De plus, un travail de formation et de sensibilisation avec le personnel de santé a été réalisé afin d'améliorer l'accueil des victimes dans les structures médicales concernées.

Épilogue

Lors de l'évaluation du projet mené en 2005, j'ai pu noter d'importants changements d'ordre qualitatif. Par exemple, de plus en plus les femmes victimes de violence se sont adressées aux matrones, lesquelles les ont amenées à une structure médicale². En outre, les ma-

¹ La supervision des matrones par le CICR s'est limitée à leurs activités obstétricales.

² Il faut souligner que l'ouverture de la Maison des Femmes par MSF en septembre 2003 a apporté une réponse pratique et gratuite en termes de prise en charge médicale et psychologique. Selon les statistiques de l'organisation le nombre de femmes violées amenées par les matrones formées a progressivement augmenté pour arriver à une cinquantaine en 2004. Jusque-là, les femmes violées étaient amenées chez un gynécologue particulier en ville, surtout pour des questions de confidentialité. Quant à la Maison des Femmes, il s'agit néanmoins d'une solution à court terme car ce sont les hôpitaux publics qui sont censés prendre en charge les victimes de violences sexuelles.

trones soulignent que, grâce à la formation et aux réseaux qui se sont créés, leur rôle d'intermédiaires s'est renforcé, soit auprès des familles des victimes, soit auprès des autorités. À cela il faut ajouter que les matrones ont réussi, avec le soutien du CICR, à s'organiser en associations reconnues (une par quartier), ce qui leur confère un statut et la possibilité de demander un soutien financier. En ce qui concerne le travail de sensibilisation au problème de la violence sexuelle, chaque matrone a choisi sa propre façon de travailler, en fonction de son âge, de sa position dans le quartier et de son expérience. Ainsi, certaines ont préféré un travail exclusivement confidentiel, tandis que d'autres ont organisé aussi des séances publiques de sensibilisation à la violence sexuelle et à ses causes. Avec les agents communautaires, elles ont créé un important réseau qui facilite les interactions avec d'autres associations et avec la population. Un exemple de réalisation a été la production d'une pièce de théâtre sur le thème de la violence sexuelle et du rôle des matrones. Ce spectacle a été joué lors des séances de sensibilisation. La prise de conscience de la problématique de la violence sexuelle s'est progressivement répandue sur tout le territoire national, notamment à partir d'une grande campagne de sensibilisation¹ de 16 jours menée en 2003.

Conclusion

En temps de guerre, les matrones sont appelées à remplir leur engagement social d'une manière plus étendue, qui dépasse le cadre des soins. Le fait d'être proches des femmes dans des moments intimes tels que la grossesse et l'accouchement leur permet d'assumer d'autres tâches délicates, comme l'approche et le suivi des femmes qui ont subi des violences sexuelles, la sensibilisation à ce problème et la médiation avec les familles qui rejettent ces femmes victimes. La formation a consisté surtout à analyser les raisons de la stigmatisation liée à la violence sexuelle² et les moyens de la surmonter.

¹ Cette mobilisation a été organisée par la société civile avec l'appui d'OCHA et avec la participation de nombreuses ONG, de différents ministères et du CICR. Par la suite, le gouvernement a décidé que les victimes de violences sexuelles bénéficieraient de soins gratuits dans les structures publiques. De plus, un protocole national de prise en charge des victimes de violences sexuelles a été élaboré.

² Notons que les femmes violées qui ont été infectées par le VIH sont doublement stigmatisées.

Dans les situations que nous avons examinées ici, les attentes formulées par la communauté à l'égard des accoucheuses traditionnelles ont augmenté. Ainsi, comme nous l'avons vu, les matrones sont appelées à résoudre d'autres types de problèmes que les soins à proprement parler, et ceci souvent avec peu de moyens. À ce défi s'en ajoutent d'autres, issus de la profonde mutation de la situation sociopolitique (insécurité et difficulté de survie dans la crise économique), qui pèsent aussi sur la vie des matrones elles-mêmes. Faute d'un soutien adéquat, certaines matrones sont tentées de démissionner et d'aller vivre ailleurs, en ville, loin de l'engagement communautaire.

