

**DES MATRONES FACE AU VIH EN INDE DU SUD  
ENJEU GLOBAL ET FORMES LOCALES**

**PASCALE HANCART PETITET<sup>1</sup>**

**L**ES travaux menées en Inde dans le domaine de l'anthropologie de la naissance<sup>2</sup> approchent souvent les questions liées aux savoirs et aux pratiques des matrones (par exemple, Chawla, 1994 ; 2006 ; Ramasubban, Jejeebhoy, 2000). Des auteurs ont abordés certains aspects relatifs au statut social des matrones dans

---

<sup>1</sup> Je remercie Pragathi Vellore (Pondicherry Institute of Linguistic and Culture), les Drs. NM. Samuel et JS. Mini du département de Médecine Expérimentale de l'Université TN MGR de Chennai pour avoir accepté ma présence à l'hôpital de Namakkal. Merci à mes informatrices du village de Karik. Je remercie également les institutions partenaires du projet, le Pondicherry Institute of Linguistic and Culture et l'Institut Français de Pondichéry, ainsi qu'aux bailleurs de fonds, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites (ANRS) et Sidaction. Merci à Soizick Crochet pour sa relecture d'une version préliminaire de ce texte.

<sup>2</sup> J'ai présenté les courants théoriques de l'anthropologie de la naissance en Occident et en Inde dans Hancart Petitet (2008).

des contextes défavorisés (Jeffery, Jeffery, and Lyon 1989 ; Pinto 2008). Parfois, l'accouchement à domicile avec l'aide des matrones est présenté, auprès d'une classe favorisée, comme la meilleure option possible. Contrairement à une naissance en milieu hospitalier, celle à la maison en présence d'une matrone prendrait alors une dimension « holistique », voire mystique (Chawla 1994 ; Chawla 2006 ; Guha 1998 ; Gulati 1999 ; Hafeel et Suma 2000 ; Bajpai et Sadgopal 1996). Ce point de vue semble conforter les représentants des institutions indiennes chargés de promouvoir les médecines traditionnelles ainsi que les défenseurs de l'accouchement « naturel »<sup>3</sup>. Mais alors que leurs travaux s'inspirent de ceux menés au Nord, qui critiquent l'imposition abusive de la technologie (Davis-Floyd 1994 ; Davis-Floyd et Sargent 1997) dans les lieux où accouchent la majorité des femmes occidentales, en Inde, seule une minorité de parturientes peut accéder à une prise en charge de la naissance en milieu biomédical. Aussi, s'il convenait de défendre le rôle et les pratiques des praticiens « traditionnels », la lutte contre le VIH en zone rurale pourrait être l'une des raisons à invoquer. En effet, alors que le sida représente un enjeu sanitaire majeur en Inde, dans un contexte où la plupart des femmes accouchent avec l'aide des matrones, aucune des publications scientifiques récentes consacrées à ces praticiennes<sup>4</sup> ou au sida en Inde<sup>5</sup> n'aborde cette question.

Plusieurs publications issues de la santé publique ont documenté les bénéfices relatifs à l'implication des matrones dans la prévention de la transmission du VIH afin de pallier aux carences des services de soins, principalement en Afrique (Balaba, Judi, King, Kyeyune, and Kasolo 2004; Bulterys, Fowler, Shaffer, Tih, Greenberg, et al. 2002; Homsy, King, Balaba, and Kabatesi 2004; King and Homsy 1997; Msaky, Kironde, Shuma, Nzima, Mlay, et al. 2004; Omowunmi, Odu-nukwe, Raheem, Efiemokwu, Junaid, et al. 2004; Perez, Aung, Ndoró, Engelsmann, and . 2008; Perez, Orne-Gliemann, Mukotekwa, Anna Miller, Glenshaw, et al. 2004; Reedzu 2005; Staugaard 1992; Walraven 2002; Yao 2002). En Inde, les autorités sanitaires n'envi-

---

<sup>3</sup> Voir à ce sujet Hancart Petitet (A paraître-a).

<sup>4</sup> Chawla (2006)

<sup>5</sup> Seul l'article de Cohen (2006) fait brièvement mention des matrones dans l'intégralité de ce numéro spécial de l'Indian. Anthropologist, « Special issue on Women, HIV/AIDS and Human Right », Nov. 2005

sagent pas (encore ?) cette option dans leurs programmes de lutte contre le sida. La stratégie mise en œuvre repose sur l'intégration des services de Conseil et Dépistage Volontaire à ceux de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (Dandonna et al, 2008).

Selon une perspective sanitaire, l'éventualité d'une participation des matrones dans les programmes de PTME en Inde nous semble importante à discuter. Tout d'abord, en Inde une majorité de femmes accouchent à domicile<sup>1</sup>. De plus, tout États confondus, la majorité des femmes enceintes ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH et le taux de dépistage lors des consultations prénatales est souvent faible. Une étude récente conduite au Maharashtra rapporte que, malgré des taux de consultations prénatales élevés, peu de femmes sont informées au sujet du VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles. Par ailleurs, le test VIH leur a rarement proposé (Sinha et al 2008)<sup>2</sup>. Enfin, la plupart des femmes incluses dans des protocoles de prévention de la transmission mère-enfant du VIH accouchent aussi avec des matrones<sup>3</sup>. En dehors de cette préoccupation relative à l'application de la recherche en sciences sociales, le sujet des matrones face au VIH invitent à reformuler certains des questionnements généralement posés dans ce domaine d'étude. Ainsi sur le plan théorique, notre objet ressort de l'anthropologie de la « Reproduction qui Tourne Mal »<sup>4</sup> (Jenkins, Inhorn, 2003). Les promoteurs de ce courant s'intéressent aux « ratés reproductifs » tels que les interruptions spontanées ou volontaires de grossesse, les naissances d'enfants présentant des handicaps ou l'infertilité. D'une part, cette notion de « raté reproductif » propose un cadre d'exploration de l'impact des politiques de la reproduction sur les individus. Par exemple, ce concept permet d'étudier la façon dont les « choix » des femmes en matière de reproduction sont construits par des contraintes d'ordre culturel, social et structurel. D'autre part, cette approche est pertinente pour analyser le fonctionnement des instances décisionnelles nationales et internationales en la matière. Enfin, ce cadre d'analyse vise à décrire les nou-

---

<sup>1</sup> Je reviendrai sur cette question.

<sup>2</sup> Lors de cette étude menée au Maharashtra, 3,3% des femmes enceintes interrogées rapportaient avoir reçu un test VIH en consultation prénatale.

<sup>3</sup> Ceci n'est pas sans lien avec les pratiques de stigmatisation et de discrimination liées au VIH en Inde. J'aborde ces questions dans Hancart Petitot (2008).

<sup>4</sup> Traduction personnelle du concept de « Reproduction Gone Awry » décrit par ces auteurs.

velles formes de domination, de résistance ou d'indifférence à l'œuvre face à la procréation (Ibid : 1834). Cette perspective nous semble pertinente pour aborder l'étude de la naissance en Inde rurale, où de nombreuses questions d'ordre politique (inégalités de sexe, de caste, et de classes) ne sont pas sans lien avec les limites de l'accès aux soins et la persistance de taux de mortalité maternelle et infantile élevés (Pinto., 2008). En outre, les écarts des taux de transmission mère-enfant du VIH entre les femmes qui bénéficient de l'ensemble des mesures de prévention et de traitement (pendant et après la grossesse et l'accouchement) et celles auxquelles on ne propose qu'une prise en charge minimum et à moindre coût, sont des indicateurs des catégorisations sociales à l'œuvre dans la gestion de l'épidémie à VIH. Ces choix politiques, à l'origine d'expériences individuelles en matière de reproduction « qui tournent plus ou moins mal », déterminent les « choix » des femmes infectées par le VIH en ce domaine, leur avenir et celui de leur nouveau-né. Au demeurant, une autre perspective s'impose en parallèles. Elle consiste à considérer le VIH à la fois comme un « révélateur » des systèmes sociaux et des faits culturels dans lesquels ils s'insèrent et comme un « producteur » de valeurs, de normes et de pratiques nouvelles dans le champ sanitaire (Benoist & Desclaux 1996). En ce sens, il s'agit de montrer, quelle place est occupée, donnée et revendiquée par et pour les matrones lors des remaniements produits par l'épidémie à VIH sur « l'espace politique de la naissance » et quels en sont le fondement et l'enjeu.

