

Hancart-Petit, P. (2005). Mortalité maternelle au Ladakh : De la santé publique à l'anthropologie. Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire. L. Pordié. Paris, Karthala: pp:123-143.

Mortalité maternelle au Ladakh : De la santé publique à l'anthropologie

Pascale Hancart Petit

Au Ladakh, les femmes des zones rurales accouchent chez elles en présence de membres de la famille ou de voisines. Bien que la médecine tibétaine soit le premier type de recours au soin dans les villages de cette région de l'Himalaya indien, les parturientes n'ont recours à l'*amchi* – praticien de médecine tibétaine – seulement en cas d'apparition d'un évènement sortant du cadre de la normalité. Mes recherches à Sattak montrent l'existence d'un taux de mortalité maternelle très élevé. La réalisation de diagramme de parenté pour les quatre familles de Sattak donne les estimations suivantes : sur trois générations, le taux de mortalité maternelle est de 2,1/10 et le taux de mortalité infantile (0-5ans) s'élève à 0,5/10. Tous les facteurs de risques sont présents : grande multiparité, absence de suivi prénatal et absence d'évacuation des urgences obstétricales. La mort en couches est un évènement dont toutes les femmes sont averties soit pour en avoir été elles-mêmes témoins, soit pour en avoir entendu parler. « *Ça arrive souvent, quand tu es enceinte, tu ne sais pas si tu pourras survivre à ton accouchement* », Dolma Kunzon, 51 ans, Sattak.

Ce chapitre examine la question de la mort des femmes pendant la grossesse et l'accouchement au Zanskar, une région du Ladakh¹. J'aborderai d'abord la question de la

¹ La recherche a été réalisée dans le cadre des programmes de l'Unité de recherche de Nomad RSI au Ladakh. La région de Shun Shade, la plus à l'Est et la plus isolée du Zanskar, fut désignée par l'équipe locale ladakhie en raison du projet de mise en place d'un dispensaire de médecine tibétaine dans cette zone. La région comprend quatre villages, Sattak, Yarshun, Marshun et Shade pour une population totale de 250 personnes.

maternité sous l'angle du développement international afin de la mettre en contraste avec quelques considérations anthropologiques. J'analyserai ensuite brièvement le rôle du praticien de médecine tibétaine face à l'accouchement. La description de deux stratégies visant à réduire la mortalité maternelle permettra enfin de réfléchir sur l'élaboration d'un cadre de recherche-action.

Le développement et l'anthropologie face à la santé maternelle

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que chaque année, dans le monde plus de 500 000 femmes meurent pendant la grossesse, à l'accouchement ou dans la période qui suit les 42 jours après l'accouchement (*in* Thaddeus et Maine, 1994). En Europe et aux Etats Unis le taux de mortalité maternelle est de 6 à 10 morts pour 100 000 naissances vivantes. Ailleurs, dans la majorité des Etats il varie entre 200 à 1800. Les causes « indirectes »² sont le manque d'accès aux services de limitation des naissances et à des structures pratiquant l'avortement³, la faible accessibilité aux soins (à cause du coût, de la distance et de l'absence de moyen de transport), la sous utilisation des services de santé liée au faible statut des femmes dans la société, l'absence de formation des matrones, le manque de structures, de personnels, de matériel médicaux et de médicaments. Les causes « directes » sont les hémorragies, les infections, les toxémies/éclampsies, les accouchements compliqués, les complications hémorragiques et infectieuses des avortements. Selon Thaddeus et Maine (*ibid.*), 75% des cas de mortalité maternelle résulteraient des causes « directes ». C'est pourquoi, la majorité des cas peut être évitée grâce à une prise en charge immédiate de la complication obstétricale qui repose sur la réduction de trois délais : la décision, le transport et la prise en charge médicale. Le délai de décision pour évacuer la parturiente vers une structure médicalisée dépend de la

² Les termes « indirectes » et « directes » sont empruntés à Thaddeus et Maine (1994) et reflètent des catégorisations biomédicales. Les causes « indirectes », liées aux contextes, sont différenciées des causes « directes » qui sont liées aux dysfonctionnements du corps.

³ Les avortements clandestins représentent l'une des causes majeures de décès maternels.

reconnaissance de la complication, de son explication et de la distribution du pouvoir parmi les personnes entourant la parturiente. Le délai du transport vers cette structure repose sur le moyen disponible et la distance à parcourir. Le délai de la prise en charge médicale au sein même de la structure dépend de la disponibilité et de la compétence du personnel, ainsi que de la présence de matériel et de médicaments adéquats. En 1987, de nombreux projets ont suivi l'ambitieux programme de l'OMS « Maternité sans risques » dont l'objectif majeur était la réduction du taux de mortalité maternelle. Avec le présupposé que la biomédecine était capable de prévenir la majorité des morts maternelles, les recommandations étaient les suivantes : 1- Informer les femmes enceintes des risques et des possibilités de recours lors d'un accouchement compliqué, 2- former des matrones sur les principes de bases en obstétrique et sur la reconnaissance des cas à référer, 3- mettre en place des structures médicales pour les urgences obstétricales ainsi qu'un service de prise en charge médicalisée des avortements. Ces propos illustrent la façon dont les entreprises de développement élaborent, au moins conceptuellement, leurs activités. Elles font fit des facteurs contextuels dans lesquels surgissent les problèmes de santé et basent leurs actions dans un champ strictement biomédical, qui réduit la patiente à son corps biologique. Ces activités ont donc tendance à médicaliser les patientes dans un type de désordre du corps pour lesquels la biomédecine est le savoir de référence (médical), un savoir souvent étranger au savoir local et à ses représentations.