Les femmes et leurs associations jouent un rôle important après le conflit également. Il faut les soutenir — les femmes en général et, dans les deux projets, les matrones en particulier — afin qu'elles puissent sauvegarder les compétences acquises pendant la guerre et conserver leur rôle de protagonistes tant dans la famille qu'au niveau communautaire, rôle facilement disputé par les hommes¹. Cependant, deux conditions doivent être remplies. Premièrement, il est important, dans ce genre de projets, de comprendre le contexte socioculturel grâce à une approche multidisciplinaire. Une vision strictement médicale tend à faire abstraction du vécu et des besoins spécifiques des femmes en temps de guerre. En ce sens, l'apport des sciences sociales est indispensable. Deuxièmement, il est nécessaire d'agir au niveau des personnels de santé, des représentants gouvernementaux et des responsables d'autres organisations non gouvernementales internationales et nationales afin de ne pas surcharger les matrones de responsabilités qui ne sont pas les leurs. Il faut, comme le CICR a essayé de le faire dans le projet du Burundi, impliquer aussi d'autres acteurs, notamment les autorités et, plus généralement, les hommes.

¹ La redéfinition des relations de genre et des identités suite à la guerre est analysée dans l'étude collective de Meintjes *et al.*, 2001.

BIBLIOGRAPHIE

- CICR (Comité International De La Croix-rouge) – 2001 *Les femmes face à la guerre*, Genève, CICR.
- CICR – 2004 *Répondre aux besoins des femmes affectées par les conflits armés : un guide pratique du CICR*, Genève, CICR.
- FREEDMAN, Lynn P. & MAINE, Deborah – 1993 « Women's Mortality: A Legacy of Neglect », in Marge Koblinsky, Judith Timyan & Jill Gay (dir.), *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Westview Press.
- FREYERMUTH ENCISO, Graciela – 1993 *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, CIESAS.
- FREYERMUTH ENCISO, Graciela – 2000 *Morir en Chenalho. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México D. F., UNAM [thèse doctorale].
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad – 2002 « Whose Priorities? Public Health Policies for Indian Regions of Mexico, 1994.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad – 2002 », *International Conference on Anthropology & the Health of Populations*, London, Brunel University.
- GUITERAS HOLMES, Calixta – 1996 *Los peligros del alma. Visión del mundo de un Tzotzil*, México D. F., Fondo de Cultura Económica, réédition [1^{re} éd.: 1961].
- HERNÁNDEZ CASTILLO, Rosalva Aída – 1998 « Construyendo la utopía. Esperanzas y desafíos de las mujeres chiapanecas de frente al siglo XXI », in Rosalva A. Hernández Castillo (dir.), *La otra palabra. Mujeres y violencia en Chiapas antes y después de Acteal*, México D. F., CIESAS/COLEM/CIAM.
- HERNÁNDEZ NAVARRO, Luis – 1998 *Acuerdos de San Andrés*, México D. F., Ediciones Era.
- HOLLAND, William R. – 1978 *Medicina Maya en Los Altos de Chiapas: un estudio del cambio socio-cultural*, México D. F., Instituto Nacional Indigenista, réédition [1^{re} éd. : 1963].
- JACOBSON, Jodi L. – 1993 « Women's Health: The Price of Poverty », in Marge Koblinsky, Judith Timyan & Jill Gay (dir.), *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Westview Press.
- KOLLER, Pia Maria – 2006 *Reinventare la salute al tempo della paura. Però : scambi, incontri, dis-incontri*, Napoli, Li-guori Editore.
- MALKKI, Liisa H. – 1995 *Purity and Exile: Violence, Memory, and National Cosmology among Hutu Refugees in Tanzania*, Chicago, The University of Chicago Press.

MEINTJES, Sheila, PILLAY, Anu & TURSHEN, Meredith – 2001 *The Aftermath: Women in Post-Conflict Transformation*, London, Zed Books.

NASH, June C. – 2001 *Mayan Visions. The Quest for Autonomy in an Age of Globalization*, New York, London, Routledge.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) – 2001 *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*, Geneva, World Health Organization.

PIGG, Stacy Leigh – 1997 « Authority in Translation. Finding, Knowing, Naming, and Training “Traditional Birth Attendants” in Nepal », in Robbie E. Davis-Floyd & Carolyn F. Sargent (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press.

PITARCH, Pedro – 1996 *Ch'ulek: una etnografía de las almas tzeltales*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.

REYES, Esperanza – 2000 « “No somos bultos para ser tratados así...” El programa de planificación familiar 1996-98 », *Alpanchis* 56 : 107-128.

SESIA, Paola M. – 1997 « “Women come here on their own when they need to”: Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca », in Robbie E. Davis-Floyd & Carolyn F. Sargent (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press.

