Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

140-141 | 2015

Alimentation, arme du genre

L'accouchement en Inde : une affaire d'État ?

Childbirth in India: An Affair of State

Clémence Jullien

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/6140>

DOI : 10.4000/jda.6140

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 15 juin 2015

Pagination : 259-280

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Clémence Jullien, « L'accouchement en Inde : une affaire d'État ? », *Journal des anthropologues* [En ligne], 140-141 | 2015, mis en ligne le 15 juin 2017, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/6140> ; DOI : 10.4000/jda.6140

L'ACCOUCHEMENT EN INDE : UNE AFFAIRE D'ÉTAT ?

Clémence JULLIEN*

Depuis quelques décennies, des possibilités alternatives d'accouchement à domicile se développent dans les pays occidentaux pour répondre à une demande croissante ; en Inde l'accouchement institutionnel médicalisé fait l'objet d'une priorité étatique aux dépens de l'accouchement par sage-femme traditionnelle à domicile (*dārī*). Cette biomédicalisation de la maternité constitue, depuis une dizaine d'années, une des priorités du gouvernement indien qui multiplie les programmes de santé de la reproduction en s'inscrivant dans la lignée des grandes directives des instances internationales (accès universel aux soins, prévention des maladies sexuellement transmissibles, promotion de l'égalité des sexes, entre autres). Il s'agit ici de mettre en exergue les enjeux explicites et implicites de ces politiques gouvernementales. Quelles normes ces programmes véhiculent-ils et quelles répercussions sociales en découlent ?

Pour ce faire, je mobiliserai des données issues d'une recherche de terrain ethnographique au sein d'un hôpital

* Université Paris-Ouest Nanterre La Défense (UPOND/CEIAS)
200, avenue de la République – 92000 Nanterre
Courriel : clemencejullien@yahoo.es

gouvernemental d'obstétrique¹ de la ville de Jaipur (Rajasthan). L'objectif est d'aborder cette thématique sous une triple optique : politique, médicale et individuelle. Dans un premier temps, je questionnerai le processus historique d'institutionnalisation de la santé materno-infantile en Inde en analysant les enjeux politiques et idéologiques. Je montrerai ensuite la manière dont les équipes hospitalières envisagent et appréhendent ces politiques de santé. Enfin, dans une dernière partie, j'aborderai le processus de biomédicalisation du point de vue des patientes et de leurs familles en mettant en relief leurs réactions et leurs conceptions.

La biomédicalisation de la santé materno-infantile : entre intérêts politiques et enjeux idéologiques

Qu'il s'agisse des réformes de l'époque coloniale, des politiques de santé indiennes actuelles ou des instructions de santé listées parmi les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)², le discours touchant à la figure maternelle et infantile semble *a priori* similaire. Les femmes et les enfants y sont fréquemment décrits comme des catégories « vulnérables »³, davantage exposées aux violences (domestiques, physiques, sexuelles) que les hommes et dont les taux de mortalité sont jugés excessifs et intolérables pour la société. De plus le lancement d'un nouveau programme de santé materno-infantile est fréquemment assorti de discours à tendance paternaliste. Au-delà de cet apparent devoir de protection, que se joue-t-il autour de la santé materno-infantile en Inde ? En quoi constitue-t-elle un sujet clef de débats et de réformes

¹ Pour conserver l'anonymat du lieu et du personnel hospitalier, les noms utilisés dans cet article ont été changés.

² Au nombre de 8, les OMD ont été promus par l'ONU et adoptés par les 189 États membres lors du sommet du millénaire tenu à New-York en septembre 2000.

³ En Inde par exemple, le gouvernement regroupe les droits des femmes et des enfants sous le même ministère : Ministry of Women and Child Development.

révélatrices d'intérêts politiques et d'enjeux idéologiques plus globaux ?

Sous l'ère coloniale

Comme le rappelle N. Azad, les autorités britanniques étaient divisées à propos du rôle que devait jouer l'État colonial pour réformer la société indienne (2003 : 199). Si le gouvernement britannique choisit d'adopter une position neutre dans le domaine religieux, le statut des femmes en Inde fit en revanche l'objet d'abondants débats et de diverses réformes. « La croisade pour l'émancipation des femmes indiennes devint, partout en Inde, le premier principe du mouvement de réforme sociale (Heimsath, 1964 : 14). Les rapports coloniaux dénonçaient tour à tour le recours à l'infanticide féminin, les mariages précoces et arrangés, le faible statut des femmes et la pratique de la *sātī*⁴. En matière de santé materno-infantile, ils déploraient notamment le taux élevé de nouveau-nés et de femmes qui mourraient en couche dans les mains de *dāī*, les sages-femmes traditionnelles.

Provenant généralement de basse caste et de classe sociale défavorisée, ces *dāī* supervisaient le bon déroulement de l'accouchement et se voyaient accorder certaines responsabilités rituelles lors des cérémonies de naissance. Appartenant en grande majorité à la caste des barbiers (*nāī*), ces femmes, souvent analphabètes, ont acquis leur savoir-faire auprès de leur mère ou de leur belle-mère.