La faillite des actions de développement a été maintes fois relevée (Cf. Escobar, 1996 ; Hours, 1998 ; Olivier de Sardan, 1995). Ces auteurs ont mis en évidence les dysfonctionnements des programmes dont l'erreur initiale réside principalement dans l'absence de prise en compte, totale ou partielle, des contextes politiques, sociaux et culturels dans lesquels les actions sont débutées puis conduites. Avant cela ou de façon conjointe, certains anthropologues se sont impliqués dans les problématiques du développement avec un fort engagement politique. Déterminés à utiliser les connaissances de l'anthropologie pour s'attaquer à la pauvreté, à l'exploitation et à l'inégalité des populations, ils n'ont cependant pas réussi à convaincre les agences de développement en demande de solutions rapides (Ferguson, 1997). En effet, l'anthropologie, ancrée dans de

longues périodes de recherche de « terrain », a montré que la fonction maternelle n'est pas un fait « naturel » mais une construction sociale, définie et organisée par des normes, selon les besoins d'une population à une époque donnée de son histoire. Elle est en ce sens, selon Knibiehler, une affaire d'Etat (2001). Elle est aussi une affaire privée qui met en question l'identité d'une personne : son image du corps, sa conscience de soi, sa relation aux autres. C'est pourquoi, les règles de conduites à l'égard du corps gravide insèrent la maternité dans de larges sphères de l'expérience humaine (Jordan, 1980). Bon nombre d'études anthropologiques dites « socioculturelles » ont décrit, parfois à tort, les pratiques traditionnelles et leurs bénéfiques. Elles ont insisté sur le fait que l'exportation de la biomédecine et du « technobirth » dans les pays du Tiers Monde avait des conséquences désastreuses sur les systèmes indigènes. Ce courant idéologique, débuté dans les années 70 aux Etats Unis avec les travaux de Margareth Mead, Sheila Cominsky et Brigitte Jordan s'inscrivaient dans un mouvement de contestation contre l'hégémonie croissante du corps biomédical sur la prise en charge de la naissance. L'accouchement s'effectue en effet dans un environnement (bio)médicalisé où la prise en charge systématisée (utilisation d'ocytociques, surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale et de l'activité utérine et analgésie péridurale) fait de la femme un « objet à accoucher » (Jordan, in Floyd *et al.*, 1997). Cet engouement idéologique a cependant permis, malgré une certaine idéalisation des « traditions », de mettre en lumière les impairs majeurs de la biomédicalisation de la naissance.

Parallèlement, l'approche « biomédicale » de l'anthropologie⁴ a dénoncé l'explication culturelle des problèmes identifiés par les anthropologues « socioculturels » – par exemple le rôle des tabous de la grossesse et de l'accouchement comme facteur explicatif de l'absence des références des accouchements compliqués – car ils représentent une façon de modérer le rôle institutionnel et sa responsabilité dans la mise en œuvre de services sanitaires adéquats (Cf. Jeffery, 1993). Le développement entraîne également la négation

⁴ Selon Clain l'approche biomédicale en anthropologie définit les recherches dont l'objet d'étude est le fonctionnement du système biomédical, de ses institutions, de ses acteurs et de ses utilisateurs (*in* Jeffery, 1993).

des particularités propres à chaque contexte d'intervention, car il tend à uniformiser et simplifier les différentes étapes institutionnelles et bureaucratiques nécessaires à la mise en œuvre de stratégies. Par exemple, les termes de TBA (Traditional Birth Attendants) et TMP (Traditional Medical Practitioners) sont les labels d'une catégorie générique appliqués aux traditions médicales et inventés pour remplir une fonction bureaucratique (Pigg, 1997). TBA et TMP opèrent comme termes médiateurs dans des situations où il existe un besoin institutionnel de réduire l'écart qui sépare les multitudes de pratiques locales du management international des services de santé (*ibid.*). Ainsi, il demeure toujours pertinent de se demander quelles informations l'anthropologie peut apporter à la résolution de ces « problèmes ». Comme le remarque Ferguson, fondamentalement détesté par l'anthropologie qui chérie toutes les choses que le développement veut détruire – par exemple les différences –, ce dernier demeure son trop proche parent pour être simplement mis à la porte.

Un accouchement compliqué à Shunshade

« *Si les douleurs commencent le matin et qu'à la nuit tombée, la femme n'a toujours pas accouché, alors il y a un problème* » remarque l'*amchi* de Sattak. La raison majeure évoquée dans l'explication des accouchements compliqués repose sur la responsabilité de la femme elle-même : « *Les femmes qui ont un travail long et des accouchements difficiles sont celles qui n'ont pas voulu écouter ce qu'on leur disait, elles n'ont pas gardé leur corps chaud. Elles ont accumulé trop de rlung* »⁵. Selon les *amchi* rencontrés, les causes d'excès