SIDERIS, Tina – 2001 « Rape in War and Peace: Social Context, Gender, Power and Identity », in Sheila Meintjes, Anu Pillay & Meredith Turshen (dir.), *The Aftermath: Women in post-conflict transformation*, London, Zed Books.

TROSTLE, James A. – 1993 « Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries », *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1117-1120.

POSTFACE
L'UTILITÉ D'UNE ANTHROPOLOGIE COMPARATIVE
DES PRATIQUES POPULAIRES D'ACCOUCHEMENT
ET DES CONDUITES LIÉES À LA MATERNITÉ

YANNICK JAFFRÉ

OUTRE de nombreux travaux historiques consacrés aux domaines européens ou africains (Gélis 1988 ; Barthélemy 2010 ¹), diverses études et controverses ont été publiées sur la place des « accoucheuses » ou « matrones » dans le système de santé (Allotay 1999).

À l'évidence, le présent ouvrage, dont la thématique précise se déploie sur plusieurs continents, contribue à ces recherches en sciences so-

¹ La perspective historique utilisée – même si nous ne souscrivons pas entièrement à la posture critique adoptée - concernant les premières formations de sages-femmes et les rapports entre les autorités sanitaires et les populations permettent de comprendre combien les politiques contemporaines de développement sont enracinées dans les politiques coloniales (voir notamment les pages 175 à 221).

ciales. D'articles en études et du Burkina Faso à l'Afghanistan, l'Inde, la Réunion ou les Antilles il les enrichit grâce aux très riches données de terrain qu'il nous donne à lire.

En revanche, ce livre ne souhaite aucunement prolonger divers débats de santé publique ou prendre parti sur l'inclusion des « accoucheuses » dans le système de santé. D'ailleurs, le voudrait-il que les méthodes qualitatives utilisées ne permettraient aucunement d'évaluer de manière scientifique ni l'impact sanitaire ni l'importance « affective » des pratiques obstétricales populaires observées ou racontées par les acteurs sociaux.

Soulignons cependant, puisque « tout va toujours mieux en le disant » et pour éviter d'inutiles controverses, que les responsables de cet ouvrage s'accordent globalement avec ce que les études épidémiologiques démontrent : la réduction de la mort maternelle est largement liée à l'accès à des accouchements médicalisés. Les principales causes obstétricales de la mortalité maternelle – hémorragies, éclampsies, dystocies complexes – ne peuvent être traitées en dehors de structures de soins compétentes et disposant d'un bloc chirurgical.

Certes, d'une certaine manière, cette constatation quantitative soulignant les liens entre la réduction de la mortalité maternelle et l'accès à des soins de qualité, flirte avec l'évidence tautologique. En effet, « accéder aux soins » implique souvent d'avoir des ressources financières et de disposer d'un ensemble de connivences avec ce qui fonde la modernité : alphabétisation, interconnaissance avec les soignants, possibilité d'anticiper des risques. Dès lors, ces chiffres énoncent simplement que disposer de compétences sociales et pouvoir profiter des ressources d'un plateau technique médical représentent à coup sûr un avantage sanitaire... Mais ces données, peuvent être lu différemment, et elles permettent de définir des politiques sanitaires et de choisir, parmi diverses actions possibles, celles qui devraient être les plus efficaces : rendre les césariennes disponibles, lier les banques de sang et les services obstétricaux...

Cette définition de priorités d'actions est indispensable. Mais, il est aussi important de souligner le profond accord entre ces études mettant en exergue le rôle crucial des actes techniques et ce qu'énoncent divers travaux anthropologiques décrivant le point de vue des acteurs

- ou « actrices » – de ces accouchements. Entre ce qui relèverait des « habitudes culturelles », souffrances ressenties et le simple espoir de survivre le choix des femmes des pays en voie de développement est pragmatique et « vite fait ». Les données épidémiologiques démontrent que lorsque des soins de qualité sont accessibles, les parturientes viennent accoucher en maternité (Jaffré & Prual 1994).

Malheureusement un tel choix n'est pas toujours possible et, en ce domaine, les inégalités médicales sont particulièrement cruelles. Seuls les pays les plus nantis peuvent offrir à des parturientes la possibilité d'accoucher « librement » et « traditionnellement » chez soi, avec heureusement un véhicule médicalisé à la porte... Si dans les pays les plus riches la recherche d'une dimension humaine des soins se présente comme « un plus » socio-affectif s'ajoutant à une offre de soins médicalement standardisée, la dimension sociale d'accompagnement n'est souvent, en d'autres lieux, qu'un fragile rempart contre les risques obstétricaux et une pauvre consolation face aux douleurs éprouvées.