Les *dāī* incarnaient « le pire type de superstitions et d'histoires de bonne femme » (Chandrasekhar, 1959 : 129) et leurs pratiques étaient marquées par « l'insalubrité et le manque d'hygiène ». Sous l'ère coloniale, ces descriptions critiques et indignées constituent un leitmotiv. Les auteurs ne se limitent pas à condamner l'incompétence des *dāī* mais les assimilent à des bourreaux, à des femmes monstrueuses et meurtrières. Ainsi M. F. Billington décrit

⁴ Pratique hindoue selon laquelle une veuve s'immole sur le bûcher funéraire de son mari.

les *dāī* comme « de véritables prototypes orientaux de Sarah Gamp⁵ en matière d'ignorance, de cruauté et d'avarice » (1895 : 3). Corrélativement, les mères ou les nouveau-nés qui décèdent entre les mains des *dāī* sont, dans cette littérature coloniale, érigés en victimes.

La National Association for Supplying Female Medical Aid to the Women of India, instaurée en 1885 par la comtesse de Dufferin sous le patronage de la reine Victoria, constitua une étape charnière de médicalisation de l'accouchement en Inde. Renommé par la suite Dufferin Fund, ce programme de santé philanthropique prévoyait de former des sages-femmes selon le modèle allopathique européen de l'époque (Hodges, 2006). Selon la reine Victoria, ce programme était destiné à « remédier aux souffrances des pauvres femmes en Inde » (Forbes, 2005 : 86). Cela impliquait pour les instigateurs du Fonds Dufferin d'importer en Inde le modèle de santé médical britannique de l'époque, c'est-à-dire un ensemble de savoir-faire et de techniques médicales mais aussi de normes et de valeurs⁶. De tels programmes permirent d'œuvrer pour l'amélioration de la santé des femmes indiennes, d'introduire le système biomédical en Inde et d'asseoir la suprématie des savoir-faire coloniaux face aux pratiques traditionnelles des *dāī*, jugées insalubres. Autrement dit, à l'ignorance et à la cruauté attribuées aux *dāī*, s'opposaient le savoir et le progrès incarnés par le modèle biomédical occidental.

L'instauration de ce système de santé exogène s'effectua sur fond de réflexion des particularités socioculturelles indiennes en matière de santé et de rapports de genre. Dans les dispensaires de missionnaires et dans les hôpitaux, les officiers britanniques avaient constaté une sous-représentation manifeste des femmes. Les instigateurs du Fonds Dufferin interprétèrent l'insuffisante prise en charge médicale des femmes indiennes comme une résultante

⁵ Personnage (infirmière) de C. Dickens in *Martin Chuzzlewit* (1844).

⁶ Comme le rappelle R. Massé, la santé publique est une entreprise normative « d'acculturation des citoyens modernes à la culture sanitaire (le *healthism*) » (2001 : 42).

culturelle du *purdah*. Selon cette pratique de réclusion spatiale, les épouses, notamment celles appartenant aux classes sociales favorisées, vivent exclusivement dans une partie de la maison réservée aux femmes, le *zenānā*⁷. Dans leurs correspondances et leurs rapports, les partisans de ce programme de santé consolidèrent un stéréotype très développé parmi les colons, celui de la femme indienne vulnérable et dominée, à la fois victime des « traditions » et de la « brutalité des hommes ». À ce titre, le discours prononcé lors de la première réunion générale du Fonds Dufferin est éclairant. Il est expliqué que « les femmes de l'Inde ont été opprimées » et que « le mélange de maladies, de pauvreté et de mortalité résulte de l'ignorance et de mauvaises coutumes » (Lal, 2009 : 67). De tels propos correspondaient à la vie de nombreuses femmes en Inde ; ils permettaient également de légitimer les réformes paternalistes instaurées par les britanniques et d'afficher leur supériorité en matière de santé et de rapports de genre.

Le processus d'instauration de ce programme du Fonds Dufferin constitue selon M. Lal « l'institutionnalisation de genre la plus importante dans l'histoire de la médecine coloniale en Inde » (*ibid.* : 56). Sous l'ère coloniale, le processus d'institutionnalisation médicale de la santé materno-infantile impliquait d'importants enjeux politiques et idéologiques. Aux yeux des autorités britanniques, la santé maternelle indienne révélait, tel un kaléidoscope, une infinie combinaison de réformes sociales et de justifications coloniales servant à ancrer le retard social de l'Inde et l'avancée britannique en matière de genre et d'hygiène.

De manière intéressante, les élites s'emparèrent relativement rapidement de ces nouvelles normes sanitaires pour en faire à leur tour un marqueur identitaire. En effet, si les colons importèrent en Inde leur système de santé au nom de l'hygiène qu'ils défendaient, la nouvelle classe moyenne indienne récupéra cette notion – d'hygiène qu'elle associa à celles de pureté et de pollution – pour

⁷ Sur le lien entre *zenānā* et santé, se reporter au travail de l'historienne A. Burton (1996).

affirmer son identité. Comme l'explique Malhotra (2006) dans le cadre du Punjab colonial, au moment où les *dāt* furent stigmatisées par les colons, la classe moyenne indienne émergente chercha à se démarquer de l'origine défavorisée dont étaient issues les *dāt* en optant pour des sages-femmes, issues de meilleures castes et de classes plus élevées. Aux yeux de l'auteur, les notions d'hygiène et d'asepsie promues par les colons furent assimilées au système hindou de pureté et ainsi récupérées pour se distinguer socialement.