⁵ La médecine tibétaine est une médecine humorale dont les trois humeurs, *nyes-pa*, sont dénommées *rlung*, *mkhris-pa* et *bad-kan*. La traduction, qui reste une approximation, donne les termes respectifs de vent ou pneuma, de bile et de phlegme. Ces trois éléments du corps dépendent des trois obscurcissements primordiaux de l'esprit : le phlegme vient de l'ignorance, le vent de l'avidité et la bile de la haine. Les humeurs sont considérées comme les unités fonctionnelles physiologiques des cinq éléments cosmo-physiques, constituants du corps et de l'univers. La maladie survient lors d'un déséquilibre dynamique des trois *nyes-pa* du au mode de vie, à un mauvais régime alimentaire, à un traitement erroné, à une possession démoniaque ou au *karma*

de *rlung* sont, le désir, la jalousie, l'excès d'exercice à jeun et le fait de trop parler pour ne rien dire. Namkhai Norbu (1983) précise à ce propos qu'en dehors d'une attention particulière à son régime alimentaire visant à maintenir l'équilibre des trois humeurs, la femme enceinte doit observer un comportement approprié qu'il divise en comportement du corps, comportement de la parole et comportement de l'esprit. Ainsi, dans ce système explicatif, tout ce qui refroidit le corps (certains types de comportements et de nourriture ainsi que la saison) se traduit par une augmentation de *rlung*, dont l'une des conséquences peut être interprétée en langage biomédical comme la fermeture de l'utérus et de la région pelvienne. Le *rlung* relie le corps aux facultés mentales. Parmi les cinq formes de *rlung*, le « vent qui souffle vers le bas », siégeant dans la région périnéale, est responsable de l'ouverture et de la fermeture de l'utérus, en plus de la miction, de la défécation et de l'éjaculation du sperme et du sang menstruel.

Lors d'un accouchement compliqué, les *amchi* de Yarshun, organisent leurs actions autour d'un schéma constant de conduites à tenir : réalisation de gestes, prescription de substances et récitation de *ngags*, ou *mantra* thérapeutiques⁶. D'une manière simplifiée nous pouvons retenir la gradation suivante : la première étape thérapeutique consiste à la réalisation de massages, dont l'inefficacité conduit à la préparation de médicaments à absorber. En cas d'échec, l'*amchi* recourt à une technique dite du « poisson en beurre »⁷. La solution ultime est l'extraction manuelle du fœtus. L'*amchi* se coupe les ongles et se

(maturation des fruits des actions passées). Voir pour plus de détails la description du système médical tibétain par Meyer (1981).

⁶ Ces conduites thérapeutiques ne sont pas mentionnées dans les traités classiques, dont le *Rgyud Bshi* livre fondamental de médecine tibétaine élaboré au VIIIe siècle et ré-écrit au XVIIe (Meyer, 1981). La présence de « pratiques obstétricales *amchi* » réponds à une triple hypothèse, dont les éléments peuvent être combinés. Elle serait une adaptation de la pratique médicale à des contextes environnementaux contraignants et peu médicalisés, une des conséquences des formations modernes effectuées par les instituts médicaux tibétains et les organisations développementistes et/ou la réinterprétation de gestes biomédicaux observés dans les zones biomédicalisées.

⁷ L'aspect « obstétrical » de la médecine tibétaine et la technique du « poisson en beurre » font l'objet d'une description détaillée dans Hancart Petit et Pordié [sous presse]

lave les mains avant de se les enduire d'huile, puis entre une main dans le vagin afin d'attraper le cou du bébé et le tirer doucement vers l'extérieur. La complication peut également survenir après l'accouchement, en cas de rétention placentaire ou d'hémorragie de la délivrance. Dans ce cas, l'*amchi* aura recours au massage associé d'un traitement par des préparations spécifiques à base de plantes. L'échec de ces pratiques curatives, signant l'impuissance de l'*amchi*, conduit inéluctablement à la mort de la femme et souvent à celle de son enfant. En raison de l'éloignement géographique de Shunshade, aucune autre forme de recours ultérieur n'est possible. Le décès fait alors l'objet d'explications causales relevant de différents registres : Les personnes interrogées indiquent que la mort des femmes en couches ou des enfants à la naissance est un résultat karmique. Le bouddhisme considère en effet toute naissance comme une renaissance, comme la réincarnation d'un être vivant dans un autre corps (Couture, 2000). Le Bardo-Thödol, le livre tibétain des morts, remarque que les actes de l'homme commis de son vivant, physiquement, en paroles ou en pensées, déterminent son destin dans l'état intermédiaire après la mort et la possibilité d'une naissance nouvelle (Govinda, 1980). Cette loi de cause à effet est la « doctrine du *karma* »⁸ dans laquelle toute activité du corps, de la parole et de l'esprit, consciente ou inconsciente, crée un résultat inévitable dans cette vie ou dans les vies futures. Cette digression théorique concorde avec les discours relevés selon lesquels certaines maladies sont dites avoir une cause karmique. Egalement, selon mes interlocuteurs, la naissance d'un grand lama (maître spirituel) ou d'un Rinpoche (lama réincarné) entraîne inéluctablement la mort d'un des deux parents. Ce modèle explicatif permet de transcender la mort en la signant d'un événement extraordinaire et socialement signifiant.