C'est dire que dans le contexte des pays en voie de développement nul « obstacle culturel » susceptible de détourner les parturientes d'utiliser les services obstétricaux ne peut être véritablement observé. D'éventuelles craintes et hésitations sont très aisément apaisées par un accueil respectueux et compétent. Mais, ici réside souvent le problème, et bien des femmes se montrent très critiques envers le fonctionnement des services et envers les pratiques des agents de santé (Jaffré & Olivier de Sardan 2003 ; Jaffré 2009).

« Le lièvre d'aujourd'hui, c'est le chien d'aujourd'hui qui le chasse » dit un ancien et très progressiste proverbe bambara. Et, outre des questions économiques, plus que d'anciennes croyances et autres supposées « pratiques ancestrales », c'est le présent des conduites de soins et le manque de respect des règles éthiques des professionnels de santé qui peuvent principalement expliquer les choix et certaines réticences des parturientes et de leurs familles à user des services obstétricaux.

Bref, rien ne sert d'évoquer naïvement des pratiques de naissance qui sembleraient régies par d'immuables et abstraites représentations culturelles. Les femmes que l'on rencontre dans cet ouvrage vivent et meurent dans un présent que construisent des inégalités sociales et

des combats politiques. C'est pourquoi, comme le souligne notamment Laurence Pourchez en évoquant les débats administratifs autour du statut des matrones, ce livre participe à la construction d'une histoire des corps (Farge, 2007) dans leurs dimensions sociales, politiques et affectives.

Autrement dit, cet ouvrage analyse le domaine de l'art des « matrones » sans présupposer quelques invariants anthropologiques, mais en décrivant comment des populations ont concrètement tenté de résoudre les difficultés liées à la naissance. « Le sens des actes renvoie à des contextes et aux choix qu'ont faits les acteurs, à des moments donnés, entre différentes instances, pas à ces coquilles vides que sont la mentalité ou la culture » (Bensa, 2010 : 70).

Bref, la richesse de ce livre tient à ce qu'il permet de comprendre des pratiques d'acteurs dans des contextes spécifiques.

Cette posture empirique ouvre sur de multiples questions, mais, puisqu'on ne peut tout dire, nous voudrions souligner quatre points qui nous semblent essentiels.

1. Décrire les accouchements « non médicalisés »

Tout d'abord, en termes de santé publique, ce livre éclaire la part obscure des 40% de femmes qui n'accouchent pas dans les services de santé, notamment dans les pays d'Asie du Sud-Est et d'Afrique Sub-saharienne¹. Au Tchad comme le souligne Nelly Staderini 86% des femmes accouchent à domicile. Cruelles inégalités sociales inscrites dans les destins des femmes puisque « dans les pays à faible revenu, la couverture du personnel qualifié à l'accouchement était seulement de 43%, comparativement à 65% dans les pays à faible revenu et 95% dans les pays à revenu intermédiaire supérieur² ».

¹ Cet ouvrage participe à un nouveau dialogue, utile et documenté entre Sciences Sociales et Santé Publique. Dans un domaine proche citons le bel article de Khlata & Guillaume (2006) s'interrogeant sur la définition restrictive du décès maternel à une période de 42 jours après l'accouchement. Quels seraient les taux, les « variables » nouvelles à considérer, etc.

² Sur cette question nous renvoyons aux données proposées par l'OMS : Global Health Observatory (GHO).

Cet ouvrage met des visages sur ces indispensables chiffres ³. Il donne sens à ces destins quantifiés en documentant les façons dont accouchent les parturientes appartenant à ces milieux populaires ou défavorisés. Pour cela, il interroge les diverses significations que les femmes confèrent à leurs pratiques et recense les réponses techniques souvent maladroites qu'elles apportent à ces moments physiologiques et biographiques dont elles savent la dangerosité. Cet apport descriptif est essentiel. Comment construire des « projets » ou des « programmes » sans, au sens strict, « envisager » les acteurs et les façons dont ils construisent leurs présents et anticipent leurs avenir ?

À la lecture de l'ensemble des textes qui composent le livre, une conclusion s'impose. Les femmes n'agissent bien évidemment pas sans raison ou sans que diverses causes sociales et économiques n'influencent sur leurs décisions ou ne viennent construire des parcours erratiques que ne justifient parfois aucune autre explication que la confusion anxieuse de l'urgence et la bonne ou mauvaise fortune des occasions.