Le tournant des années 2000

Si la santé materno-infantile ne constituait pas une priorité au lendemain de l'indépendance indienne (1947), depuis, divers programmes ont été instaurés jusqu'à devenir, dans les années 2000, l'une des priorités pour l'État indien. Malgré plusieurs programmes de santé visant à favoriser l'accouchement institutionnel, seulement 34% des femmes indiennes accoucheraient en milieu institutionnalisé en 1998-1999 (NFHS-2)⁸. Dans les années 2000, deux programmes gouvernementaux décisifs visant à favoriser l'accouchement institutionnalisé sont ainsi instaurés en Inde par la National Rural Health Mission (NRHM). Le premier, Janani Suraksha Yojana (JSY)⁹, inauguré en 2005, prévoit de remettre une somme d'argent aux femmes venues à l'hôpital pour accoucher (1 000/1 400 Rs)¹⁰ ou pour se faire stériliser (750 Rs). Le deuxième Janani Shishu Suraksha Karyakram (JSSK)¹¹, inauguré en 2011, accorde la gratuité totale des soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-natale dans tous les établissements publics, ruraux comme urbains. Afin de faire diminuer la

⁸ Au Rajasthan le taux s'abaisse à 21,5% (NFHS-2) Second National Family Health Survey.

⁹ Programme de protection maternelle.

¹⁰ Au Rajasthan, la somme est de 1 000 Rs (milieu urbain) et de 1 400 Rs (milieu rural). Notons que ces sommes fluctuent différemment selon les États : les Low Performing States (LPS) dont le Rajasthan fait partie offrent une somme plus importante que ne le font les High Performing States (HPS).

¹¹ Programme de protection de la mère et de l'enfant.

mortalité materno-infantile, l'intention du gouvernement consiste à inciter la population à accoucher en milieu institutionnel. Cet aspect est explicitement affiché dans le site web de la National Health Mission (NHM) liée au Ministry of Health & Welfare Family : « Ça motivera celles qui choisissent encore d'accoucher à la maison d'opter pour des accouchements institutionnels ».

Affiche à l'hôpital
« Accouchez à l'hôpital et
bénéficiez des soins. Profitez de JSY »

L'engagement étatique en matière de santé materno-infantile est manifeste dans ces initiatives de démocratisation des soins, mais également dans l'instauration d'une journée nationale pour la santé maternelle (National Safe Motherhood Day) : le 11 avril, en référence au jour anniversaire de Kasturba, l'épouse de Gandhi, des congrès, des récompenses et des débats sont organisés pour sensibiliser la population à la santé de la mère et de l'enfant. De nombreuses statistiques sont présentées pour montrer les efforts fournis ces dernières décennies ainsi que les progrès à réaliser¹².

¹² Les notions de « responsabilité sociale » et de « droit des femmes » sont employées dans les discours et les articles. En attestent les discours de l'actrice de Bollywood Shabana Azmi (ambassadrice pour la santé maternelle) ou celui de Shri Sudip Bandyopadhyay (Minister of State for Health and Family Welfare).

Divers chercheurs (Jeffery, 1988 ; Gupta, 2012) ont souligné les échecs, les résultats ambivalents, les pratiques de corruption et la violence structurelle des programmes de développement instaurés par l'État indien. Le même paradoxe est alors avancé : l'Inde constitue la quatrième puissance économique mondiale mais son indice de développement humain demeure particulièrement bas¹³ et le secteur de la santé particulièrement négligé. Il serait réducteur d'interpréter les récents programmes de santé indiens exclusivement à la lueur de ce que B. Hours nommerait « la croyance impériale occidentale » (2012 : 22) du développement. Ceci dit, les programmes destinés à améliorer la santé materno-infantile se trouvent incontestablement dans la lignée des directives de santé promulguées par l'OMS ou le FUNAP (Fonds des Nations Unies pour la population). Plus exactement, la prolifération de ces programmes gouvernementaux est liée en partie à l'instauration en 2000 de huit OMD (Objectifs du millénaire pour le développement), parmi lesquels figurent la réduction de la mortalité infantile (objectif 4) et l'amélioration de la santé maternelle (objectif 5).

En mettant l'accent précisément sur la santé materno-infantile, le gouvernement indien entend aussi rompre avec un objectif précédent axé sur le planning familial. Rappelons que l'Inde a été le premier pays à annoncer officiellement l'instauration d'un programme de planning familial en 1951. Dans les années 1960-70, l'approche par cible numérique et les camps de vasectomie en masse se généralisent¹⁴. Les mesures coercitives des politiques de stérilisation s'intensifient sous la période d'*Emergency* d'Indira Gandhi : vers 1975-1977 des milliers d'individus, notamment de sexe masculin et de milieu défavorisé, sont stérilisés en échange d'une faible indemnité financière. Comme le souligne C. Guilmoto (2004 : 38), cette tendance révélait la volonté d'étendre rapidement la baisse de

¹³ Selon un rapport de 2009, l'Inde se situe au 134^e rang sur 182 pays (Gupta, *op. cit.* : 3).

¹⁴ Ces programmes se développèrent à la suite d'un camp instauré en 1970-1971 par un préfet d'Ernakularam au Kerala : 65 000 vasectomies furent effectuées en deux semaines.

la fécondité aux « classes laborieuses » résidant dans les bidonvilles. Suite à ces politiques de stérilisation forcée, les programmes de planning familial et même plus largement les centres hospitaliers ont suscité une grande méfiance teintée de ressentiment au sein de la population. Les gouvernements postérieurs ont pris soin de modifier l'orientation des politiques démographiques. Pour symboliser ce tournant, en 1977, le ministère du Planning familial (Family Planning) est ainsi rebaptisé « Bien-être familial » (Family Welfare). L'accès et l'amélioration des soins de la reproduction sont intégrés au « Family Welfare Programme » et le gouvernement indien promeut désormais la limitation des naissances *via* des procédés moins coercitifs : l'accent est mis sur les moyens contraceptifs réversibles (pilules, préservatifs et stérilets entre autres) et l'approche repose sur le *counselling*, le caractère volontaire et informé de la population.

