Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

78 | 2009
78

Pascale HANCART PETITET, *Maternités en Inde du Sud (Des savoirs autour de la naissance au temps du sida)*

Edilivre, 2008

Marie-Laure Cadart

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1025>

DOI : 10.4000/amades.1025

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 septembre 2009

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Marie-Laure Cadart, « Pascale HANCART PETITET, *Maternités en Inde du Sud (Des savoirs autour de la naissance au temps du sida)* », *Bulletin Amades* [En ligne], 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 20 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1025> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1025>

Ce document a été généré automatiquement le 20 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Pascale HANCART PETITET, *Maternités en Inde du Sud (Des savoirs autour de la naissance au temps du sida)*

Edilivre, 2008

Marie-Laure Cadart

RÉFÉRENCE

Maternités en Inde du Sud (Des savoirs autour de la naissance au temps du sida), Edilivre, 2008

- 1 En se donnant pour objectif de présenter une anthropologie des savoirs autour de la naissance en Inde, dans le contexte de l'épidémie de sida, Pascale Hancart Petitet nous

plonge dans la société indienne contemporaine et sa complexité. Sans prétendre faire une approche exhaustive dans ce pays immense, multiple, contrasté et en pleine mutation, elle nous fait pénétrer de façon fine dans la réalité de la maternité des femmes indiennes pauvres soumises à des croisements de rationalités et à des choix limités.

- 2 La première partie explore le contexte de la naissance (fait social et biologique fortement empreint de croyances et de rituels) dans une communauté d'intouchables d'un village d'Inde du Sud, dans l'état du Tamil Nadu. La description des pratiques médicales et sociales lors de la naissance permet d'éclairer certains aspects de l'organisation sociale. Dans cette société holiste traditionnelle, tout est lié : les rites de fécondité, les représentations de l'engendrement mais aussi les rapports de genre, les rapports de parenté, le statut de la femme, etc.
- 3 La deuxième partie concerne les matrones. Celles-ci n'apparaissent pas comme une institution mais comme un groupe hétérogène d'individus aux trajets divers et aux pratiques de soins variées incluant les rites de naissance. Elles bénéficient d'une reconnaissance sociale au sein de la population, liée autant à leur statut qu'à leur expérience. Du point de vue de la santé publique et dans un contexte de très forte mortalité maternelle et infantile, elles sont envisagées comme des actrices incontournables de toute action en faveur de la santé des mères et des enfants. Cependant, les points de vue divergent à ce sujet : elles sont perçues soit comme des marâtres dont les pratiques archaïques doivent être contrôlées, soit comme des ressources humaines intéressantes pour les actions de développement en raison de leur localité, de leur insertion dans les communautés rurales et de leur faible coût.
- 4 Elles ont bénéficié de programmes de formation (qui n'ont pas pris en compte leurs savoirs traditionnels) dont les résultats sur la diminution de la mortalité n'ont pas été probants. L'analyse de P. Hancart Petitet montre cependant que les nouveaux savoirs des matrones sont recomposés par les matrones formées qui expliquent les apports, les limites et les incohérences de ces formations (matériel jetable non renouvelé par exemple), les mettant en difficultés dans leurs pratiques.
- 5 La troisième partie étudie la naissance en milieu biomédical. Quel choix du lieu de son accouchement a réellement la femme, soumise à différents motifs : économiques (jusqu'à une période récente, les femmes accouchaient à la maison car les prix des matrones étaient modérés) ; pratiques (accouchement à la maison surtout la nuit, si le village est loin, etc.) ; contextuels (ce peut être la mère ou la belle-mère qui décide, etc.) ; symboliques ?
- 6 Au Tamil Nadu, les indicateurs de santé maternelle sont bien meilleurs que dans le reste de l'Inde et 60% des femmes ont recours aux services biomédicaux (centres de santé primaire, hôpitaux généraux ou cliniques privées). Beaucoup de femmes accouchent dans le centre de santé primaire local mais l'hôpital constitue, pour la plupart, la référence. Si les femmes accouchent à l'hôpital pour être « modernes », les femmes de basse caste y sont mal considérées et vues comme « arriérées » ! Dans ce lieu, s'effectue un tri des patientes en fonction essentiellement de leur statut social et non de leur état de santé... Elles y font l'expérience de la solitude, de l'isolement, et des usages abusifs de la technique avec routinisation de procédures (contrôle permanent des naissances par les soignants avec « prime à la ligature » et tenue de registres statistiques), taylorisation de la naissance (épisiotomie par un médecin, réparation dans une salle différente par une personne différente, etc.).