Disons-le tout d'abord simplement et sans prendre parti pour plus ou moins de technicité médicale. L'ouvrage permet, avant tout, de comprendre ce qui se passe entre ces femmes qui accouchent et d'autres qui tentent de les aider. Quelles sont les demandes et quelles sont les offres de prise en charge ? Quels sont les critères locaux pour évaluer ces pratiques populaires spécialisées ? Comment se construisent des réputations de « bonne accoucheuse » ? Bref, comment l'accouchement prend place dans les structures de la vie quotidienne de diverses sociétés. Cette question semble bien banale. Elle est pourtant déterminante. Elle est aussi bien peu traitée, oubliée sous des monceaux de chiffres donnant l'illusion de penser.

Ce livre est à rebours de ces illusions scientifiques où d'innombrables articles et revues laissent croire qu'un pourcentage permet de reconstruire le sens des conduites des acteurs.

Livre de terrains et de vies partagées, quelques portraits de matrones permettent de comprendre comment sont vécus ces événements « normaux » que sont les naissances, mais aussi comment ils peuvent basculer vers des drames laissant désarmés les acteurs.

³ La politique de lutte contre la mort maternelle initiée par l'OMS se nommait fort justement : « mettre un visage sur les morts maternelles »

Ce travail anthropologique est essentiel. En effet, sauf quelques domaines précis, on ne peut aider une population sans la connaître. Et cet ouvrage, qui se donne le temps de décrire et de comprendre, démontre combien tout programme sanitaire devrait être précédé et accompagné par des études révélant les conduites et les attitudes complexes des populations face à la grossesse et à l'accouchement.

2. Un « art de faire » obstétrical

Conjuguant des dimensions corporelles et sociales, la grossesse et l'accouchement mêlent indissociablement des prises en charge techniques et des préoccupations symboliques.

D'un texte à l'autre - et l'on perçoit ici l'importance de constituer un espace comparatif intellectuellement maîtrisé - apparaît la façon dont les matrones, indissociablement accompagnatrices au seuil de la vie et techniciennes de la naissance, construisent des « arts de faire » (de Certeau 1980) en articulant de manière finalement assez semblable dans ces diverses sociétés, des compétences techniques, sociales et affectives. Il suffit ici de résumer à très grands traits ce qu'énoncent les auteurs de leurs propres « savoirs » :

- Partout il existe une sémiologie populaire en langues locales décrivant et expliquant un ensemble de maladies liées à la grossesse et dressant une liste de risques ressentis ainsi que des actes sociaux et religieux supposés y pallier...
- Partout des physiologies profanes servent de supports à de multiples interprétations causales et à des actes « thérapeutiques » idoines...
- Partout les matrones effectuent un ensemble de massages et de gestes techniques pour prendre en charge certains accouchements dystociques (présentation par le siège, l'épaule, etc.) ...
- Partout, face à des rétentions placentaires, les accoucheuses tentent de provoquer des « réactions mécaniques », en usant de tabac ou de fumigations pour faire tousser ou éternuer ;

ou de substances émétiques pour provoquer des contractions abdominales...

- Partout la croyance en des entités nosologiques populaires est partagée par les accoucheuses et les parturientes qui peuvent ainsi, pour le meilleur comme pour le pire, dialoguer et se comprendre...
- Partout la naissance déborde de sa stricte définition bio-corporelle. De ce fait diverses causes sociales – comme des ruptures d’interdits ou des inconduites matrimoniales – pourront être incriminées pour expliquer les difficultés d’un accouchement...
- Partout l’identité sociale de l’accoucheuse est supposée influencer sur sa pratique et expliquer aussi qu’elle fut choisie pour accomplir cette tâche...
- Partout enfin, les projets de santé ont prodigué les mêmes conseils comme celui d’utiliser une lame de rasoir neuve pour couper le cordon ombilical... Plus le geste nouveau est simple et technique et plus vite il est adopté. De ce fait partout dans le monde, les pratiques d’accouchement sont largement syncrétiques.

Résumons-nous. Les savoirs populaires sont variables, parcellaires, empiriques, souvent construits dans l’oralité, usent de métaphores alors que les savoirs techniques sont liés à l’écriture, sont standardisés et souvent légitimés par des instances officielles (Olivier de Sardan, 1991). Par ailleurs le statut de « matrone » engage l’identité sociale de la personne alors que les sages-femmes interviennent en tant que professionnelles.

Les polarités entre postures profanes et savantes sont donc différentes. Mais qu’on ne s’y trompe pas. Elles sont souvent réunies et conjuguées par les logiques pratiques que les acteurs mettent en œuvre.