Autrement dit, le gouvernement s'efforce, notamment depuis les années 1990¹⁵, de donner une image nouvelle et positive de la santé de la reproduction par un double processus de démocratisation : une démocratisation des politiques de la santé de la reproduction (droit humain) et une démocratisation des soins de la maternité (système de gratuité, accès pour tous).

Affiche gouvernementale sur le programme de protection de la mère et de l'enfant (JSSE)

Le logo du *National Rural Health Mission* promouvant les petites familles

¹⁵ Rappelons qu'en proposant une approche holistique de la santé de la reproduction, la Conférence du Caire tenue en 1994 a joué un rôle décisif en la matière.

La désapprobation du personnel hospitalier : les revers de la démocratisation des soins

La chose que je n'aime pas dans cet hôpital c'est que tout est gratuit, [m'explique l'interne Manju à l'hôpital].

Tout est gratuit, pas de frais de bloc opératoire, ni de médicaments, ni de lits, ni de visites médicales, ni de soins infirmiers. Rien ! [s'exclame Susheela, une des infirmières, en haussant le ton, l'air visiblement agacé].

Loin d'être minoritaires, ces deux points de vue révèlent la tendance majoritaire du personnel hospitalier qui condamne les politiques gouvernementales de démocratisation des soins.

Suite aux programmes JSY et JSSK, le nombre des patientes a considérablement augmenté, tandis que les effectifs soignants sont restés inchangés. De ce fait, la charge de travail s'est accrue, la qualité des soins a baissé et le taux de mortalité aurait augmenté¹⁶. Cependant, la dégradation des soins ne constitue, comme nous le verrons, qu'un des nombreux arguments, voire un argument secondaire, de désapprobation du personnel hospitalier.

Popularité et quête de votes ?

C'est avec un certain agacement et un sentiment d'injustice que les infirmières se chargent de verser la somme d'argent destinée aux patientes ayant accouché ou s'étant fait stériliser. De fait, chez les médecins et infirmières, nombreux sont ceux qui critiquent ouvertement ces programmes de santé materno-infantile mis en place par le gouvernement :

Le gouvernement veut des voix (votes). La raison principale, c'est les voix électorales. Les médicaments sont gratuits partout, dans tous les hôpitaux gouvernementaux... Que dire ? Le gouvernement ne s'intéresse qu'à ses propres intérêts : s'il y a plus d'enfants, ça leur fera plus de voix !

D'après ces discours, le gouvernement du Congrès aurait rendu la santé materno-infantile gratuite en vue de gagner en popularité et de remporter les prochaines élections. Ce même discours se

¹⁶ C'est ce que constataient de nombreux médecins qui envisageaient d'envoyer un rapport au gouvernement à ce sujet.

retrouve fréquemment dans la presse. Ainsi, peut-on lire que le parti du Congrès cherche, dans son programme électoral, à « protéger son image pro-pauvres¹⁷ » *via* ses politiques de santé. Pour les médecins, issus majoritairement de hautes castes, ces politiques populaires de santé permettraient au parti du Congrès de récolter des votes des plus démunis (majoritairement des basses castes et des musulmans) car les castes « sont devenues de plus en plus concurrentes » (Deliège, 2004 : 228) et particulièrement instrumentalisées à la veille des élections.

De manière intéressante, les intentions démagogiques que le personnel hospitalier attribue aux politiques gouvernementales de santé font écho, me semble-t-il, à celles émises quelques siècles auparavant, à l'égard des colons britanniques : l'instauration de politiques de santé de la reproduction répondrait à des intérêts idéologiques et/ou politiques. À l'époque coloniale comme aujourd'hui, ces enjeux implicites sont légitimés par un discours paternaliste où les autorités se portent protectrices de catégories jugées vulnérables, les femmes et les enfants. Actuellement, le gouvernement indien se porte garant de l'amélioration de la santé materno-infantile. Cette volonté véhiculée par le gouvernement est particulièrement mise en évidence par les diverses publicités de JSY et de JSSK situées sur les bus de la ville, sur les murs des hôpitaux publics et sur les supports publicitaires comme la grande affiche située sur M. I. road – l'une des principales artères de la ville – listant les services de soins gratuits offerts (programme JSSK) sous la photo du visage souriant d'Ashok Gehlot, Premier ministre du Rajasthan¹⁸. Dans les deux cas, les programmes de santé materno-infantile sont investis de conflits identitaires et de distanciation sociale envers les plus défavorisés.

¹⁷ « Par sa promesse électorale concernant l'amélioration du système sanitaire, le parti du Congrès tente de communiquer son image en faveur des pauvres », *The Economic Times*, 27 janvier 2014.

¹⁸ Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Au Rajasthan, le parti du Congrès a perdu les élections de 2014. C'est désormais le parti du Bharatiya Janata Party (BJP) qui est en tête avec Vasundhara Raje comme Chief Minister.