Je propose donc d'approcher certaines dimensions sociales de l'accouchement dans le contexte du VIH, en privilégiant les questions concernant les matrones<sup>1</sup>. Après avoir traité certains aspects du contexte sanitaire de l'accouchement en Inde, j'approcherai diverses pratiques et représentations sociales des matrones en Inde du Sud. Puis, j'exposerai certains enjeux des programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME), dans des contextes où les femmes accouchent le plus souvent à domicile avec l'aide de ces praticiennes. L'analyse considérera l'option d'impliquer les matrones dans les programmes VIH et examinera la construction des pratiques et des discours produits par la santé publique dans ce domaine.

---

<sup>1</sup> J'aborderai certaines dimensions sociales en lien avec la mise en œuvre d'un programme de soins de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Inde du Sud dans Hancart Petitet (2009a).

La collecte des données a été réalisée de 2003 à 2006, dans un État du Sud de l'Inde, le Tamil Nadu, auprès de femmes villageoises issues de castes intouchables (ici principalement Paraiyar, Arundhatyar et Vannan)<sup>1</sup>, auprès de patientes et de soignants rencontrés dans des institutions sanitaires diverses (par exemple les programmes de PTME et d'accès aux antiretroviraux de l'hôpital de Namakkal) et auprès d'autres acteurs de la riposte au sida<sup>2</sup>. Les matrones rencontrées résidaient dans des villages avoisinants Pondichéry et Namakkal. Enfin, des observations et des entretiens réalisés ponctuellement dans des lieux d'accouchement autres, à Pondichéry et à Chennai ont permis de compléter ces données.

### Contexte sanitaire de l'accouchement en Inde

---

Un nombre absolu de 2,5 millions de personnes vivent avec le VIH en Inde. Le taux de prévalence chez les adultes est faible, estimé à 0.36% et la prévalence chez les femmes enceintes serait inférieure à 1% (ONUSIDA 2007). Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont principalement mis en œuvre dans des maternités de district et des hôpitaux universitaire et peu de femmes en bénéficient. En effet, en Inde, moins de 30% des accouchements ont lieu dans des institutions biomédicales et une majorité de femmes vivant en zones rurales accouchent à domicile avec l'aide des matrones (GOI, 2005). Au Tamil Nadu, l'État du Sud Est de l'Inde où ce travail de recherche a été mené, la prévalence du VIH est supérieure à 1% chez les femmes enceintes. Un très grand nombre bénéficient ni de dépistage du VIH<sup>3</sup>, ni d'accès aux antirétroviraux, ni

---

<sup>1</sup> Paraiyars : Traditionnellement paysans et joueurs de tambours ; Arundhathiyars : Appellation contemporaine de la caste intouchable des travailleurs du cuir de langue telugu nommés également Sakkili. ; « Vannan : Washerman ». Responsables des cérémonies de la naissance, de la puberté, du mariage et des funérailles. Ces éléments schématisés sont donnés à titre indicatif. Pour une lecture contemporaine du système des castes voir Deliége (2004b) et (Assayag 2003).

<sup>2</sup> Cette ethnographie a été menée dans le cadre de ma recherche doctorale dont les objectifs étaient de décrire et d'analyser les représentations et les pratiques sociales autour de la naissance ainsi que les changements et les adaptations des systèmes médicaux mobilisés lors de cet événement dans le contexte de l'Inde contemporaine (Hancart Petitot, 2008).

<sup>3</sup> A l'échelle nationale, 3% des femmes ont reçu un test VIH et ont été informées des résultats du test dans les 12 mois (NACO 2008).

de programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME)<sup>1</sup>. Au moment de l'enquête, aucune action systématique de PTME n'était mise en place dans les centres de soins de santé primaire et les cliniques privées (« Nursing Homes ») du Tamil Nadu<sup>2</sup>.

Par ailleurs, malgré la mise en place d'infrastructures obstétricales, les indices de santé maternelle restent très préoccupants de façon générale, en Inde. Certes, les taux d'accouchements réalisés en institutions biomédicales augmentent (de 26% en 1992-1993<sup>3</sup> à 41% en 2005-2006<sup>4</sup>). Néanmoins, selon le dernier rapport de l'Unicef (2009), un nombre absolu de 78 000 femmes par an perdent la vie en Inde, en couche ou des suites de leur grossesse<sup>5</sup>. De plus, la faible qualité des soins reçus dans les maternités serait directement responsable de pathologies diverses du *post-partum* et parfois de la mort en couches (Pendse 2000; Ramasubban and Jejeebhoy 2000)<sup>6</sup>. Enfin, ces données relatives à la santé de la reproduction des femmes indiennes sont aussi à mettre en perspective avec l'ensemble des contraintes d'ordre social et culturel, amplement décrites, qui limitent la mobilité spatiale des femmes et ne sont pas sans effet sur leur itinéraire thérapeutique<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> En 2007, 8,3 % des femmes vivant avec le VIH ont reçu un traitement prophylactique à la névirapine afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (NACO 2008).

<sup>2</sup> Les entretiens réalisés avec les professionnels de santé dans des institutions privées révélaient leur manque d'information et de concertation ou leur absence de directives sur le sujet.

<sup>3</sup> (IPPS 1995)

<sup>4</sup> (IPPS 2007)

<sup>5</sup> Selon les estimations de l'an 2005, cependant, 450 femmes - pour 100.000 naissances vivantes - continuent de mourir durant la période de la grossesse ou des 42 jours suivants l'accouchement (OMS 2009).

<sup>6</sup> L'ouvrage récent de Jaffré, Diallo et al, (2009) au sujet de la construction sociale de la mortalité maternelle dans les hôpitaux d'Afrique de l'Ouest se révèle un excellent outil pour mieux appréhender ces questions dans d'autres contextes également où les conditions de mise en œuvre rapides et correctes de protocoles biomédicaux se heurtent à d'autres facteurs, par exemple, de type organisationnel, hiérarchique ou logistique.

<sup>7</sup> Parmi l'abondante littérature sur le sujet voir les travaux de Raheja and Gold (1994), Kapadia (1995), Van Hollen (2003), Pinto (2008). Voir aussi l'étude de Chasles (2009) menée en géographie.

Pourtant, au Tamil Nadu, comme ailleurs en Inde et comme dans d'autres pays du Sud, les autorités sanitaires diffusent des messages d'éducation dont l'objectif est d'encourager les familles à se rendre à l'hôpital pour les soins de l'accouchement. Dans les campagnes, les matrones sont menacées par les représentants biomédicaux du système qui leur interdisent la pratique des accouchements. À la maternité de l'hôpital de Namakkal, devant l'entrée de la salle d'accouchement, une affiche de l'OMS représentait le dessin barré en rouge d'une femme enceinte face à une matrone. Une infirmière à qui j'avais demandé de me traduire le slogan écrit en tamoul m'avait dit :

« *That's mean, no delivery with TBA !<sup>1</sup> »*

Avant de revenir sur cette proscription et sur ses conséquences dans le contexte du VIH, il nous faut aborder certains aspects de la construction des pratiques de soins à domicile et décrire, brièvement, comment s'organise le champ des savoirs mobilisés autour des événements liés à la reproduction.

### **Des savoirs des matrones au Tamil Nadu Transmission et négociation**

---

Au Tamil Nadu, les épouses des barbiers<sup>2</sup>, de la caste *Ambattan*, occupent souvent, mais de manière non systématique, la fonction de matrone. Celles que j'ai rencontrées appartenaient aussi à des castes intouchables : Paraiyars, Arundhathiyar et Vannan. Quelques unes sont devenues matrones parce qu'un membre de leur famille exerçait cette fonction, parfois depuis des générations. Il suffit pour cela qu'une ancêtre ait décidé de devenir *maruttuvacci*<sup>3</sup>. Ce « choix » ne relève pas d'une révélation lors d'un rêve ou d'un appel divin mais s'insère dans un contexte de pauvreté et de manque d'emplois : certaines

---

<sup>1</sup> Traduction : « Cela veut dire, pas d'accouchement avec la *Traditionnal Birth Attendant* (Accoucheuse traditionnelle) ».