La mort d'une femme à l'accouchement peut également être interprétée comme le fruit de la contradiction entre la libération du cycle des naissances et la maternité au sein du bouddhisme Mahayana. Il réside en effet un conflit entre fonction maternelle et spiritualité puisque la mère, charnellement attachée à ses enfants, ne peut jamais se libérer de l'attachement à l'existence (Paul, 1979). Un degré supérieur d'abstraction analytique nous permet de voir l'accouchement compliqué comme expression de ce rapport ambigu. Si la

⁸ Termes utilisés dans la traduction du Bardo-Thödol (Govinda, 1980).

question de la mort maternelle peut donc être étudiée comme un antagonisme conflictuel entre degré de spiritualité et maternité, elle ouvre aussi un large champ d'étude sur les rapports, au sein d'une communauté donnée, à l'échelle individuelle et/ou collective, entre les représentations de la maternité et la valence différentielle des sexes (Héritier, 1996). On voit ainsi comment au sein de certaines sociétés, la mort en couches est corrélée à une élévation du statut social et/ou spirituel de la femme décédée. Par exemple, la femme aztèque morte en couches devient une *mocihuaquetzque*, c'est-à-dire une femme vaillante tombée comme un soldat au champ d'honneur de la vie. Elle bénéficie d'une cérémonie d'inhumation similaire à celle d'un adroit guerrier qui la conduira au paradis le plus élevé. (Barbaut, 1990). Selon un schéma équivalent, une femme ladakhie accède à un rang social supérieur, elle devient mère d'un *rinpoche*, lors de son sacrifice ultime à la maternité. Le concept de valence différentielle des sexes informe également sur les représentations de la hiérarchie de genres exprimées dans les théories de l'engendrement décrites dans les textes médicaux anciens, selon lesquels les esprits de faible spiritualité renaissent dans un corps pourvu d'une matrice et de deux seins (Cf. Parfionovitch *et al.*, 1992).

Les désordres de la naissance peuvent également être le résultat de pratiques de sorcellerie effectuées par les *gapo*, désignant des personnes de mauvais esprit et généralement jalouses qui peuvent aisément être pénétrées par des entités surnaturelles maléfiques. Dans ce cas, seul un oracle homme (*lhaba*) ou femme (*lhamo*)⁹ semble être capable d'exercer un contre-pouvoir face au *gapo*, mais cette forme de recours est rare. Il n'y a en effet pas d'oracle à Shunshade et le recours implique un long déplacement de la femme enceinte chez un oracle ou d'un oracle jusqu'au domicile de la parturiente.

Certains chercheurs ont donné des explications sociales de la mort maternelle et justifient ainsi de l'inefficacité des programmes sanitaires (Cf. Cameron Hay, 1999). Les principales raisons évoquées sont l'absence de prise en compte des règles sociales dans le cas de la décision de l'évacuation d'une femme présentant une complication, le manque de communication régissant les rapports entre les villageois et les représentants du système biomédical (lié au problème de langage et/ou de hiérarchie sociale) et le fossé difficile à

⁹ Lire à ce sujet le travail de Sophie Day(1989).

comblent par les formations du personnel médical et paramédical entre apprentissage et changements des habitudes (lié aux modalités d'apprentissage¹⁰). Mes recherches indiquent cependant que la question de la mortalité maternelle au Zaskar répond à d'autres contraintes. En effet, l'évacuation d'une femme expérimentant un accouchement compliqué se heurte d'emblée à la désertion des services obstétricaux, qui en raison de l'enclavement de Shunshade sont à des distances trop éloignées pour être franchies dans l'urgence. Par conséquent, face à cette limitation logistique majeure, la question du pouvoir social de l'accoucheuse ou de sa capacité à appliquer les recommandations de reconnaissance des cas à évacuer demeurent des facteurs secondaires lors de l'apparition d'une complication. Il est clair cependant que dans l'éventualité d'une formation, par exemple des *amchi*, à la pratique de la délivrance manuelle du placenta dans le cas d'une rétention placentaire ou d'une révision utérine pouvant contrer une hémorragie de la délivrance, les facteurs sociaux et d'autres éléments contextuels nécessitent d'être pris en compte.

Opportunités et contraintes des actions

Selon le médecin gynécologue de l'hôpital de Leh, ville principale du Ladakh, 90% des femmes habitant dans les proches alentours accouchent à l'hôpital après avoir bénéficié d'un minimum de trois consultations pendant la grossesse. Les soins et les actes médicaux sont délivrés gratuitement, dans des locaux propres, qui semblent suffisamment fournis en personnel et en médicaments. Dans les zones moyennes, des centres de santé sont tenus par une infirmière sage-femme dont la formation en trois ans est principalement axée sur la reconnaissance et la référence de la pathologie et du risque obstétrical. À l'aide d'une tierce personne, elle est chargée de pratiquer des consultations et des soins de médecine générale, d'organiser des campagnes de vaccinations, ainsi que des visites à domicile pour le recensement des nouveau-nés et des personnes décédées. Seulement deux structures sanitaires ont été implantées pour couvrir les besoins des populations des zones reculées du

¹⁰ Cf. Bordes, *infra*.

Chantang et du Zanskar. Padum, le chef lieu du Zanskar, est seul doté d'un centre de santé et se situe à une semaine de marche en haute montagne de Sattak. En somme, la grossesse et l'accouchement demeurent pour les femmes de Shunshade une épreuve initiatique fondamentale (Lauwert, 1994) où l'addition de facteurs contextuels multiples concourent trop souvent à l'issue fatale de leur pouvoir de procréation. En gardant à l'esprit le fait que pour être efficaces, les programmes de santé maternelle doivent coupler des solutions biomédicales avec des stratégies tenant compte du contexte culturel et social, voyons maintenant quelles pourraient être les perspectives d'action au Ladakh.