Malgré ces logiques discursives inchangées, force est de constater que les bénéficiaires concernées ne sont plus les mêmes. Autrefois destinés aux femmes des milieux favorisés des *zenānā*, les programmes de santé materno-infantile mis en place récemment par le parti du Congrès s'adressent aujourd'hui aux femmes situées sous la ligne de pauvreté¹⁹, provenant majoritairement de familles de basse caste, socialement et économiquement défavorisées. Le fort taux de mortalité maternelle jadis expliqué par les pratiques des *dāt* et du *pardah* est aujourd'hui davantage attribué à la pauvreté et à l'ignorance des familles.

Les populations rurales ont plein d'argent mais ne le dépensent pas

En effet, outre les prétendues vues intéressées des politiciens, les ressentiments de l'équipe hospitalière portent également sur une partie des bénéficiaires qui profiteraient, voire abuseraient de ce nouveau système de gratuité. C'est ce qu'énoncent très clairement infirmières et médecins :

À vouloir courir derrière l'argent de JSY, les gens sont complètement fous. Cela leur vide la cervelle. Les patients viennent ici par cupidité. Il y a des patients qui viennent ici parce qu'ils reçoivent de l'argent ici. Ils obtiennent tout gratuitement. Et ils veulent rester trois, cinq jours parce qu'ils peuvent manger tranquillement, etc. Ils rendent juste leurs femmes enceintes pour avoir tout ça. Ils ont 1 700 Rs. Et ils veulent l'argent pour boire et tout et tout.

Surtout, et comme le suggère une infirmière dans la citation exposée en titre, les familles ne seraient pas dans la nécessité mais seraient réticentes à dépenser de l'argent. Le personnel hospitalier pointe du doigt le repos (*arām*) et la cupidité (*lālach*) des patientes. Ces deux caractéristiques, à connotation négative, s'avèrent aux antipodes de la manière dont les médecins et les infirmières perçoivent leur pratique professionnelle au sein de l'hôpital. D'une part, les médecins et les infirmières se plaignent de la surcharge de travail (avec une moyenne quotidienne de 250-300 patientes à

¹⁹ Si, dans les faits, tout le monde peut bénéficier du programme JSY, le gouvernement le prévoyait explicitement pour « les femmes enceintes pauvres » (*poor pregnant women*).

consulter par jour), d'autre part ils se mobilisent et ont organisé plusieurs grèves au printemps 2012 en vue d'obtenir une hausse de salaire.

Surtout, et à la grande irritation du personnel hospitalier, les femmes peuvent bénéficier de ces programmes indépendamment du nombre d'enfants qu'elles ont eus. Presque à l'unanimité, les médecins considèrent que la gratuité des soins et la remise financière ne devraient concerner que les deux premiers accouchements. Pour le Dr. Sanjit comme pour de nombreux autres médecins, ces programmes traduisent une injustice :

Ça croît dans le mauvais sens. La classe sociale supérieure est restreinte à n'avoir qu'un enfant mais dans les basses classes sociales elles ne le sont pas [...] Tout est politique. Le Rajasthan fait partie des États ayant adopté « la norme des deux enfants » (*two-child norm*) qui empêche les employés ayant plus de deux enfants d'avoir un poste dans la fonction publique et dans les *Panchāyat*²⁰.

Ces sentiments d'injustice et d'indignation suscités par les programmes de gratuité s'ajoutent aux diverses rancœurs que le personnel hospitalier éprouve envers les patientes. Cet hôpital public accueille les femmes des villages avoisinants Jaipur et celles du quartier limitrophe de Ramganj à forte majorité musulmane²¹. D'origine défavorisée, de basses castes et souvent analphabètes, les patientes sont fréquemment désignées comme des « péquenaudes (*gaonwār*) incultes bourrées de superstition » ou « des analphabètes sans hygiène qui ne comprennent rien ». Quotidiennement, les médecins et les infirmières s'en plaignent car cela implique de « pourvoir à chacun de leurs besoins », « être toujours à leurs côtés », « répéter toujours et encore les mêmes instructions ». Outre les responsabilités médicales à prendre, il convient de raisonner des femmes dont les prétendues « superstitions » (*andhvishvās*),

²⁰ Le Rajasthan fait partie des États ayant adopté « la norme des deux enfants » (*two-child norm*) qui empêche les employés ayant plus de deux enfants d'avoir un poste dans la fonction publique et dans les Conseils de village (*Panchāyat*).

²¹ Sur les quartiers à majorité musulmane de la ville de Jaipur, lire les travaux de Gayatri Jai Singh Rathore (2012).

traditions et le manque d'éducation rendent l'interaction difficile et le travail du personnel éprouvant. Surtout, en ne respectant pas les nouvelles normes familiales promues par le gouvernement, ces femmes et leurs familles²² sont considérées comme fautives. D'une part, elles n'offriraient pas à leur progéniture une éducation convenable, d'autre part, en persistant à vouloir des fils (déséquilibre du *sex ratio*) et des grandes familles (problème de surpopulation), elles entraveraient le développement de l'Inde.