<sup>2</sup> Caste des Vaannan, barbiers et blanchisseurs non « intouchables » contrairement à ceux de la caste des Vannaarapparayaen (n), c'est à dire « Vannan paria ». Les Ambattan ont aussi pour fonction la pratique de la médecine locale, de la chirurgie, du lavement des corps au moment des mariages et des funérailles et la pratique de la musique.

<sup>3</sup> Ce terme est la forme féminine de *maruttuvar* : le médecin.

femmes des castes défavorisées ont adopté cette fonction, alors que leur tradition familiale n'y était pas engagée<sup>1</sup>. Ces praticiennes, communément appelées « accoucheuses traditionnelles » par les services de santé publique, ont parfois une fonction qui s'étend au-delà du cadre réducteur de cette appellation et ne se limitent pas forcément au soin de l'accouchement. Certaines matrones traitent les problèmes d'infertilité, les maux de la grossesse, les complications obstétricales ainsi que les diverses maladies du *post-partum* comme les saignements abondants et les infections génitales. D'autres sont parfois responsables des cérémonies marquant les événements de la reproduction, comme le *maṅṣalṅir*<sup>2</sup>, rite de puberté des filles, le *vaḷaikāppu*<sup>3</sup>, cérémonie de la fin de grossesse, et le *tiṭṭukkarittal*<sup>4</sup>, bain de purification donné à la mère et au nouveau-né dans les jours qui suivent la naissance. Elles s'occupent aussi des soins des accouchées et des nourrissons et traitent de nombreuses maladies. Elles connaissent les règles d'utilisation des *naṭṭu maruntu*, les remèdes locaux. Enfin certaines matrones appartenant à la caste des Ambattan ont recours aux *manraṭṭam*, formules rituelles qui écartent démons et esprits. Elles appliquent aussi le *tirunīru* (mélange de cendre et de chaux réduites en poudre) sur le front pour expulser le *tōṣam* (la malédiction). Sous les pressions exercées par les représentants locaux du système biomédical et afin de répondre à la demande des patientes pour des soins « modernes » de l'accouchement, les pratiques des matrones ont évolué. Certaines revendiquent la spécificité de ces recompositions<sup>5</sup> qui combinent à la fois les savoirs-faire transmis par leurs ancêtres et ceux acquis dans le cadre d'un enseignement en milieu biomédical. D'autres *maruttuvacci*, au contraire, voient leur statut de praticienne et leurs soins dévalorisés<sup>6</sup>. L'adaptation de leur art aux nouvelles demandes de soins est rendue difficile par un pouvoir social limité et le manque d'opportunités. N'ayant pas pu bénéficier de formation institutionnelle, elles se voient interdire la pratique des accouchements à domicile par les re-

<sup>1</sup> Ceci est également relevé dans (Jeffery, Jeffery, and Lyon 1989).

<sup>2</sup> Ces termes en italiques sont transcrits du tamoul selon les règles de translittération proposées par le Tamil Lexicon (1924-1936).

<sup>3</sup> Ce terme signifie la cérémonie des bracelets. En sanskrit, ce rite est connu sous le terme *cimantam*, la séparation des cheveux. Voir à ce propos Hancart Petitet et Pragaṭhi (2007).

<sup>4</sup> La traduction littérale de ce terme est : *tiṭṭu* pollution, *kkarittal* : enlever.

<sup>5</sup> Voir à ce sujet Hancart Petitet (2009b).

<sup>6</sup> Je me permet de citer également un autre chapitre, Hancart Petitet (A paraître-b).



présentants du système biomédical qui ont la charge d'inciter les femmes à se rendre à l'hôpital.

Ainsi, en Inde du Sud, de nombreux facteurs déterminent l'hétérogénéité des pratiques des matrones. Des circonstances diverses les ont conduites à endosser ce rôle (leur caste d'origine, certains événements sociaux, un besoin économique). Ensuite, leur réseau social et leurs contacts avec des représentants du système biomédical (par le biais de formation ou de surveillance de leurs activités) vont avoir un impact conséquent sur leurs méthodes. Pourtant, il semble que cette complexité ait rarement été prise en compte dans le cadre des programmes de formation jugés désormais inefficaces par de nombreux experts internationaux de santé publique<sup>1</sup>.

Afin de répondre à des objectifs sanitaires divers, plusieurs initiatives privées et publiques ont été menées en Inde à l'égard des matrones<sup>2</sup>. Nous retiendrons que ces programmes ont tenté d'une part d'homogénéiser les savoirs des matrones afin de les rendre conforme aux attentes du système biomédical. D'autres activités ont eu pour finalité d'intégrer les matrones dans le système de santé publique afin de pallier au manque d'infrastructures en zone rurale. Comme dans de nombreux pays du Sud, ces formations ont été principalement centrées sur la promotion de pratiques dites «sans risques» (lavage des mains, section du cordon avec une lame de rasoir stérile) et l'abandon de pratiques jugées néfastes (le toucher vaginal répété, les massages utérins pendant le travail). Non liées à la mise en place d'un système de référence des cas d'accouchements difficiles vers un centre de soins, elles se sont avérées inefficaces pour réduire la mortalité maternelle (Mamdani 2002; Pachauri 1998; Pendse 2000).

Ceci étant, les travaux consacrés aux matrones indiennes ont rarement examiné la question de la pertinence des formations du point de vue des intéressées. Par exemple, l'un des temps forts de la formation, rapporté par les matrones (et à laquelle j'ai pu assister), est la remise d'une petite mallette en acier. Cette mallette contient des matériaux et consommables divers, supposés aptes à asseoir le nouveau statut des «diplômées» et à rendre possible la mise en

---

<sup>1</sup> Voir le chapitre introductif de l'ouvrage sur ce sujet.

<sup>2</sup> Je présente une perspective historique sur les formations des matrones en Inde dans Hancart Petitet (À paraître-a).

oeuvre des pratiques nouvellement acquises. Pourtant, peu de programmes prévoient la mise en place d'activités de suivi et le renouvellement du matériel distribué. Ainsi les matrones rencontrées rapportent comment malgré leur demande, elles n'ont pas pu obtenir de renouvellement du matériel reçu lors de leur formation initiale. Par ailleurs, comme l'a observé Pigg (1997) au Népal, les formations consistent, aussi pour les matrones, en l'apprentissage d'un langage, celui des formateurs<sup>1</sup>. Par exemple, après lui avoir demandé de m'expliquer sa pratique des accouchements, une matrone m'a décrit très précisément comment elle se lavait les mains avec du savon et enfilait des gants. Pourtant, elle venait de me confier qu'elle ne disposait plus de ces consommables. Les raisons pour lesquelles les méthodes apprises ne sont pas mises en œuvre ne sont pas toujours liées à l'absence de moyen matériel. Une matrone n'appliquera pas un nouveau geste si les patientes le refusent, où si elle juge que cette pratique ne lui apporte aucun bénéfice<sup>2</sup>. Enfin, selon certaines matrones la formation leur permet d'observer les pratiques d'accouchement en milieu biomédical. En cela, cette découverte des pratiques de soins hospitaliers représentent parfois une occasion d'acquérir des connaissances qui ne font pas forcément partie du curriculum des formateurs, par exemple, faire des injections ou des lavements.

Certaines matrones ont reçu, par ailleurs, des formations dont l'objectif était de les amener à accompagner les femmes à l'hôpital lors de l'apparition d'une complication obstétricale. Ces complications sont facilement identifiables (saignements pendant la grossesse, saignements importants à l'accouchement ou après l'accouchement, convulsions, fièvre, écoulements vaginaux, maux de tête, oedèmes des membres et de la face, travail excédant une durée de douze heures). Cependant, de nombreux facteurs empêchent les matrones de mettre en pratique les recommandations apprises. Par exemple, en zone rurale de l'Inde du Nord, Jeffery & Jeffery (1993)

---

<sup>1</sup> Selon Pigg, la pédagogie utilisée lors de l'enseignement, pendant lequel les accoucheuses ne sont pas conviées à s'exprimer au sujet de leurs pratiques, les conduit à s'approprier un nouveau langage. Ce langage leur permet de parler de ce qu'elles sont supposées faire sans pour autant passer à l'action.