Les matrones n'existent pas dans la région. La raison concerne le respect des tabous que l'organisation en *pha-spun*, clans¹¹, dépendant d'une même divinité tutélaire, impose. Une femme ne peut s'occuper de l'accouchement d'une femme qu'à l'intérieur de son propre clan. Pourtant, selon la gynécologue de l'hôpital de Leh, un projet de formation de matrones est actuellement envisagé par le département de santé de Kargil, soutenu par une institution internationale de développement. Elle se dit fermement opposée à ce projet parce qu'il nécessiterait la formation d'une matrone pour chaque *pha-spun*. Selon elle, il serait difficile de trouver des candidates puisque, en zone rurale, les femmes appartenant à un même *pha-spun* ont une égalité sociale qui compromet l'existence de matrones. Aucune d'entre elles ne voudrait se résoudre à endosser ce rôle. En effet, les recherches menées en Inde et au Népal ont montré que les matrones sont généralement des femmes plutôt âgées, qui confrontées à des situations familiales et financières précaires, se résignent, pour survivre, à assumer la fonction, dévalorisante et dévalorisée, de manipulatrices des impuretés de l'accouchement (Cf. Jeffery et Jeffery, 1993 ; Pigg, 1997)¹². Dans le contexte ladakhi, la phase première de recrutement et de formation des matrones semble donc difficile. En admettant la mise en œuvre d'un tel programme, sa réussite pourrait se traduire au mieux, dans l'objectif de réduction de la mortalité maternelle, par une pratique assimilée

¹¹ Cf. Dolffus, 1988

¹² Ce cas correspond bien au Ladakh mais il n'est pas toujours vérifié. Ram montre par exemple, dans ses études conduites auprès de communautés converties au christianisme en Inde du Sud, que l'impureté de l'accouchement et le faible statut social des matrones ne sont pas toujours associés à la naissance (2001).

à la référence des cas à haut risque et des accouchements compliqués, venant ainsi réduire le délai de décision. Ce type d'activité consolide également la prégnance du pouvoir biomédical dans l'institution sociale qu'est la naissance. Brigitte Jordan a montré que l'échec des formations de matrones repose principalement sur la pratique d'un mode non expérimental, « mode didactique et non basé sur l'expérience », de l'acquisition des connaissances par les formateurs bio-médicaux, dans un système où toute pratique traditionnelle est absente ou dévalorisée (1980). Ce choix pédagogique est en totale opposition au mode d'apprentissage par imitation, observation et comportements appropriés, observé traditionnellement. Par exemple, chez les Yucatan du Mexique une fille apprend à devenir matrone, en grandissant, auprès de sa mère matrone, comme elle apprend les différents travaux domestiques de la cuisine et de la couture. Ainsi, alors qu'un tel mode d'apprentissage permet d'apprendre comment *faire* quelque chose, le mode didactique promulguant comme référence les visions de « l'obstétrique cosmopolite » conduit à savoir comment *parler de faire* quelque chose (*ibid.*). Les évaluations de ces programmes ont montré que les matrones assimilaient le vocabulaire enseigné lors de la formation et pouvaient décliner oralement le schéma de conduite à tenir (sur la désinfection du cordon par exemple) sans le mettre en pratique pour autant. En plus de ces limitations, l'achèvement total des objectifs de la formation sur la reconnaissance des cas à référer repose également sur une totale intégration de la nouvelle matrone au sein du village. Ceci implique sa capacité sociale en matière de décision et une absence de conflit avec les autres praticiens médicaux (notamment les *amchi* dans cette étude de cas). De plus, on voit mal comment cette action pourrait avoir un quelconque effet sur la réduction de la mortalité maternelle puisque le délai de décision réduit, les problèmes du transport et de la prise en charge médicale n'en seraient pas résolus pour autant.¹³

Une autre stratégie est l'accouchement au sein d'une structure médicalisée pour toutes les femmes des régions isolées. Cette action ne peut se limiter aux seules patientes désignées à risque (grande multipare, très jeune nullipare, signe d'anémie ou de toxémie, antécédent d'accouchement compliqué) puisque la complication obstétricale nécessitant une

¹³ Voir l'article de Jordan sur l'échec des programmes de formation de TBA (1989).

prise en charge immédiate n'est pas prévisible. Cette expérience a été conduite au Nord Canada, auprès des Inuits. Le système mis en place par le gouvernement canadien et généralisé en 1980 permit la prise en charge au sein de structures médicalisées de toutes les femmes enceintes Inuits vivant dans des régions isolées. Ces femmes, en fin de grossesse étaient transportées gratuitement par les services de l'état et accueillies dans des maisons d'attente en attendant les signes marquant le début du travail d'accouchement. Mais avant de considérer une pratique similaire pour les habitants de Shunshade, il convient de préciser d'autres éléments. Dans ce contexte, et devant la résistance de la population inuit à cette nouvelle pratique, O'Neil et Leyland Kaufert ont exploré les effets complexes et ambigus de l'intervention de l'état dans les pratiques d'obstétrique traditionnelles (1995)¹⁴. Cette recherche a mis en évidence un bouleversement des pratiques antérieures dont nous retiendrons les aspects suivants : la disparition du lien de parrainage existant entre la matrone et l'enfant, du lien familial entre deux enfants nés de la même matrone, et surtout la négation du rôle de la femme dans l'accouchement. En 1989, Povungnituk, déclaré territoire inuit indépendant a mis en place un système obstétrical de proximité qui s'est, lui, avéré favorable à divers égards. Le recrutement et la formation de sages-femmes inuits, ainsi que la ré-appropriation de leur rôle au sein de la communauté en font aujourd'hui des leaders politiques. Parmi les effets positifs observés on note la re-dynamisation de la chasse et du traditionnel partage des aliments comme mécanisme pour l'amélioration de la nutrition des femmes enceintes. Il semble également que la participation des pères à l'accouchement soit responsable d'une diminution des violences conjugales.