En acte et selon les circonstances, chaque acteur peut jouer sa propre partition en empruntant diversement à chacun de ces systèmes socio-techniques. « On » - sage-femme ou matrone – peut ainsi user de

croyances anciennes pour accompagner un accouchement normal, de techniques anciennement transmises ou nouvellement acquises pour tenter de résoudre une présentation dystocique, de normes communes de la résignation pour prodiguer quelques consolations lorsque rien ne fut possible...

« Sur le papier », les compétences techniques des sages-femmes et leurs connaissances des risques ne peuvent être comparées aux pratiques empiriques des matrones. Mais, l'étude des conduites de ces acteurs oblige à plus de nuances. Elle souligne l'existence de domaines fluides et incertains où, par exemple, certaines sages-femmes peuvent prescrire des betteraves rouges pour « augmenter le sang », user de cantiques ou versets coraniques pour « faciliter le passage ». Par ailleurs, dans bien des structures périphériques des accoucheuses endossent des blouses pour effectuer des accouchements « médicalisés »...

Les pratiques obstétricales populaires ne sont pas figées. Elles ne sont aucunement hors du temps, mais correspondent aux croisements dynamiques de divers « régimes d'historicité »¹ : celui assez lent des significations sociales liées à l'accueil des nouveaux-nés, celui plus rapide de l'acquisition de nouveaux savoirs théoriques et techniques, celui « bri-collé » (Marry, 2000) des appartenances religieuses ...

Aucun système de santé ne peut se lire comme un organigramme plat et univoque attribuant à chacun une place et une fonction ainsi que le suppose parfois une simpliste santé publique pas plus comme un massif dispositif de « gouvernement des corps » ainsi que l'énonce parfois une certaine anthropologie philosophique. Comprendre le fonctionnement d'un système de santé implique de démêler l'écheveau complexe des multiples appartenances des acteurs – soignants et usagers - et d'analyser les logiques complexes de leurs constantes négociations.

¹ « Le régime d'historicité se voudrait un outil heuristique, aidant à mieux appréhender, non le temps, tous les temps ou le tout du temps, mais principalement des moments de crise du temps, ici et là, quand viennent, justement, à perdre de leur évidence les articulations du passé, du présent et du futur » (Hartog, 2003 : 27). On comprend aisément comment ce concept peut aider à penser ces confrontations de pratiques et de sens dans des situations où les politiques de développement jouent un rôle d'accélérateur dans des secteurs circonscrits entraînant ainsi des sortes de différentiels dans les changements sociaux.

3. Conduites populaires d'accouchement et formation des matrones et des sages-femmes

Pour les auteurs de cet ouvrage, les connaissances recueillies et construites ne sont pas faites pour rester « lettres mortes ». Certes, nous l'avons souligné, certaines conceptions sont fausses au regard des savoirs médicaux. D'autres sont inefficaces ou peuvent être dangereuses pour les parturientes...

Mais, il ne s'agit pas dans ce livre, et dans les travaux qu'il rapporte, d'une évaluation technique. Se limiter à trier entre le vrai et le faux serait infiniment réducteur.

Ce livre témoigne d'une autre démarche. Il correspond à un processus où une interrogation sur les connaissances des autres consiste à reconnaître celles et ceux qui les ont produites. Non bien sûr, pour valoriser ce qui pourrait être préjudiciable à la santé des parturientes, mais pour initier un dialogue articulant des conceptions et normes locales avec des connaissances construites scientifiquement. Une telle démarche trouve une immédiate application dans le domaine de la formation.

Bien que constituant un très important poste de dépense et appartenant à une sorte de panoplie réflexe des programmes de développement, il n'existe pratiquement aucune étude portant sur les « formations » et « séminaires de formation » s'adressant à des professionnels des Pays en Voie de Développement. Matériau rare et précieux, cet ouvrage ouvre des pistes, et comble partiellement ce manque, en nous donnant à lire des descriptions précises d'actions de formation dans différents contextes allant de l'Afghanistan au Burkina Faso.

Mais cet ouvrage ne se limite pas à constater. Il souligne aussi, comment ces formations devraient être faites pour être à la fois respectueuse de leurs participants et techniquement efficaces : usage réfléchi des langues locales et souci des traductions, références précises aux systèmes populaires de représentations des risques et des pathologies, mise en situation des compétences acquises...

Il s'agit ainsi de promouvoir des formations ancrées dans les pratiques les plus courantes et construites sur des sortes de négociations entre les savoirs populaires et les savoirs techno-scientifiques.