- 7 Des logiques se croisent illustrées par l'exemple de la césarienne : certains médecins abusent de la césarienne dans une logique d'argent ; des femmes la demandent pour ne pas souffrir; de plus, la logique des astres interfère pour assurer à l'enfant attendu et à sa famille une naissance sous un ciel astral de bon augure...
- 8 La quatrième partie aborde la question de la naissance/VIH et les enjeux médicaux, sociaux et politiques de la transmission mère-enfant. Cette partie est éclairée par les trois précédentes qui permettent de rendre compte de la complexité de la situation et de comprendre comment le traitement social du sida est un révélateur des rapports entre logiques sociales et système de soins.
- 9 L'épidémie de VIH a été longtemps niée en Inde. Le retard de reconnaissance de la maladie et le maintien d'un discours moralisateur et conservateur sur l'épidémie ont retardé les actions et la mise en œuvre de programmes de prévention et de soins. Actuellement des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) sont en place car la transmission de la mère à l'enfant lors de la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement constituent la part essentielle des contaminations de l'enfant. Cependant, l'épidémie reste « invisible » et la maladie est peu connue des femmes en zone rurale qui en connaissent l'existence mais pas les moyens de transmission ni de protection ; le sida apparaît comme un problème secondaire face à l'ensemble des problèmes liés à la pauvreté. De plus les femmes sont considérées comme responsables de la diffusion de la maladie et pour elles, le risque du VIH peut être faible par rapport au risque social de rejet de la famille : « il ne s'agit pas tant de prendre un risque que de refuser d'en prendre un autre ».
- 10 Du côté des professionnels, malgré la mise en place de programmes de prévention (PTME), il persiste des réticences à prendre en charge les femmes enceintes infectées par le VIH, réticences qui s'expliquent non seulement par la peur de la contamination mais aussi par tous les changements d'habitudes et d'organisations imposés par la mise en place d'un tel programme. De plus, les pratiques médicales ne dépendent pas toujours de la seule rationalité biomédicale mais d'une combinaison de facteurs divers parmi lesquels la connaissance de la respectabilité de la famille, ou encore la représentation de la maladie en tant que sanction et conséquence du non-respect des normes sociales qui entraîne une logique sous-jacente de discrimination envers les personnes malades.
- 11 Quel rôle ont les matrones dans la transmission du VIH de la mère à l'enfant ? Certaines pratiques de matrones augmentent les risques de transmission alors que d'autres ont tendance à les limiter. Faut-il inclure les matrones dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Inde du Sud? Selon P. Hancart Petitet, cela serait possible et intéressant du fait de leur statut favorable dans cet état ; cependant, ceci n'est défendu ni par les représentants des organisations visant à la promotion des médecines traditionnelles ni par les autorités sanitaires de l'État. Ce constat semble illustrer deux aspects fondamentaux de la naissance dans le contexte de l'Inde contemporaine : la persistance de l'ambiguïté de la réponse gouvernementale face au sida et l'absence de pertinence des défenseurs de l'accouchement « naturel » en ce qui concerne les aspects sanitaires de la naissance en Inde rurale.
- 12 Pour conclure, P. Hancart Petitet aborde le concept de « savoir d'autorité » comme étant un « outil pertinent pour une anthropologie critique de la naissance », ouvrant sur d'autres perspectives de recherches.