Orientations pour une recherche-action

¹⁴ Les auteurs remarquent que cette redéfinition de la prise en charge obstétricale repose non pas sur le constat d'une mortalité materno-infantile élevée mais sur l'impératif d'uniformiser un système obstétrical divisé avec au Nord des sages-femmes techniciennes gouvernées par le pouvoir biomédical et au Sud des sages-femmes indépendantes exerçant à domicile et non reconnus par le gouvernement.

Au Ladakh, l'augmentation considérable de l'utilisation des services de santé maternelle mis en place dans la région ces vingt dernières années est expliquée selon une conjoncture de facteurs économiques, culturels, sociaux et écologiques (Cf. Wiley 2002). Nous retiendrons, parmi d'autres, les exemples suivants : l'absence antérieure de services obstétricaux biomédicaux, la faible part de prise en charge des problèmes de santé reproductive par les institutions traditionnelles comme la médecine tibétaine et surtout la personnalité et « l'autorité culturelle » de la gynécologue de la maternité de l'hôpital de Leh qui, selon Wiley, « make it possible for women to make use of biomedical services without experiencing conflicts among explanatory frameworks or sacrificing their cultural identity » (*ibid.*). Selon cet auteur ce ne serait pas tant le service biomédical que les patientes viennent chercher à l'hôpital de Leh, mais leur rencontre avec la gynécologue, qui semble opérer, pour ses patientes, comme médiateur entre des systèmes de représentations concernant respectivement la « tradition » et la « modernité » (*ibid.*). Une autre perspective oblige à considérer cette observation comme le témoignage de la valeur socialement émancipatrice que peut représenter l'accès à la consultation prénatale, qui si elle est corrélée ici avec la rencontre privilégiée d'un individu socialement supérieur, peut l'être, dans d'autres contextes, avec l'obtention de services ou de médicaments dont l'accès est généralement limité. L'augmentation de la fréquentation de la consultation prénatale au Ladakh repose également sur le désir des patientes et de leurs familles d'obtenir une issue plus favorable à leur projet de procréation. En effet, le contexte d'hypoxie fœtale engendré par la haute altitude est le principal facteur explicatif du nombre important d'avortements, et d'enfants nés prématurément ou de faible poids (*ibid.*). Il fait de la maternité un événement qui aboutit rarement à la finalité espérée dans les villages, c'est à dire à la naissance d'un nouveau-né en bonne santé.

Un autre niveau d'analyse décrit les enjeux contemporains du système médical tibétain, au niveau individuel et collectif, et notamment le rôle de l'émergence de la biomédecine sur les transformations des dimensions sociales et médicales de la pratique des *amchi* (Pordié, 2001a, 2002). Cet auteur montre ailleurs comment les praticiens de médecine tibétaine mobilisent l'institutionnalisation et le rationalisme comme vecteur de

promotion sociale. Les *amchi* néo-traditionnels urbains biomédicalisent ainsi leur pratique. Ils apparaissent comme les principaux véhicules de représentations nouvelles au sein du système médical tibétain (Pordié, 2004). Ce phénomène ne concerne cependant pas l'ensemble de la population *amchi*, mais son évolution mérite d'être considérée. En effet, si les *amchi* sont déplacés à la « périphérie médicale de la société » ladakhie urbaine, ils restent encore largement en son centre socio-symbolique (*ibid.*). Si les propos évoqués de Wiley sont acceptables dans des configurations normales, ils semblent cependant devoir être modérés dans le cas de complications ou de détresses car la gynécologue perd alors son rôle de médiateur. L'« obstétrique » des *amchi* est légitimée par les patientes, en milieu urbain y compris, justement parce que l'expression de leur savoir et leur registre d'explication du désordre sont proches des représentations populaires (Hancart Petitet & Pordié, sous presse).

L'apport de ces éléments analytiques ainsi que l'exemple de réussite, proclamée chez les Inuits, de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle basée sur la complémentarité des savoirs biomédicaux et locaux nous encourage à penser des ébauches de propositions de recherche-action basées sur le concept de « *mutual accommodation* » entre systèmes biomédical et traditionnel (Jordan 1980). Il est évident qu'il n'y a pas lieu pour l'anthropologue de retenir des modèles et de les reproduire dans des zones géographiquement, politiquement et socio-culturellement distinctes. Par contre, l'approche théorique et méthodologique peut être perpétuée à condition de l'adapter cas par cas pour chaque intervention singulière. La difficulté réside cependant à passer de la « production d'un savoir scientifique » à son « application pratique » en solidarité internationale et force est de reconnaître que la complexité des situations observées ne permet pas toujours de les traduire en activités (Pordié, 2001b).