Les taux de mortalité maternelle attestent malheureusement d'une certaine inefficacité des matrones ou des accoucheuses dites « traditionnelles ». Mais, pour autant, elles n'en furent pas moins, et parfois dans une grande solitude, les principales accompagnatrices des femmes dans l'épreuve de la mise au monde. Nulle démagogie - ce qui est faux et dangereux pour les parturientes doit être critiqué et abandonné - mais nulle dépréciation de l'autre qui tenta de répondre honnêtement et au mieux à des situations pour lesquelles il n'existait pas encore de formations.

4. Éthique des soins et « bien traitance » des parturientes

Enfin ce livre nous questionne à propos d'une certaine qualité des soins. Certes les situations sont bien différentes entre des pratiques mises en œuvre dans des sphères d'interconnaissances – familles, lignages, villages... - et l'anonymat souvent aggravé par l'urgence des demandes effectuée auprès de services médicaux accueillant un grand nombre de patientes.

Vouloir opposer des matrones « culturellement » et humainement proches à des personnels de santé inhumains et « dominateurs » serait absurde et bien éloigné de la réalité. Rien n'est comparable *stricto sensu* et rien ne peut être directement transféré des prises en charges populaires et personnalisées au monde anonyme, épuisant et technicisé de l'hôpital. L'un ne peut être le modèle à l'autre.

Mais cet ouvrage parle explicitement de « bien traitance » et décrit des interactions respectueuses et humainement riches entre des accoucheuses, des parturientes et leurs familles.

Cette question est au cœur des politiques de santé et il est indispensable de commencer à préciser quelques dimensions sociales de cette qualité de l'offre et de cette « bien traitance ».

Alors listons en suivant les exemples que nous rapporte cet ouvrage : parler la même langue, user de patience, calmer par le rire, rassurer en touchant le corps, aborder sans inutiles moqueries les craintes et les croyances, accepter de négocier les positions de l'accouchement s'il n'y a pas d'empêchement médical... Et parfois, indispensable travail

social, protéger les jeunes filles de leurs propres familles ou de leurs belles-familles.

Ces termes et ces comportements sont simples et ne coûtent presque rien. Certes, ils ne suffisent pas à eux seuls à établir une offre de qualité. Ils doivent accompagner des compétences techniques fortes. Mais ils subsument une sorte de minima déontologique, suffisant pour constituer une éthique pratique usant des normes et valeurs locales du rapport à l'autre.

On comprend ainsi combien le travail anthropologique peut être utile pour inciter, par comparaison, les personnels à une réflexion sur leurs propres pratiques et pour construire un enseignement adapté aux formes locales de l'accouchement. Loin de marquer un retour vers l'ancien, la description des modalités des accouchements populaires est un recours pour penser une déontologie localement adaptée à la modernité.

Il serait bien paradoxal et bien inconséquent de penser assurer la liberté des femmes en leur déniaient l'accès à des soins techniques qui seuls peuvent les protéger des risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Et si l'on peut critiquer les défaillances du système de santé, ce n'est pas pour s'en « libérer » mais, au contraire, pour l'améliorer afin que chacun puisse en bénéficier.

Plus qu'opposer il faut ici conjuguer. L'accouchement est à la fois et indissociablement un acte à risque et un moment particulièrement signifiant dans toutes les sociétés du monde. Accompagner cet événement par la technique mais sans le réduire à la technique est un des enjeux des politiques du développement sanitaire et un des axes majeurs des actions de réduction de la mort maternelle.

Références bibliographiques

- ALLOTEY P., 1999, *Where there's no tradition of traditional birth attendants: Kassena Nankana district, Northern Ghana*, in *Safe Motherhood Initiative: critical issues*, ed. by Bere M. & Ravindran S., Blackwell Science, Oxford UK, 147-154
- BARTHÉLEMY P., 2010, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Rennes, Presses Universitaires
- BENSA A., 2010, *Après Lévi-Strauss, pour une anthropologie à taille humaine*, Paris, Textuel
- CERTEAU (de) M., 1980, *L'invention du quotidien*, Paris, UGE 10/18
- FARGE A., 2007, *Effusions et tourment, le récit des corps*, Paris, Odile Jacob
- GÉLIS J., 1988, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard
- HARTOG F., 2003, *Régimes d'historicité. Présentisme et expériences du temps*, Paris, Seuil
- JAFFRÉ Y., 2009, *La Bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques hôpitaux d'Afrique de l'Ouest*, Eds. Faustrol & WHEP, Académie des Sciences
- JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2003, *"Une médecine inhospitalière" : les dysfonctionnements des services de santé en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala
- JAFFRÉ Y. & PRUAL A., 1994, *Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints*, G.B., *Social Science and Medicine* Vol 38, 1069-1073
- KHLAT M. & GUILLAUME A., 2006, *Les décès liés à la grossesse. Genèse du concept et aspects méthodologiques*, *Revue Épidémiologie et Santé Publique*, 54 : 543-549
- MARY A., 2000, *Le Bricolage africain des héros chrétiens*, Paris, Editions du Cerf
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1991, *Savoirs populaires et agents de développement*, in *d'un savoir à l'autre*, Paris, La documentation Française, 17-42