De manière *a priori* paradoxale, l'institutionnalisation et la démocratisation des programmes de santé de la reproduction font l'objet, au sein de l'équipe hospitalière, de critiques sévères. D'abord, la gratuité de la santé materno-infantile serait fondée sur une erreur de jugement : selon le personnel hospitalier, ce serait moins par pauvreté que par avarice que les plus démunies n'accouchent pas à l'hôpital. La largesse actuelle du gouvernement serait donc infondée et accentuerait la cupidité des démunies. Ensuite, ces programmes inciteraient les plus démunies à se reproduire davantage et, par conséquent, à reproduire la pauvreté et l'analphabétisme. La communauté musulmane est explicitement visée. Cette crainte révèle des crispations intercommunautaires manifestes et anciennes : en se fondant sur les taux de fécondité des recensements indiens (*Census*), les nationalistes hindous entretiennent depuis longtemps le mythe d'une « Inde sans hindous²³ », « envahie » par une population musulmane grandissante, ce que C. Jaffrelot (1993 : 405-411) nomme « le complexe d'infériorité majoritaire ». Pour certains membres du personnel hospitalier, les femmes musulmanes continueraient de se reproduire « comme des chiens et des chats » et ce, gratuitement. Ainsi, ces programmes

²² Ce sont avant tout les beaux-parents ou le mari qui prennent ces décisions en matière de santé de la reproduction (choix du type d'accouchement, de l'hôpital, des moyens de contraception, etc.).

²³ L'ouvrage fondateur de U. N. Mukherjee, *Hindus, A dying race* (1909) a été largement repris par les nationalistes hindous. Depuis, de nombreux chercheurs comme M. Rao (2010), R. & P. Jeffery (2006), R. B. Bhagat (2004) ont déconstruit ces arguments.

ont-ils contribué à renforcer la stigmatisation des patientes qui sont, de par leurs origines socio-économiques, déjà fréquemment déconsidérées.

L'avant et l'aujourd'hui : de l'accouchement à domicile à l'accouchement à l'hôpital

Interroger ce foisonnement de programmes gouvernementaux, c'est enfin analyser la manière dont les bénéficiaires de ces politiques de démocratisation et d'institutionnalisation de la santé materno-infantile redoutent et/ou rationalisent ce processus de soins.

Entre progrès et désenchantement

Contrairement à un certain discours alternatif qui se développe en Occident, à aucun moment mes informatrices ne condamnèrent l'institutionnalisation de la grossesse sous l'angle de sa dénaturation ou de l'aliénation du corps de la femme. Les discours sur la biomédicalisation révèlent, de la part des patientes, des inquiétudes d'une plus ample portée où les enjeux économiques ne constituent qu'un des aspects.

De nombreuses femmes associaient l'institutionnalisation de la santé à une dégradation globale due à la modernité. Ainsi, une belle-mère qui avait pour sa part accouché à domicile avec une *dār* affirma qu'« il fallait de nos jours accoucher à l'hôpital ». Telle était la décision qu'elle avait prise pour l'accouchement de sa belle-fille car :

Avant, les choses étaient pures, aujourd'hui tout est mélangé. Avant, il pleuvait tellement que l'on ne sortait pas de la maison pendant quinze jours et maintenant regarde... Telle est la volonté divine. Que le temps a changé !

Dans cette même salle de post-accouchement, une autre belle-mère m'expliqua :

J'ai choisi de l'emmener à l'hôpital car les filles de nos jours sont très fragiles. Les douleurs que nous endurions, les filles de cette époque ne les supportent plus. À la moindre chose, elles demandent à aller chez le médecin.

Presque à l'unanimité, les familles affirmaient aussi que les *dār* étaient moins expérimentées, moins compétentes et plus cupides.

La nature désormais plus fragile des femmes, la dégradation de la qualité des aliments et la déperdition d'un savoir-faire ancestral rendraient l'accouchement à l'hôpital nécessaire. Autrement dit, l'institutionnalisation de la santé maternelle est perçue comme résultant d'un processus global de détérioration. La qualité des soins ou la compétence des médecins ne sont que partiellement mentionnées. Compte tenu de cette conjoncture, les familles, y compris certaines *dāī* interrogées, affirment qu'il est aujourd'hui important d'accoucher en milieu hospitalier. Malgré cette intime conviction, l'hôpital est perçu comme un milieu inhospitalier : l'inconfort et la saleté sont pointés du doigt mais ce sont les rapports aux médecins qui sont le plus fréquemment décriés, par opposition à la figure réconfortante et bienveillante de la *dāī* et ce, avec une certaine nostalgie.

Des rapports conflictuels

La *dāī* serait celle qui prend soin de la parturiente, qui la choie sans compter son temps :

J'aime bien les *dāī*. [...] Avec les médecins, le bébé naît et le lendemain on nous renvoie à la maison. La *dāī*, elle, prend soin de la mère pendant un mois et demi.

La *dāī* passait l'après-midi assise à mes côtés, elle me faisait boire du *chāy*, me faisait manger des amandes. Ici, dès qu'on arrive, on prend peur.

La *dāī* a également l'avantage de savoir prédire le moment de l'accouchement et de garantir l'accouchement par voie naturelle.

La *dāī* pouvait prévoir exactement le jour et l'heure de la venue de l'enfant. Et c'était à ce moment.

À la maison, l'accouchement se fait par voie naturelle, il n'y a pas d'opération, il n'y a pas de soucis.