<sup>2</sup> Par exemple une matrone refusait de mettre en application la pratique apprise de suture du périnée. Voir Hancart Petitet (2009b).

et Jeffery et al. (1989) ont mis en évidence l'une des raisons pour lesquelles le pouvoir social des matrones est limité : dans ces villages, ni les femmes ni les matrones ne choisissaient le lieu de l'accouchement<sup>1</sup>. Enfin, il est admis depuis plusieurs décennies que les matrones ne peuvent prendre en charge les complications obstétricales et que les pronostics vitaux de la mère et de l'enfant reposent entièrement dans ce cas, sur la rapidité du transfert à l'hôpital et sur l'efficacité de la réponse sanitaire fournie sur place.

### **De la difficulté d'accoucher à l'hôpital**

---

Lors de travaux menés en zone rurale dans le Nord de l'Inde, Jeffery et al (1989) notaient que le choix du lieu de l'accouchement ne résultait ni d'une discussion intra-familiale, ni d'une pression quelconque par un représentant du milieu biomédical. A la question de savoir où cet événement devait se dérouler, la réponse des hindoues et des musulmanes, des riches et des pauvres, des jeunes et des plus âgées, des matrones et des hommes était unanime : un enfant doit naître dans la maison de son père, là où il a été conçu (Ibid : 98)<sup>2</sup>. Au Tamil Nadu, dans un contexte de biomédicalisation de la naissance, le maintien en activité des matrones tient à plusieurs raisons qui entretiennent des rapports complexes dans la construction du « choix » entre accoucher à l'hôpital ou à domicile.

Ainsi, jusqu'à une période récente, les femmes du village d'étude, accouchaient à domicile. Selon elles, cette « décision » tenait principalement aux tarifs modérés demandés par les matrones, très inférieurs à ceux pratiqués en milieu biomédical, où, aux dépenses d'ordre médical (paiement des soignants et des médicaments), viennent s'ajouter

---

<sup>1</sup> Je reviendrais sur cette question ultérieurement.

<sup>2</sup> Depuis cette enquête, selon les régions, une plus grande marge de manœuvre existe et l'accouchement peut aujourd'hui avoir lieu soit dans la maison maternelle soit dans la maison conjugale (avec l'aide d'une matrone, formée ou non dans un système biomédical, ou l'aide d'une infirmière ou celle d'un médecin) mais aussi dans les centres de soins de santé primaire, les maternités hospitalières de district (niveau secondaire) ou celles de niveau tertiaire, comme les hôpitaux universitaires. Enfin, de nombreuses naissances ont lieu dans des institutions privées (petites cliniques, « Nursing Home », ou hôpitaux prestigieux).

de nombreux frais supplémentaires (transport, nourriture, médicament, etc.)

Enfin, cette décision relève parfois d'un défaut d'évaluation des risques médicaux encourus. Par exemple, la rétention placentaire n'est pas perçue comme une anomalie obstétricale imprévisible et dangereuse mais comme une action effectuée volontairement par la femme qui accouche. Il est dit dans ce cas que cette femme est *pi-sani*<sup>1</sup> (avare). « Elle cache son placenta et le mange en secret, sans le dire à sa belle-mère » nous dit la matrone Angelai<sup>2</sup>. Ou alors, un travail d'accouchement prolongé, voir compliqué est réinterprété comme la volonté d'un dieu aimant à se faire implorer des femmes vertueuses : « Devant la douleur, elles crient “Mon Dieu, Mon Dieu !” Dieu aime bien qu'elles l'appellent comme ça. » nous rapporte cette matrone. Somme toute, l'option de l'accouchement à domicile ne requiert aucune organisation spécifique et le recours à la matrone permet de ne pas avoir à solliciter l'aide des hommes, en particulier la nuit, à une heure où il est impossible d'aller en ville puisque plus aucun bus ne circule.

Dans ce contexte, on peut imaginer que la recommandation, pour les femmes vivant avec le VIH, d'accoucher dans les hôpitaux qui offrent des activités spécifiques de prévention et de traitement pose de nombreux problèmes. Certaines de ces femmes ne sont tout simplement pas en mesure de se présenter pour recevoir les soins. Afin d'illustrer mon propos, je vais rapporter ici une partie des informations collectées à la maternité de l'hôpital de Namakkal, où un programme de prévention et de traitement du VIH est mené depuis 2001.

---

<sup>1</sup> Contraction du terme : *pisunaṭṭanamāy*

<sup>2</sup> La signification symbolique de cette rétention est celle d'un acte de rébellion contre l'ordre hiérarchique établi au domicile conjugal. Dans la vie quotidienne la jeune épouse est soumise à l'autorité de sa belle-mère. Elle effectue, sous ses ordres, les travaux divers de la maison. Elle est tenue de prendre son repas dans la cuisine, seulement après avoir servi à table les membres de sa famille conjugale.

## Accoucher à l'hôpital dans le contexte du sida

---

Le programme de l'hôpital de Namkkal comporte des activités de conseil et d'informations, des pratiques de test de dépistage du VIH, des mesures de protections à l'accouchement ainsi que la mise en place d'un protocole à schéma court à la névirapine<sup>1</sup> avec un suivi à domicile dans certains cas<sup>2</sup>. Néanmoins, sa mise en œuvre se heurte à certaines difficultés. Par exemple, à la peur persistante de la contamination parmi le personnel de la maternité s'ajoute la peur de la discrimination, chez les patientes et leur famille. Enfin, des femmes ne reviennent pas accoucher à l'hôpital de peur qu'une telle décision soit interprétée par leur entourage comme le signe d'une infection à VIH, dont la révélation a souvent des conséquences sociales dramatiques pour les familles. Dans les villages environnants Namakkal des familles ont été expulsées par leur voisinage et des enfants se sont vus refuser l'accès à l'école.

Dans la maternité de cet hôpital, 16% des patientes incluses dans le protocole de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ne reviennent pas accoucher à l'hôpital chargé de leur prise en charge médicale. Dans l'éventualité où ces femmes ont informé l'équipe de leur « choix » de ne pas accoucher à l'hôpital, le comprimé de névirapine leur est remis lors de la dernière consultation prénatale. Il leur est demandé de prendre ce comprimé lors des premières heures du travail et d'informer la matrone de leur infection à VIH. Cette dernière est censée connaître et prendre les mesures appropriées pour se protéger d'une éventuelle contamination. Cependant aucune activité spécifique n'a été développée pour les matrones autour de ce problème. Selon l'équipe chargée d'effectuer le suivi des patientes à domicile, les femmes « perdues de vues » prenaient le comprimé de névirapine en cachette et n'avaient pas les moyens de transmettre une quelconque information à la matrone au moment de l'accouchement. En effet, l'événement de la naissance en zone rurale est « public », et de nombreuses femmes de la famille et amies de la parturiente sont présentes lors de son accouchement.

---

<sup>1</sup> Voir note 1, page 204.

<sup>2</sup> J'ai décrit plusieurs aspects liés au traitement social de l'épidémie à VIH en Inde et à la mise en œuvre de ce programme de soins dans Hancart Petitet, Samuel et al (2009) et Hancart Petitet (2006., 2009).

Au total, des contraintes économiques et sociales poussent les femmes à accoucher à la maison ou dans des lieux autres que ceux où se déroule le programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH (Vijayakumari et al, 2004). Pourtant, jusqu'à présent, aucune mesure préventive n'est envisagée, en Inde, dans le « système de naissance » à domicile, et ni les femmes infectées par le VIH, ni les matrones n'ont le plus souvent de connaissances au sujet de cette infection. Dans notre village d'étude, par exemple, la plupart des femmes et des matrones en avaient entendu parler mais peu connaissaient les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger. Par ailleurs, la somme des tâches domestiques et des tracas du quotidien dont dépend la survie des familles font du sida un problème secondaire face au fardeau de la pauvreté. Dès lors, dans un contexte d'invisibilité du sida, que se passe-t-il, en terme de risques lors des accouchements à domicile ? Pourquoi la rhétorique de la santé publique<sup>1</sup> feint-elle souvent de l'ignorer ?