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS.....	3
PRÉSENTATION DES AUTEURS	5
INTRODUCTION	
De l'usage du savoir des matrones	
PASCALE HANCART PETTET.....	9
PARTIE I	
Figures de praticiennes et reconfigurations contemporaines....	27
LES MATRONES RÉUNIONNAISES	
éléments du folklore local ou actrices de l'évolution des conduites familiales et biomédicales liées à la grossesse et à la naissance ?	
LAURENCE POURCHEZ.....	29

UNE RENCONTRE AVEC ZANABAI Pratiques et histoires des matrones au Maharashtra JESSICA L. HACKETT	59
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

PORTRAITS DE MATRONES EN MARTINIQUE et construction sociale et symbolique des pratiques de soins PAOLA LAVRA.....	83
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

PARTIE II

Un paradigme du savoir d'autorité.....	113
-----------------------------------------------	------------

FORMER DES MATRONES EN AFGHANISTAN Une perspective réflexive PRISCILLE SAUVEGRAIN.....	115
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

DES MATRONES FACE À LA « MATERNITÉ SANS RISQUE » le cas de Barsalogo, Burkina Faso MANOELLE CARTON et ROGER ZERBO.....	143
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

REPRÉSENTATIONS LOCALES DU RÔLE DES MATRONES AU TCHAD. Une perspective sur les décideurs. NELLY STADERINI.....	169
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

PARTIE III

Situations de crises.....	197
----------------------------------	------------

DES MATRONES FACE AU VIH EN INDE DU SUD Enjeu global et formes locales PASCALE HANCART PETTET	199
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

« THE HEALER WHO HOLDS THE BELLY » traditional midwives and birth practices among the Bunong in Mondulkiri, Cambodia BRIGITTE NIKLES.....	227
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

QUE FONT LES MATRONES EN TEMPS DE GUERRE ? études de cas dans le Chiapas mexicain et au Burundi PIA MARIA KOLLER.....	259
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

POSTFACE YANNICK JAFFRÉ.....	293
---------------------------------	-----

Sous la direction de
Pascale Hancart Petitet

L'ART DES MATRONES REVISITÉ

Dans les pays du Sud, la limitation des budgets alloués au secteur de la santé, la privatisation des soins médicaux, l'emphase donnée à la technologie biomédicale et à la mise en place de programmes d'interventions selon des schémas « verticaux » associées parfois à des contextes économiques et politiques instables conduisent à observer les phénomènes suivants : selon les dernières estimations, un nombre absolu de 529,000 femmes meurent chaque année durant la grossesse, l'accouchement et dans les 40 jours qui suivent la naissance. Parmi ces femmes, 99.6% vivent dans des pays du Sud et dans des contextes économiques et sociaux où l'accès aux soins est limité. ...

L'objet que nous proposons d'examiner dans le présent ouvrage concerne certaines questions contemporaines autour de la naissance dans des pays du Sud. Nous souhaitons les saisir en nous intéressant spécifiquement à ce qui constitue l'art des matrones. Comme le note Didier Fassin à propos de la construction des objets de l'anthropologie, cet art, est ici revisité au moyen d'approches méthodologiques et analytiques choisies en rapport avec notre engagement dans la cité. L'objectif n'est nullement de remettre en cause les effets bénéfiques de la bio médicalisation de l'accouchement mais de montrer, selon des perspectives et des focales diverses, comment, et pourquoi se construisent les pratiques des matrones actuellement. Réunir dans un même ouvrage des acteurs appartenant à des champs d'intervention et disciplinaires divers était un pari difficile. Il explique aussi la diversité des formes, des tons et des expériences vécues et rapportées, aux confins de l'exercice académique et des enjeux posés par l'appliqué.



Publié avec
le concours
du WHEP

ISBN 2915436193



Editions Faustroll
12, av. Simon Bolivar
F-75019 - Paris

www.faustroll.net