A contrario, l'hôpital est présenté comme un milieu hostile ; les médecins y sont expéditifs, la pratique du bakchich est nécessaire²⁴, le manque d'hygiène est déploré, l'accouchement par

²⁴ Des discours similaires entre le corps des parturientes et sont tenus en Inde du Sud (Van Hollen, 2003 : 122-123). Malgré les divers panneaux placardés aux murs de l'hôpital rappelant que la pratique du bakchich est

césarienne apparaît comme une éventualité à considérer et aucun accompagnateur n'est autorisé à assister la parturiente. À la convivialité et au réconfort du passé s'opposeraient la froideur et la crainte de l'accouchement en milieu hospitalier. Cet argument apparaît comme un truisme tant il a été utilisé pour dénoncer la déshumanisation de l'univers de l'enfantement. L'institutionnalisation, la médicalisation, la masculinisation et la dénaturalisation de l'accouchement sont autant de critiques communes de l'accouchement contemporain que mes informatrices formulaient de manière indirecte en se référant, *a contrario*, à la figure de la *dāī*. Cependant, si en Occident les politiques gouvernementales sont rendues responsables de l'institutionnalisation de l'accouchement et de ce fait critiquées par les défenseurs de l'accouchement à domicile (Jacques, 2007), mes informatrices ne percevaient pas la mutation de l'accouchement comme une décision de santé publique imposée ni comme un acte « politique »²⁵.

Autrement dit, les critiques portent moins sur le système biomédical en tant que tel que sur les relations conflictuelles avec le personnel hospitalier et les éventuelles discriminations et humiliations dont elles peuvent être victimes en tant que femmes analphabètes, de basse caste ou de confession hindoue comme musulmane.

Conclusion

Sous l'État colonial comme à l'époque actuelle, les processus d'importation puis d'institutionnalisation de la santé materno-infantile apparaissent comme un prisme analytique révélant diverses tensions sociales et identitaires d'un pays en plein développement. La triple focale adoptée ici (politique, médicale et familiale) permet

illégal, les familles donnent des *bakchich* aux infirmières et aux aides-soignantes pour s'assurer de meilleurs soins et services.

²⁵ B. Jacques montre qu'en France, les premières critiques de l'accouchement médicalisé proviennent des courants féministes et écologistes du début des années 1970 et que l'accouchement à domicile est en partie « un acte "politique" » (*op. cit.* : 162).

de montrer ce qui se joue au niveau des autorités politiques mais aussi du corps médical et des bénéficiaires de soin.

Outre l'enchevêtrement d'enjeux politiques, idéologiques et sociaux qui est ici analysé, le processus d'institutionnalisation de la santé materno-infantile révèle un changement discursif intéressant : pendant l'époque coloniale le système de santé biomédical instauré par les colons était altéré par le rôle des *dāī* ; aujourd'hui le succès des programmes de santé materno-infantile serait entaché par l'irresponsabilité des patientes elles-mêmes. Autrefois victimes de la barbarie des *dāī*, les femmes sont aujourd'hui reléguées, aux yeux du corps médical, au rang de fautives. Sont en cause non plus le système traditionnel indien ou la pratique des *dāī*²⁶, mais l'ignorance des plus démunis et les torts qu'ils causent au développement de l'Inde.

Si le discours gouvernemental est incontestablement plus nuancé, la population dont il est ici question constitue, sans aucun doute, un défi et un enjeu de taille pour le gouvernement indien qui souhaite incarner et afficher une image de superpuissance. Prendre en charge la santé materno-infantile, c'est, pour les autorités, montrer leur détermination à combattre la pauvreté. En incitant la population à se rendre en milieu hospitalier, c'est aussi s'assurer qu'elle soit sensibilisée aux nouveaux comportements familiaux promus. En effet, si la réduction du taux de mortalité materno-infantile constitue l'un des objectifs du gouvernement, il convient également de juguler la croissance démographique et de combattre le déséquilibre du *sex ratio* dans un pays qui compte plus d'un milliard deux cent dix millions d'habitants et dont le *sex ratio* est de 914 femmes/1 000 hommes pour les moins de six ans (*Census*, 2011).

²⁶ Si la pratique des *dāī* persiste, leur statut a considérablement baissé. Sur la dévalorisation des *dāī*, se reporter aux travaux de D. N. Kakar (1980), de P. Hancart-Petitot (2005) ou de S. Pinto (2008).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AZAD N., 2003. « Gender and Family: State Intervention in India », in PERNAU M., AHMAD I. & REIFELD H. (dir.), *Family and Gender. Changing Values in Germany and India*. New Delhi/Thousand Oaks/London, Sage publications : 198-223.
- BHAGAT R. B., 2004. « Fact and Fiction. Census 2001 and Religion Data », *Economic and Political Weekly*, XXXIX(39), 4292-4294.
- BILLINGTON M. F., 1895. *Women in India*. London, Chapman & Hall.
- BURTON A. 1996. « Contesting the Zenana: The Mission to Make "Lady Doctors for India," 1874-1885 », *Journal of British Studies*, 35 (July).
- CHANDRASEKHAR S., 1959. *Infant Mortality in India 1901-55. A Matter of Life and Death*. London, Allen & Unwin.
- DELIÈGE R., 2004. *Les castes en Inde aujourd'hui*. Paris, PUF.
- FORBES G., 2005. *Women in Colonial India. Essays on Politics, Medicine and Historiography*. New Delhi, Chronicle books.
- GUILMOTO C., KULKARNI P. M., 2004. « Les femmes, la caste et l'État : cinquante ans de planification familiale en Inde », in GAUTIER (dir.), *Les politiques de planification familiale : cinq expériences nationales*. Paris, CEPED : 25-74.
- GUPTA A., 2012. *Red Tape. Bureaucracy, Structural Violence and Poverty in India*. Durham/London, Duke University Press.
- HANCART-PETITET P., 2005. « Mortalité maternelle au Ladakh : de la santé publique à l'anthropologie », in PORDIÉ (dir.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. Paris, Karthala : 123-143.
- HEIMSATH C. H., 1964. *Indian Nationalism and Hindu Social Reform*. Princeton, Princeton University Press.
- HODGES S., 2006 (dir.). « Towards a History of Reproduction in Modern India », in *Reproductive Health in India. History, Politics, Controversies*. New Delhi, Orient Longman : 1-21.