### **Pratiques d'accouchement à domicile et transmission du VIH**

---

En zones rurales indiennes, comme dans les autres contextes où l'accès aux traitements antirétroviraux est limité, les pratiques obstétricales ont un impact sur le risque de transmission du VIH au moment de l'accouchement (WHO, 1993; 2004). Ces facteurs sont bien décrits en ce qui concerne le risque de transmission verticale du VIH (de la mère à l'enfant)<sup>2</sup>, et font l'objet de pratiques de protection diverses des soignants en milieu biomédical. Cependant, hormis l'étude menée par Habimana, Bulterys et al en 1994, la question du risque pris par les matrones au moment des accouchements de femmes vivant avec le VIH semble faire l'objet de peu d'intérêt dans la communauté

---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet Fassin (2000).

<sup>2</sup> En résumé, il est conseillé aux accoucheurs de ne pas avoir recours à l'épisiotomie en dehors d'une indication médicale. La pratique systématique de rupture artificielle des membranes est déconseillée. L'utilisation de produit ocytociques est à éviter. Toute manipulation comme la rotation de l'enfant, en cas d'une présentation du siège, est proscrite. Le recours à la césarienne n'est pas recommandé en tant qu'intervention de santé publique pouvant réduire la transmission verticale du VIH en raison des risques infectieux et hémorragiques encourus lors de cette intervention (WHO, 1993).

scientifique. Pourtant, en Inde de nombreuses femmes villageoises n'ont jamais eu de test, ou ne sont jamais revenues chercher leurs résultats. Ainsi, des actes de manipulation et de contact avec le sang contaminé, le liquide amniotique et le placenta représentent des risques de contamination divers lors des accouchements à domicile que de nombreuses raisons sociales conduisent les femmes et les matrones à ignorer.

J'exposerai maintenant deux catégories de facteurs favorisant la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Avant de traiter des circonstances sociales pouvant être à l'origine de cette transmission, j'aborderai en premier lieu, les facteurs liés aux pratiques obstétricales. En effet, au Tamil Nadu, certaines matrones ont recours à des techniques susceptibles d'augmenter la transmission du VIH lors de l'accouchement. Il s'agit, par exemple, des épisiotomies « à la frappe »<sup>1</sup> qui consiste à une déchirure provoquée du périnée, que certaines matrones réalisent en frappant d'un coup sec la fourchette vulvaire avec l'index et le majeur tendus. Par ailleurs, le moment choisi pour la section du cordon ombilical constitue un autre facteur de risque : en effet, il n'a pas lieu immédiatement après la naissance de l'enfant mais après l'expulsion du placenta. D'un point de vue de santé publique, ce geste fait partie des pratiques à proscrire afin de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant au moment de l'accouchement. Du point de vue des matrones, au contraire, cette coupure tardive du cordon permet de prévenir l'une des complications de l'accouchement particulièrement redoutée en zone rurale à savoir la rétention placentaire<sup>2</sup>. De plus, cette « précaution » permet d'envisager une « réanimation néonatale », si nécessaire, et dont la technique, telle qu'elle nous est rapportée, est la suivante. Si l'enfant ne respire pas, le cordon n'est pas coupé et le placenta est déposée dans une bassine d'eau froide. La section n'est réalisée que lorsque le bébé se met à pleurer. Plusieurs techniques de cet ordre sont utilisées par des matrones en de nombreux endroits du sous-continent indien et dans plusieurs États

---

<sup>1</sup> Je décris cette pratique dans Hancart Petitet (2009b). Il est probable en effet que ce geste augmente la transmission mère-enfant du VIH au même titre qu'une épisiotomie pratiquée en milieu biomédical.

<sup>2</sup> En l'absence de traitement (la délivrance artificielle), la rétention placentaire est à l'origine de nombreux cas de mort des femmes en couches considérable dans les zones rurales isolées du monde où les femmes ne peuvent bénéficier d'une évacuation sanitaire et d'une prise en charge médicale.

indiens dont le Tamil Nadu<sup>1</sup>. Les travaux en cours, menés par Sagdopal (2006), mentionnent par exemple la pratique de chauffage du placenta, toujours relié à l'enfant. Enfin, le délivre, loin d'être réduit à un déchet impur de l'accouchement, est vu comme une partie du nouveau-né, une entité dont le traitement, au moment de la naissance, est intimement lié à la santé du bébé<sup>2</sup>.

D'autres pratiques des accoucheuses semblent plutôt jouer en faveur d'une modération des risques de transmission verticale du VIH. Par exemple, la plupart des matrones que j'ai rencontrées n'utilisent pas de produit ocytocique pour augmenter l'intensité des contractions utérines, et aucune n'a recours à la rupture artificielle des membranes amniotiques. Elles n'utilisent non plus ni les forceps, ni la ventouse, instruments dont l'usage accroît les risques de passage du virus de la mère vers l'enfant.

Voyons maintenant, en second lieu, comment le contexte social de l'accouchement à domicile peut contribuer à la transmission mère-enfant VIH au moment de l'accouchement. En effet, la construction des rapports sociaux de sexe (le statut des femmes et des femmes enceintes et les prescriptions sociales autour de l'accouchement) le rôle et la disponibilité de la matrone, la construction de ses pratiques de soins dans une situation particulière, les contraintes géographiques et économiques (qui conditionnent le mode de transport de la femme en couches vers l'hôpital), ainsi que les enjeux de sa prise en charge biomédicale sont à considérer. Tous ces facteurs peuvent entraîner des complications obstétricales (en particulier l'allongement du temps de travail) qui influenceront sur la transmission mère-enfant du VIH. Or, les récits d'accouchements difficiles ne manquent pas. Les matrones les expliquent soit par la non-observance des règles alimentaires et de comportement durant la grossesse<sup>3</sup> soit par la vengeance d'une *ch-maitāñki*, (femme morte pendant la grossesse ou l'accouchement). De plus, les prescriptions sociales selon lesquelles les femmes en travail ne doivent pas manifester leur douleur font que les soins peuvent être

---

<sup>1</sup> Il s'agit de l'Andra Pradesh, du Bihar, du Gujarat, du Jharkhand, du Mahashal Pradesh, du Maharashtra, du Punjab et du Tamil Nadu, de l'Uttar Pradesh, et du Bangladesh.

<sup>2</sup> Les fonctions symboliques du cordon et du placenta au Tamil Nadu sont abordées dans Hancart Petitet (2009).

<sup>3</sup> Hancart Petitet et Pragathi (2007).



retardés, la durée du temps de travail anormalement allongée et les complications obstétricales non reconnues par l'accoucheuse et l'entourage familial.

En dehors des contraintes diverses qui orientent les « choix » autour de l'accouchement, d'autres difficultés, conditionnent les pratiques de soins en lien avec la prévention du VIH. Ainsi, dans certaines institutions de soins, comme à la maternité de Namakkal, des femmes ayant reçu un test VIH en consultation prénatale peuvent bénéficier d'une prise en charge médicale si besoin. Il leur est demandé alors de revenir accoucher à l'hôpital. En effet, selon les recommandations internationales de santé publique, l'une des activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH est la mise en place d'un protocole de traitement antirétroviral au moment de l'accouchement<sup>1</sup>. Cependant, en Inde, pour les diverses que j'ai évoquées, les femmes ne peuvent pas toujours accoucher dans ces institutions. Dans ce contexte, le Dr. Samuel, directeur du programme HIV à l'hôpital de Namakkal, songeait que les matrones pourraient être incluses dans les programmes de PTME.

### **Les matrones et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH**

---

Depuis une décennie, la mise en œuvre de protocoles de traitements antirétroviraux associée à une absence d'allaitement au sein et à une pratique de la césarienne élective (dans certains cas), a conduit à élimination virtuelle de toute nouvelle infection à VIH chez l'enfant, dans tous les endroits, en particulier dans les pays du Nord, où le niveau d'accès aux soins le permet. Dans de nombreux contextes, et surtout dans les pays Sud, les résultats obtenus n'atteignent pas les objectifs fixés en 2001 par la session extraordinaire de l'Assemblée générale

---

<sup>1</sup> Il s'agit du protocole à schéma court à la névirapine (nom générique) le traitement antirétroviral le plus utilisé dans les pays du Sud afin de réduire la transmission verticale du VIH. Il est le plus simple et le moins cher (4 dollars US par patiente). Ce protocole est connu sous l'appellation HIVNET 012. Il consiste à l'administration d'une dose de névirapine 200 mg à la mère infectée par le VIH en début du travail d'accouchement et une dose de névirapine sirop au nouveau-né (2mg/kg) dans les 72 heures suivant la naissance (Guay, Musoke, Fleming, Bagenda, Allen, et al. 1999).

des Nations Unies sur le VIH<sup>1</sup>. En 2005, seuls 11 % environ des femmes enceintes vivant avec le VIH ont accédé à un dépistage du VIH, à un conseil et à des interventions prophylactiques à base d'anti-rétroviraux au cours de leur grossesse (OMS 2007).