Un projet de recherche-action peut cependant être échafaudé au Ladakh autour de points centraux et convergents. Dans un premier temps, il est favorable de participer sur la base d'un argumentaire sociologique au projet envisagé de formations des matrones afin de démontrer la non congruence de ce projet avec le contexte ladakhi. Parallèlement, la réflexion doit éclairer, au sein des investigations menées sur l'anthropologie de la naissance

au Ladakh, les modalités d'entrée de l'obstétrique dans la pratique médicale *amchi*, afin d'analyser, en plus des événements contextuels ayant favorisé cette innovation, les avantages et les bénéfices des expériences antérieures. La réalisation de cette étude peut alors servir à la désignation des activités à mener au sein du système médical tibétain et à l'évaluation des possibilités de formation d'« *amchi* accoucheuses » spécialisées¹⁵ plutôt que des matrones. En effet, les *amchi* ne posent pas le problème d'égalité sociale propre au *pha-spun* en raison de leur statut social particulier de thérapeute. Ils peuvent également, sous certaines conditions, manipuler les produits de l'accouchement. Ce volet devrait inclure, dès le stade exploratoire, la présence des membres des associations dédiées au développement de la médecine tibétaine¹⁶ afin d'assurer la cohérence de la recherche avec les activités existantes et de faciliter la ré-appropriation du projet par les *amchi* eux-mêmes. Les applications correspondantes, aussi précautionneuses soient-elles, risquent cependant l'imposition du savoir et du pouvoir biomédical déjà évoqué. Les tenants sociaux de ces effets parallèles doivent être examinés.

Il convient également de poursuivre l'étude des services de santé maternelle au Ladakh : description des structures existantes, du personnel, du matériel consommable , étude du fonctionnement et de l'accessibilité, etc. La réduction de la mortalité maternelle au sein des structures biomédicales et leurs capacité à réduire le délai de prise en charge de la complication obstétricale doivent être étudiées, notamment en évaluant les compétences d'une structure donnée à effectuer dans l'urgence une césarienne et une extraction par voie

¹⁵ L'implication des étudiantes *amchi* des deux promotions de l'école de formation institutionnelle en médecine tibétaine, *dusrapa*, peut être envisagée. Ce programme, débuté en 1998 par les équipes « développement » de Nomad RSI au Ladakh, inclut 50% de femmes dans le but de contribuer à une équilibrage des genres. Le projet a pris forme suite aux résultats de recherches ayant indiqué une demande, sanitaire et sociale, pour des *amchi* femmes. Cet école sélectionne ses étudiants selon des critères stricts qui allient notamment les modalités traditionnelles et institutionnelles de légitimation (Pordié, 2001b).

¹⁶ Il s'agit notamment des associations Ladakh Society for Traditional Medicine – forme autonome indienne de Nomad RSI – et Ladakh Amchi Sabah, interlocuteurs incontournables pour les projets concernant la médecine tibétaine au Ladakh.

basse.¹⁷ En sus de déterminer la nature des activités de formation, dotation et réhabilitation requises, cette étude permet d'évaluer la pertinence d'une décision d'évacuation ou non d'une urgence obstétricale vers une structure médicalisée. Si les résultats sont convaincants, il est impératif d'envisager par exemple dans le cas d'une possibilité de référence d'une urgence obstétricale de Sattak vers Padum les modalités de la décision du recours à l'évacuation et celles du transport vers la structure choisie.

En plus de ces aspects, il est également nécessaire de comprendre les processus et les relations de pouvoir par lesquelles des catégories de gens sont encouragées à se reproduire et à élever des enfants, alors que d'autres en sont découragées. Pour analyser l'un des aspects du concept de « reproduction stratifiée¹⁸ » (Colen, *in* Ginsburg et Rapp, 1997), il convient d'articuler en particulier les questions de la santé maternelle à des niveaux d'analyses englobant des études historiques et les problématiques du changement social et politique au Ladakh. L'élargissement contextuel de l'intervention de développement nécessite de considérer la mortalité maternelle au Ladakh comme partie intégrante de la question de santé maternelle en Inde. Cette perspective vise à identifier les priorités sanitaires désignées par le gouvernement indien et les bailleurs de fonds, ainsi que de mettre à jour l'existence ou non d'une stratégie institutionnelle de réduction de la mortalité maternelle. Cette approche inclut également le niveau régional, en l'occurrence l'Etat du Jammu et Cachemire, afin d'examiner la politique de santé maternelle menée par les autorités locales, et les contraintes et opportunités de sa mise en œuvre sur le terrain. Cette phase d'investigation a pour objectif majeur la compréhension des paramètres qui déterminent les décisions gouvernementales, celles des bailleurs de fonds institutionnels et

¹⁷ Il faudrait ajouter à ceci l'évaluation du service de transfusion sanguine de l'hôpital de Leh.

¹⁸ Le concept de reproduction stratifiée étudie la relation entre la façon dont les tâches physiques et sociales de la reproduction sont effectuées et les contextes dans lesquels elles s'inscrivent. Elle souligne les facteurs inégalitaires sur lesquels reposent les variations de ces tâches (la hiérarchie des classes, des ethnies, des genres, de la place de l'individu dans l'économie locale, etc.) et met en évidence les forces sociales, économiques et politiques qui participent à leur construction

des organisations locales et internationales en matière de santé reproductive. Elle permet de façon ultime de penser l'espace de négociation des politiques de la reproduction.

