

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

PRISCILLE SAUVEGRAIN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le premier rendez-vous

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

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

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

Pratiques des *dayas* de Chagcharane

Position sociale et recours aux soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La formation théorique

La méthode

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Oui

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'organisation des formations

Le déroulement des séances

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

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

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

La formation pendant le Ramadan

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

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

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

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

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

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

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

distribués via les ONG. Quant au registre des accouchements des *dayas*, il y a fort à parier qu'il ne survivra pas à la fin du programme. Ce document prend toute son importance dans un pays où les registres d'État Civil sont inexistants¹. Malheureusement les données qu'il comporte ne sont pas vraiment fiables. En effet, les *dayas* avaient tendance à le considérer comme un exercice de la formation et à ne relater que les accouchements de déroulement normal.

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

Complément de formation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ben oui, j'apprends...

(Puis, se tournant vers moi)

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

Sous la direction de
Pascale Hancart Petitet

**L'ART DES MATRONES
REVISITÉ**



Naissances contemporaines en question

Editions Faustroll

SOUS LA DIRECTION DE
PASCALE HANCART PETTET

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

POSTFACE DE YANNICK JAFFRÉ

L'ART DES MATRONES REVISITÉ
Naissances contemporaines en question

ÉDITIONS FAUSTROLL
DESCARTES
2011

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

<http://whep.info>

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

ISBN 2-915436-19-3

Édition originale

©2011 Éditions Faustroll
Descartes

Dépôt légal : février 2011