Certaines matrones que j'ai rencontrées au Tamil Nadu avaient plus ou moins entendu parler du sida. Par exemple, la matrone Satchadie, « recyclée » dans le cadre de formation dix ans auparavant se souvenaient qu'il s'agissait d'une « maladie de l'accouplement sans relation avec l'enfant ». La vieille Depanchale qui accompagnait les femmes à l'hôpital de Namakkal en avait eu connaissance en discutant avec certains membres du personnel qu'elle connaissait. Elle disait regretter de ne pas avoir plus d'informations à ce sujet afin de pouvoir informer les gens de son village au sujet des soins proposés à l'hôpital. Enfin, Bala Rathnam une matrone maharashtrienne que j'avais rencontrée à Chennai, à l'occasion de la cinquième Conférence Internationale sur le sida en 2005 avait commencé seule une activité de référence des femmes enceintes de son village dans une maternité mettant en place des programmes sida. Plus tard, elle avait été recrutée par l'organisation Prithvi qui recrute et forme des travailleurs volontaires chargés de disseminer des messages d'information et de prévention du sida en zones rurales. En Inde, d'autres ONGs spécialisées travaillent aussi dans ce sens (Kulkarni, Kulkarni, et al 2004; Reedzu 2005).

Ailleurs, certains représentants des institutions internationales de santé publique proposent, afin de palier aux carences des services de santé publics, d'impliquer les tradipraticiens et les matrones dans la lutte contre le sida, par exemple, en Ouganda (Balaba, Judi, King, Kyeyune, and Kasolo 2004), en Afrique Subsaharienne (Homsy, King, Balaba, and Kabatesi 2004), en Tanzanie (Msaky, Kironde et al. 2004) et plus récemment au Zimbabwe (Perez, Aung, et Al. 2008). A l'échelle internationale, le recours aux matrones pour répondre aux

---

<sup>1</sup> Les déclarants prévoiaient que « D'ici à 2005, réduire de 20 p. 100, et d'ici à 2010, de 50 p. 100, la proportion de nourrissons infectés par le VIH en veillant à ce que 80 p. 100 des femmes enceintes ayant accès à des soins prénatals reçoivent des informations, un conseil et autres moyens de prévention de l'infection à VIH, et en faisant en sorte que les femmes infectés par le VIH et leurs nourrissons aient accès à un traitement efficace afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH (...) » (OMS 2007).

limites des programmes de PTME<sup>1</sup> au Sud rencontre une forte résistance de la plupart des experts en santé publique. Le principal argument avancé est l'échec des formations d'accoucheuses dans la réduction des taux de mortalité maternelle. Constat d'autant plus grave qu'un accouchement représenterait, en l'absence de prise en charge biomédicale, non seulement un risque potentiel de mort différée du nouveau-né (infecté par transmission verticale du VIH), mais aussi un risque de morts maternelle et infantile immédiates, en cas de complication obstétricale. Enfin, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des avortements provoqués sont plus fréquentes chez les femmes vivant avec le VIH (Abouzahr 1998). Face à ces dangers, certains experts préconisent une prise en charge biomédicale systématique pour l'accouchement- des femmes infectées par le VIH (Berer 2003)<sup>2</sup> en dépit de contraintes bien connues (difficulté d'accès aux programmes de PTME, femmes « perdues de vue », refus du test, impossibilité de suivre les protocoles médicaux...)

Pourtant, de nouveaux modèles de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont été conçus, basés sur le développement de soins décentralisés et fournis à domicile. Ils proposent que ces actions soient menées en collaboration avec les travailleurs médicaux communautaires (Homsy, King, Balaba, and Kabatesi 2004), comme les matrones, auxquelles seraient confiés des objectifs précis: dissémination de l'information sur le sida, identification des femmes enceintes dans le village, contact avec le centre de santé, pratique du conseil et du test, supervision de la prise de la névirapine (Bulterys,

---

<sup>1</sup> Ces limites, caractérisées par le nombre important de femmes refusant d'être suivies (avant la possibilité d'accéder aux traitements par ARV) (Painter, Diaby, Matia, Lin, Sibailly, et al. 2004) résultaient des carences de soins en général et de soins obstétricaux en particulier (Zucca, Azzimonti, Ciantia, Castelli, and Caracciolo 2004) et de différents problèmes liés à la pauvreté (Skinner, Mfecane et al. 2005; Songok, Fujitama et al. 2003). En Inde, par peur du stigma associé au VIH, de nombreuses femmes ne révèlent pas leur infection à leur conjoint ni aux membres de leur famille (Chandra, Deepthivarma et al. 2003; Deepthivarma, Chandra 2004). De plus, la crainte d'actes de discrimination de la part des soignants est un facteur d'éloignement des services de soins (Steward, Herek, Ramakrishna, Bharat, Chandy, et al. 2008).

<sup>2</sup> Ces deux références sont toujours d'actualité dans des contextes où des femmes vivant avec le VIH au stade sida ne bénéficient pas de traitement antirétroviraux. Pour des informations relatives aux dernières conduites à tenir le lecteur pourra consulter le rapport Yeni (2008).

Fowler, Shaffer, Tih, Greenberg, et al. 2002). Récemment, au Zimbabwe, dans un contexte de crise économique ayant pour effet de diminuer le nombre des consultations prénatales et des accouchements en institution, et d'affecter ainsi la mise en œuvre d'un programme de PTME, Perez, Aung et al (2008) ont mené une étude de faisabilité relative à l'implication des matrones dans ce domaine. Ils concluent à la pertinence de cette stratégie à la fois souhaitée par les femmes et par les matrones. Enfin, Kongnyuy, Mlava et al (2009) qui ont analysé les causes des décès maternels au Malawi concluent à la nécessité de former et d'impliquer les villageois, les guérisseurs et les matrones dans les programmes sanitaires et la prévention du VIH.

En Inde du Sud, une décentralisation des services de PTME, menée en considérant les facteurs d'ordre sociaux évoqués dans ce chapitre pourrait avoir certains avantages. Cette stratégie pourrait avoir le triple effet de limiter les pratiques à risques lors des accouchements à domicile, de faciliter l'accès des femmes au dépistage du VIH et de contribuer à une meilleure prise en charge des mères et de leurs nouveau-nés.

## **Discussion**

---

Aujourd'hui, le dépistage volontaire du VIH et celui réalisé lors des consultations anténatales représentent un moyen permettant aux femmes de connaître leur statut sérologique et aux États d'estimer les taux de prévalence du VIH dans des sites donnés. Dans certains contextes, les femmes enceintes, dont l'infection à VIH est ainsi diagnostiquée, peuvent avoir accès aux programmes de prise en charge disponibles. Pourtant, dans de nombreux endroits où les femmes n'ont pas accès à ces services, deux stratégies sont envisagées par les experts en santé publique. Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, les difficultés rencontrées lors de la mise en oeuvre des programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) conduisent à rediscuter et à proposer l'implication des matrones dans ce domaine. Une autre stratégie est apparue en particulier au moment où l'accès universel aux antirétroviraux restait aux portes des pays du Sud. A cette époque, où la PTME était paradoxalement reconnue

comme un objectif majeur pour les organisations internationales de santé publique, alors que la réduction de la mortalité maternelle et infantile ne l'était pas (encore), des programmes de prophylaxie généralisée par la névirapine ont été envisagés. Selon cette stratégie, toutes les femmes enceintes, indépendamment de leur statut sérologique, se verraient proposer un traitement prophylactique par la névirapine (SintI, Dabis et al. 2005; WHO 2002)<sup>1</sup> La mise en place de tels programmes semblait supposer alors une forme d'acceptation de la méconnaissance du devenir des femmes ainsi « traitées » et de leur nouveau-nés. Aujourd'hui devant les objectifs, posés par les décideurs internationaux de santé publique, en terme de généralisation de l'accès aux antirétroviraux cette option semble avoir été abandonnée. Aussi, cette perspective historique, succincte, sur les programmes de PTME dans les pays du Sud nous encourage, à l'avenir, à décrire les causes, les modalités de mise en œuvre et les effets de la « reconstruction » du rôle des matrones dans la santé maternelle et dans le contexte du VIH selon plusieurs angles que je propose d'examiner.