Références bibliographiques

- Barbaut, Jacques (1990). *Mythes et légendes de la naissance*, Paris, Plume.
- Bordes, Rémi (2004). De la « confiance-aveugle ». Interactions de la biomédecine et de la société locale au Népal rural. *Ce volume*.
- Colen, Shellee (1995). « Like a mother to them » : Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York, in FD Ginsburg and R Rapp (Eds.), *Conceiving the New World Order: The global politics of Reproduction*, Berkeley: University of California Press.
- Cominsky, Sheila (1977). Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca in *Medical Anthropology, Cross Cultural studies on Health and Illness*. Gordon and Breach. Vol. 6 (3)
- Couture, André (2000). *La Réincarnation*, Cerf, Paris.
- Day, Sophie (1989). *Embodying Spirits: Village Oracles and Possession Ritual in Ladakh, North India*. Ph.D. dissertation, London: London School of Economics.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre (1995). *Anthropologie du changement social et du développement*, Karthala-ORSTOM
- Dolffus, Pascale (1988). *Lieu de neige et de genévriers. Organisation sociale et religieuse des communautés bouddhistes au Ladakh*, Paris, Editions du CNRS.
- Escobar, Arturo (1995). *Encountering development. The making and unmaking of the third world*. Princeton university Press, New Jersey.
- Ferguson, James(1997). Anthropology and its evil Twin, « Development » in the constitution of a discipline, in F. Cooper and R. Packard (Eds.), *International Development and the Social Sciences* University of California Press.
- Floyd, Davis.Robbie ; Fishel Sargent,Carolyn (Eds.) (1997). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross cultural perspective*, Bekerley, University of California Press.
- Ginsburg Faye. D. ; Rapp Rayna (Eds.) (1995). *Conceiving the New World Order: The global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Hancart Petitet, Pascale ; Pordié, Laurent.. Birth in Shun Shade: Notes on the role of the *amchi* in rural Zanskar, in L. Pordié (Dir.), *Exploring Tibetan medicine in contemporary context. Perspectives in Sociales Sciences*, Routledge, UK. [sous presse]
- Hay, M. Cameron (1999). Dying Mothers: Maternal Mortality in Rural Indonesia in *Medical Anthropology, Cross Cultural studies on Health and Illness*. Gordon and Breach. Vol.18.

- Héritier, Françoise (1996). *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Odile Jacob, Paris.
- Hours, Bernard (1998). *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*, L'Harmattan.
- Jeffery, Roger ; Jeffery, Patricia (1993). Traditional Birth Attendants in Rural north India, in P. Lindenbaum and M. Lock (Eds), *Knowledge, Power and Practice, Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University California Press.
- Jordan, Brigit (1980). *Birth in four culture*, Eden Press Women's Publications.
- Jordan, Brigit (1989). Cosmopolitical obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives, *Sociales Sciences and Medicine*, vol 28, No9.
- Knibiehler, Yvonne (Dir.) (2001). *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard.
- Govinda, Anagarika. (présenté par) (1980). *Bardho-Thödol. Le livre tibétain des morts* Paris, Albin Michel.
- Lauwaert, Françoise (1994). *Semence de vie, germe d'immortalité*, L'Homme, 129, janvier-mars, XXXIV.
- Mead, Margaret ; Newton, Niles. (1967). Cultural patterning of perinatal behaviour, in S. A. Richardson ; A.F. Guttmacher (Eds.), *Childbearing: Its Social and Psychological Aspects*, The Williams and Wilkins Company, Baltimore.
- Meyer, Fernand (1981). *Gso-Ba-Rig-Pa, Le système médical tibétain*, Paris, Editions du CNRS.
- Namkhai, Norbu (1983). *On birth and life, a treatise on Tibetan medicine*, Shang-Shung edizioni.
- O'Neil, John. D. ; Layland Kaufert, Patricia. (1995). Irniktakpunga! Sex determination and the Inuit Struggle for birthing rights in Northern Canada, in F. D. Ginsburg, R Rapp (Eds.), *Conceiving the New World Order: The global politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Paul, Diana Y (1979 [1985]). *Women in Buddhism: Image of the feminine in the Mahayana Tradition*. University of California Press, Berkeley.
- Pigg, Stacey Leigh (1997). 'Found in most traditional societies ': Traditional Medical Practitioners between Culture and Developement in F. Cooper and R. Packard (Eds.), *International Development and the Social Sciences* University of California Press.
- Pordié, Laurent (2004). *The expression of religion in Tibetan medicine. Ideal conceptions, contemporary practices and political use*, Pondy Papers in Social Sciences.

- Pordié, Laurent (2002). La pharmacopée comme expression de société. Une étude himalayenne, in J. Fleurentin, J.M. Pelt et G. Mazars (Dir.), *Des sources du savoir aux médicaments du futur*, Editions IRD-SFE.
- Pordié, Laurent (2001a). Logics of legitimisation amongst the traditional healers of Ladakh, Communication présentée au X^{ème} Colloque d'Etudes Ladakhies, Université d'Oxford, Septembre.
- Pordié, Laurent (2001b). *Research and International Aid: A Possible Meeting*, Ladakh Studies, n°15, August 2001.
- Ram, Kalpana (2001). Modernity and the midwife: Contestations over a subaltern figure, South India, in L. H. Connor and G. Samuel (eds.), *Healing Powers and Modernity. Traditional Medicine, Shamanism and Science in Asian Societies*, Bergin & Garley.
- Thaddeus, Serren; Maine, Deborah (1994). Too far to walk: Maternal Mortality in Context, *Sociales Sciences and. Medicine*. vol 38, No8.