- HOURS B., 2012. *Développement, gouvernance, globalisation. Du XX^e au XXI^e siècle*. Paris, L'Harmattan.
- JACQUES B., 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Paris, PUF.
- JAFFRELOT C., 1993. *Les nationalistes hindous. Idéologie, implantation et mobilisation des années 1920 aux années 1990*. Paris, Presse de la fondation nationale des sciences politiques.
- JEFFERY R., 1988. *The Politics of Health in India*. Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
- JEFFERY P., JEFFERY R., 2006. *Confronting Saffron Demography. Religion, Fertility, and Women's Status in India*. New Delhi, Three Essays Collective.
- KAKAR D. N., 1980. *Dais the Traditional Birth Attendants in India*. Delhi, New Asian Publishers.
- LAL M., 2009. « The Politics of Gender and Medicine in Colonial India » in KUMAR (dir.), *Women and Science in India*. New Delhi, Oxford University Press : 55-97.
- MALHOTRA A., 2006. « Of Dais and Midwives: "Middle Class" Interventions in the Management of Women's Reproductive Health in Colonial Punjab », in HODGES S. (dir.) *Reproductive Health in India. History, Politics, Controversies*. New Delhi, Orient Longman : 199-226.
- MASSÉ R., 2001. « Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé » in FOURNIER C. et al. (dir.), *Éducation pour la santé et éthique*. Paris, Éditions du Comité français pour l'éducation à la santé : 52-74.
- MUKHERJEE U. N., 1909. *Hindus, A dying race*. Calcuta, s.n.
- PINTO S., 2008. *Where there is no Midwife. Birth and Loss in Rural India*. New York/Oxford, Berghahn Books.
- RAO M., 2010. « On Saffron Demography ». *Economic and Political Weekly*, XLV(41) 9th Oct.
- RATHORE G. J. S., 2012. « Ramganj, Jaipur. From Occupation-based to Communal Neighbourhood? » in GAYER et al. (dir.), *Muslims in India Cities. Trajectories of Marginalisation*. New York, Columbia University Press : 81-103.

VAN HOLLEN C., 2003. *Birth on the threshold. Childbirth and Modernity in South India*. California, University of California Press.

Sites internet consultés

– Census 2011

<http://censusindia.gov.in/>

– National Health Mission (NHM) : programme JSY

<http://nrhm.gov.in/nrhm-components/rmnch-a/maternal-health/janani-suraksha-yojana/background.html>

– National Health Mission (NHM) : programme JSSK

<http://nrhm.gov.in/nrhm-components/rmnch-a/maternal-health/janani-shishu-suraksha-karyakram/background.html>

– National Family Health Survey (NFHS)-2.

<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR81/SR81.pdf>

– Objectifs millénaires pour le développement (OMD)

<https://www.un.org/fr/millenniumgoals/>

– *The Economic Times*

« Congress set to promise universal healthcare coverage in its election manifesto », 2014.

[http://articles.economictimes.indiatimes.com/2014-01-](http://articles.economictimes.indiatimes.com/2014-01-27/news/46685001_1_healthcare-centres-universal-healthcare-coverage-national-health-regulatory)

[27/news/46685001_1_healthcare-centres-universal-healthcare-coverage-national-health-regulatory](http://articles.economictimes.indiatimes.com/2014-01-27/news/46685001_1_healthcare-centres-universal-healthcare-coverage-national-health-regulatory)

Résumé

Fondée sur un terrain ethnographique en milieu hospitalier à Jaipur, cette étude porte sur la biomédicalisation de la santé de la reproduction en Inde du Nord. L'objectif est de comprendre ce qui se joue autour de l'institutionnalisation de la santé materno-infantile, depuis l'époque coloniale jusqu'à nos jours. Pour ce faire, trois perspectives sont développées tour à tour. La première, d'ordre politique, présente les normes idéologiques et les positions adoptées par les autorités coloniales puis par le gouvernement indien. La deuxième révèle la désapprobation du personnel

hospitalier à l'égard de la récente démocratisation de la santé materno-infantile. La troisième perspective, enfin, décrit la perception des bénéficiaires et souligne comment l'institutionnalisation de l'accouchement tend à renforcer les clivages socioreligieux en Inde.

Mots-clefs : Inde, biomédicalisation, santé materno-infantile, hôpital, sage-femme traditionnelle, politiques de santé.

Summary

Childbirth in India: An Affair of State

Based on ethnographic fieldwork in a government hospital in Jaipur, this article focuses on the biomedicalization of reproduction health in India. The aim is to understand what is at stake in the institutionalization of maternal and child healthcare since the colonial period until today. To do so, three perspectives are developed. The first one highlights the ideological norms and the political implications of the development schemes launched by both the colonial authorities and the Indian government. The second one reveals the disapproval of the medical staff regarding the democratization of safe motherhood in the 2000s. Finally, the last one describes the perceptions of the beneficiaries and analyses how the institutionalization of maternal delivery tend to reinforce communalism and social tensions in India.

Key-words: India, biomedicalization, maternal and child health, hospital, traditional midwife, health policies.

* * *