Au delà d'une restriction géographique à l'Inde et thématique autour des problématiques liées au VIH, les reconfigurations du mandat donné aux matrones par les experts de santé publique sont à analyser, en partie, comme le produit des négociations entre les normes internationales qui conduisent, en théorie à ne plus considérer les matrones comme des actrices des soins de santé maternelle, et certaines contraintes des acteurs sur le terrain qui imposent la révision des stratégies, comme l'enrôlement des matrones dans les programmes VIH en témoigne. Par ailleurs, on pourra observer dans quelles mesures le discours produit par la santé publique sur les matrones est sujet à des modifications et à des réorientations en fonction de choix institutionnels divers et de changement de stratégie par rapport à un objectif donné. Par exemple, une attention deva être portée aux pratiques discursives de la santé publique sur les matrones dans des contextes d'émergence de nouvelles épidémies infectieuses, face aux effets éventuels de la crise financière venant altérer les mécanismes actuels de financement d'activités dont l'objectif est de réduire la mortalité mater-

---

<sup>1</sup> Ces auteurs ont mis en garde contre les éventuelles résistances au traitement que ces prises de névirapine pouvaient occasionner dans le futur. Le guide que l'OMS publié à l'égard du traitement des femmes et des enfants dans les « contextes à ressources contraintes » (WHO 2004) se présentait comme un outil pour cette prise de décision.

nelle<sup>1</sup>, ou encore dans des contextes de migrations de populations dues aux changements climatiques. L'exercice consiste alors, comme le formule Margareth Lock, « à décentrer et à historiciser le savoir biomédical » (dans Saillant et Genest, 2005 : 445). Observer, par le prisme des matrones, quand et comment et pourquoi les pratiques médicales dans le domaine de la santé maternelle sont légitimées à l'échelle nationale et internationale conduit par ailleurs à approcher la construction des idéologies contemporaines autour de la reproduction. Ce faisant, comme l'a proposé Fassin (2001) dans un autre contexte, l'étude des discours sur les matrones peut se révéler alors comme une mise en miroirs des « épreuves locales » et des « logiques globales » qui gouvernent les corps. Ce corpus peut présenter un objet heuristique pertinent pour analyser le consensus actuel qui fonde « la santé des femmes dans leur fonction de reproduction » en tant que « langage social », qui renvoie à la notion de construction de sens, et « principe de légitimité » qui sous-entend le choix de priorité. Autrement dit, cette dimension conduit à interroger la fonction politique et sociale de la santé publique qui multiplie les déclarations d'intentions et les tentatives d'actions en santé maternelle et en fait un enjeu majeur pour les pays du Sud, alors que les déterminants mêmes des inégalités qui la conditionnent ne sont guère appréhendés.

---

<sup>1</sup> Dans le cadre du « Millenium Development Goal 5 » qui prévoit d' « Améliorer la santé maternelle » (WHO 2005). .

## BIBLIOGRAPHIE

- ABOUZAHAR, Carla – 1998 Maternal Mortality Overview. Dans: CJL Murray (ed.), *Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Geneva, World Health Organization.
- ASSAYAG, Jackie – 2003 La caste entre histoire et anthropologie. Le « Grand Jeu » interprétatif. *Annales, Histories, Sciences sociales* 4: 815-830.
- BALABA, Dorothy et al. – 2004 *Partnership Between Biomedical Workers and Traditional Birth Attendants; a Strategy to Scale up Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT) in Rural Uganda*. XVth International Aids Conference Abst. n° E12118, Bangkok., 2004.
- BAJPAI Smita & Mira SADGOPAL – 1996 *Her Healing Heritage: Local Beliefs and Practices Concerning the Health of Women and Children: A multistate study in India*. Delhi: Chetna Pub.
- BENOIST Jean, & Alice DESCLAUX – 1996 *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*. Paris: Karthala
- BERER, Marge – 2003 TBAs Cannot be Expected to Carry out HIV/AIDS Prevention Activities for Women Giving Birth at Home. *Reproductive Health Matters* 11(22) : 36-39.
- BULTERYS, Marc et al. – 2002 Role of Traditional Birth Attendants in Preventing Perinatal Transmission of HIV. *British Medical Journal* 324: 222-225.
- CHANDRA, Prabha S et al. – 2003 Disclosure of HIV Infection in South India: Patterns, Reasons and Reactions. *AIDS care* 15(2): 207-215.
- CHASLES, Virginie – 2009 La prise en charge de la maternité en Andhra Pradesh rural. Un exemple de santé maternelle au masculin. Dans: Patrice Cohen (ed.), *Figures contemporaines de la sante en Inde*; pp. 269-287. Paris: L'Harmattan
- CHAWLA, Janet – 1994 *Child Bearing and Culture*. Delhi: Indian Social Institute.
- CHAWLA, Janet – 2006 *Birth and Birthgivers. The Power behind the Shame*. Delhi: Shakti Books
- COHEN, Patrice– 2005 Women, AIDS and Maternity in India: A critical perspective of biomedical and Popular Categories. *Indian Anthropologist* 35(1&2): 53-68.
- DAVIS-FLOYD, Robbie – 1994 The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. *Social Science and Medicine* 38(8): 1125-1140.
- DAVIS-FLOYD, Robbie & SARGENT Carolyn Fishel – 1997 *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross Cultural Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- FASSIN, Didier – 2000 Comment faire de la sante publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante* 7: 58-78.

- FASSIN, Didier – 2001 La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique. In: Bernard Hours (ed.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala.
- GOVERNEMENT OF INDIA – 2005 Annual report 2003-2004. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare
- GUAY, Laura Anne, et al. – 1999 Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *The Lancet* 354: 795-802.
- GUHA, Supriya – 1998 From Dais to Doctors : The Medicalisation of Childbirth in Colonial India. In: Lakshmi Lingam (ed.), *Understanding Women's Health Issues: A Reader*; pp. 145-161. Delhi: Kali for Women.
- GULATI, Ambica – 1999 Birth: In whose hands? *Life positive August*. [http:// www.lifepositive.com](http://www.lifepositive.com) (page consultée le 15.7.05).
- HABIMANA, Phocas, Marc BULTERYS et al. – 1994 A Survey of Occupational Blood Contact and HIV Infection Among Traditional Birth Attendants in Rwanda. *AIDS* 8: 701-704.
- HAFEEL, Abdul & SUMA STagadur – 2000 Monumental Heritage. *Special Issue with the Sunday Magazine From the Publishers of THE HINDU Indian Health Traditions*: Oct. 08.
- HANCART PETTET, Pascale – 2008 Maternités en Inde de Sud. Des savoirs autour de la naissance au temps du sida. Paris: Edilivre
- HANCART PETTET, Pascale – 2009a Traitement social de la naissance dans le contexte du sida. Etudes de cas en Inde du Sud. *Sciences Sociales et Santé* 27: 9-33.
- HANCART PETTET, Pascale – 2009b Transformations contemporaines des pouvoirs, des savoirs et des pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry. In: Patrice Cohen (ed.), *Figures contemporaines de la santé en Inde*. pp. 195-214. Paris: L'Harmattan
- HANCART PETTET, Pascale – A paraître -a Health, social and political issues of Traditional Birth Attendant's training in India. In: L. Pordié, V. Sujatha and H. Naraindas (eds.), *Instituting Cure. Contemporary forms of medicines in India*.
- HANCART PETTET, Pascale – A paraître-b Les derniers jours de Palavankodie. Biographie d'une matrone en Inde du Sud. In: Laurent Pordié and Emmanuelle Simon (eds.), *Figures de guérisseurs contemporains. Le néotraditionalisme en biographie*. Paris.
- HANCART PETTET, Pascale et VELLORE Pragathi – 2007 Ethnographic Views of *valaikappu*. A Pregnancy Rite in Tamil Nadu. *Indian Anthropologist* 37(1): 117-145.
- HOMSY, Jaco et al. – 2004 Traditional Health Practitioners Are Key to Scaling Up Comprehensive Care for



- HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *AIDS* 18: 1723-1725.
- IPPS – 1995 *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India 1992-93*. Mumbai, India. International Institute for Population Sciences.
- IPPS – 2007 *National Family Health Survey (NFHS III). Volume 1 & 2. 2005-2006*. Mumbai, India. International Institute for Population Sciences (IPPS) and Macro Int.
- JAFFRÉ, Yannick et al. – 2009 *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*: Faustroll Descartes. Arles.
- JEFFERY, Patricia et Roger et al. – 1989 *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London: Zed Books.
- JEJEEBHROY, Shireen – 2000 Safe Motherhood in India. Priorities for Social Science Research. In: Radhika Ramasubban and Shireen JJejeebhoy (eds.), *Women's reproductive Health in India*, pp. 134-185. Jaipur & Delhi: Rawat Publications.
- KAPADIA, Karin – 1995 *Siva and Her Sisters. Gender, caste and Class in Rural South India*. Boulder USA: Westview Press.
- KONGNYUY, EJ, G MLAVA et al. – 2009 Facility-based maternal death review in three districts in the central region of Malawi: an analysis of causes and characteristics of maternal deaths. *Womens Health Issues* 19(1): 14-20.
- KING Rachel & HOMSY Jacob – 1997 Involving traditional healers in AIDS education and counselling in sub-Saharan Africa: a review. *AIDS* 11 Suppl A: S181-2.
- KULKARNI Smita et al. – 2004 Integrating comprehensive antenatal care: the only way to upscale PMTCT programmes. Abstract n°MoPeB3361. *XV International Aids Conference, Bangkok*.
- MAMDANI, Masuma – 2002 *A Decade of Safe Motherhood: Initiatives in India*. London: Centre for Population Studies. School Of Hygiene And Tropical Medicine.
- MSAKY Hores Isaack et al. – 2004 Scaling the Frontier Traditional Birth Attendant Involvement in PMTCT Service Delivery in Hai and Kilombero Districts of Tanzania. *XV International Aids Conference Abstract n°ThPeE8084, Bangkok., 2004*.
- NACO – 2008 *UNGASS Country Progress Report 2008 India Reporting Period: January 2006 to December 2007*. New Delhi: National Aids Control Organisation Ministry of Health and Family Welfare
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. – 1995 *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: APAD Karthala.
- OMOWUNMI, Ahmed et al. – 2004 Knowledge, Attitudes and Perceptions of HIV/AIDS among Traditional Birth Attendants and Herbal Practitioners in Lagos State, Nigeria. *African Journal of Aids Research* 3 (2): 191-196.

OMS – 2007 *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA*. En ligne. [whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242596014\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242596014_fre.pdf). Consulté le 03.03.09. Genève : OMS

OMS – 2009 *Statistiques sanitaires mondiales*. En ligne [www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/](http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/). Consulté le 25.06.09. Genève: Organisation Mondiale de la santé.

ONUSIDA – 2007 *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2006*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

PACHAURI, Saroj – 1998 Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework. In: Maithreeji Krishnaraj, Ratna M. Sudarshan and Abusaleh Shariff. (eds), *Gender, Population and Development* pp. 310-339. Delhi: Oxford University Press.

PAINTER, Thomas et al. – 2004 Women's Reasons for not Participating in Follow up Visits Before Starting Short Course Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Qualitative Interview Study. *British Medical Journal* 329: 543-546.

PENDSE, Vinaya – 2000 Maternal Deaths in an Indian Hospital: A Decade of (No) Change? Dans Berer M et Ravindran S, *Safe motherhood initiatives: Critical issues*: Reproductive Health Matters. London.

PEREZ, Freddy et al. – 2008 Participation of traditional birth attendants in prevention of mother-to-child transmission of HIV services in two rural districts in Zimbabwe: a feasibility study. *BMC Public Health*. 2008 Dec 5;8:401. 5: 401.

PEREZ, Freddy et al. – 2004 Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Evaluation of a Pilot Program in a District Hospital in Rural Zimbabwe. *British Medical Journal* 329: 1147-1150.

PINTO, Sarah – 2008 *Where There Is No Midwife: Birth and Loss in Rural Life in India*. New York: Berghahn Books

RAHEJA, Gloria Goodwin & GRODZINS GOLD, Ann – 1994 *Listen to the Heron's Words: Reimagining Gender and Kinship in North India*. Berkeley: University of California Press.

RAMASUBBAN, Radhika & JEJEBHOY Shireen – 2000 *Women's Reproductive Health in India*. Jaipur & Delhi: Rawat.

REEDZU, Josephine – 2005 How traditional birth attendants are combating unsafe childbirth and HIV/AIDS. India [http://www.oxfam.org.uk/what\\_we\\_do/issues/gender/links/0505informed.htm](http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0505informed.htm) (page consultée le 26.04.06). Oxfam.

SAHA, Shelley & RAVINDRAN T.K.Sundari – 2002 Gender Gaps in Research on Health Services in India. *Journal of Health Management* 4(2): 185-214.

- SAILLANT Francine & GENEST Serge – 2005 *Anthropologie Médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Les Presses de l'Université de Laval.
- SINTI, Tin Tin, François DABIS Claude KAMENGA, Nathan SHAFFER & Isabelle F. DE ZOYSA – 2005 Should Nevirapine be Used to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV Among Women of Unknown Serostatus? *Bulletin World Health Organization* 83(3).
- SKINNER, Donald ; MFECANE, Sakhumzi; GUMEDE, Tebogo; HENDA, Nomvo; & DAVIDS, Adlai – 2005 Barriers to accessing PMTCT services in a rural area of South Africa - *African Journal of AIDS Research*, 4 ( 2 ) : 115-123
- SONGOK, Elijah M ; FUJIYAMA, Yoshihide ; TUKEI, Peter M et Al. – 2003 The Use of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Rural Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiène* 69(1): 8-13.
- STAUGAARD, Frantz – 1992 Role of Traditional Health Workers in Prevention and Control of AIDS in Africa. *Tropical Doctor* 22(3): 121-122.
- WAYNE T. Steward; Gregory M. HEREK; Jayashree RAMAKRISHNA et Al. – 2008 HIV-related stigma: adapting a theoretical framework for use in India. *Social Science & Medicine* 67(8): 1225-1235.
- UNICEF – 2009 *La situation des enfants dans le monde 2009. La sante néonatale et maternelle* Genève: UNICEF
- VAN HOLLEN, Cecilia – 2003 *Birth on the Threshold. Childbirth and Modernity in South India*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- WALRAVEN, Gijs – 2002 Commentary: Involving Traditional Birth Attendants in Prevention of HIV Transmission Needs careful consideration. *British Medical Journal* 324(7331): 224-225.
- WHO – 2002 *Use of Nevirapine among Women of Unknown Serostatus. Report of a Technical Consultation*, Geneva, 5 & 6 December. Geneva.: World Health Organization
- WHO – 2004 *Guidelines on care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings*. Geneva.: World Health Organization.
- WHO – 2005 *Health in the Millennium Development Goals. Goals, Targets and Indicators Related to Health*. Geneva.: World Health Organization.
- YAO, Michel NK – 2002 Traditional Birth Attendants and Community Health Workers Can in Fact Play a Role in Sensitisation. *British Medical Journal* 324: 222-225.
- YENI, Patrick – 2008 *Rapport du Groupe d'Experts 2008 sur la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH*, sous la direction du Pr Patrick Yeni.
- www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/publications-documentation/publications-documentation-sante/rapports/rapport-du-groupe-experts-2008-prise-charge-

medicale-patients-infectees-par-vih-  
sous-direction-du-pr- patrick-yen-  
i.html. Consulté le 3.3.09

ZUCCA, Massimo, Gaetano AZZI-  
MONTI, Filippo CIANTIA et Al. –  
2004 *Integration of PMTCT in the*

*Continuum of Post-Natal Care and So-  
cio-Economic Support*. XV Internatio-  
nal Aids Conference. Abstract num-  
ber: WePeE6882, Bangkok., 2004.  
1924-1936. *University of Madras. Tam-  
il lexicon*. Madras: University of  
Madras

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