



HAL
open science

Cultures de la naissance, entre la tradition et le biomédical : Étude comparative en Équateur et au Portugal

María Fernanda Acosta Altamirano

► **To cite this version:**

María Fernanda Acosta Altamirano. Cultures de la naissance, entre la tradition et le biomédical : Étude comparative en Équateur et au Portugal. Sociologie. Université Côte d'Azur, 2017. Français. NNT : 2017AZUR2034 . tel-02426263

HAL Id: tel-02426263

<https://theses.hal.science/tel-02426263>

Submitted on 2 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École doctorale « Sociétés, Humanités, Arts et Lettres » (ED 86)
Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cognitives et Sociales
(LAPCOS, EA 7278)

Thèse de doctorat

Présentée en vue de l'obtention du
grade de Docteur en Anthropologie
de

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

par

María Fernanda ACOSTA ALTAMIRANO

CULTURES DE LA NAISSANCE,

entre la tradition et le biomédical

Étude comparative de cas en Équateur et au Portugal

Dirigée par : M. Joël CANDAU, Professeur des Universités

Soutenue le 07 décembre 2017

Membres du Jury :

Isabelle BIANQUIS Professeur, Université de Tours, Pré-rapporteur

Joël CANDAU Professeur, Université Côte d'Azur, Directeur de thèse

RINAUDO Christian Professeur, Université Côte d'Azur, Examineur

Marie-Luce GÉLARD Maître de conférences, Examinatrice Université Paris Descartes

Laurence POURCHEZ Professeur, INALCO Pré-rapporteur

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
École Doctorale « Lettres, Sciences humaines et sociales » (ED 86)
Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cognitives et Sociales
(E.A. 7278)

DOCTORAT D'ANTHROPOLOGIE

María Fernanda ACOSTA ALTAMIRANO

CULTURES DE LA NAISSANCE, entre la tradition et le biomédical.

Étude comparative de cas en Équateur et au Portugal

Thèse dirigée par : Joël CANDAU, Professeur des Universités
Décembre 2017

Membres du Jury

Isabelle BIANQUIS	Professeur, Université de Tours	Pré-rapporteur
Joël CANDAU	Professeur, Université Côte d'Azur	Directeur de thèse
RINAUDO Christian	Professeur, Université Côte d'Azur	Examineur
Marie-Luce GÉLARD	Maître de conférences, Université Paris Descartes	Examinatrice
Laurence POURCHEZ	Professeur, INALCO	Pré-rapporteur

Résumé :

La culture de la naissance peut être assimilée à un rite de passage à la base de la construction identitaire pour la mère et pour l'enfant. Cette transition est conçue de manière différente selon les contextes culturels.

À partir d'un travail ethnographique au Portugal et dans l'Amazonie équatorienne, nous avons mis en évidence l'existence de trois systèmes de santé : le biomédical ou système officiel (qui se constitue comme tel à partir du XIX s.), le système traditionnel ou ancestral et le système alternatif (dans ce cas, incarné par les *doulas*).

Autour de ces trois systèmes de santé se tisse une culture de la naissance porteuse, dans chaque cas, d'un discours légitimant des pratiques présentées comme « adéquates » et les représentations associées.

Malgré des différences importantes entre les procédures des protocoles médicaux – propres au système officiel de santé, au système traditionnel de santé et au système alternatif - pour la prise en charge de l'accouchement, de l'alimentation pré-lactée (don du colostrum) et du postpartum, nous avons identifié des points communs entre eux. Les frontières entre ces différents systèmes de santé, entre la tradition et la modernité, peuvent s'effacer ou demeurer floues.

Les pratiques diverses sont associées à des représentations relatives à la mort, les corps, la douleur, les paradigmes de santé et de maladie, la religion, la propreté et l'hygiène, les liens sociaux, entre autres.

Mots-clés :

Anthropologie médicale, culture de la naissance, naissance, système traditionnel de santé, système ancestral de santé, biomédecine, système officiel de santé, système alternatif de santé, accoucheuse, colostrum, corps, accouchement, accouchement naturel, douleur, peur, placenta, sage-femme, *doula*, *curiosa*, *habilidosa*, *parteira*.

Summary:

The culture of birth is a ritual of passage which is the basis of the construction of identity for the mother and for the child. This transition is conceived in different ways in distinct cultural contexts.

Based on an ethnographic work in Portugal and the Amazonia of Ecuador, we have identified three existing health systems: biomedicine or the official system (which was constituted as "official" from the 19th century onwards), the traditional system or ancestral system, and the alternative system (in this case, embodied by *doulas*).

In the framework of these three health systems, a culture of birth is woven into a discourse legitimizing their practices, which are presented as "adequate", and their representations.

Although there are important differences between the procedures of the medical protocols - specific to the formal health system, to the traditional health system, and to the alternative system - for the delivery of childbirth, for pre-lactated feeding (colostrum feed), and for postpartum, we also found bridges between them.

Sometimes the boundaries between these different health systems, between tradition and modernity, are either disappeared or blurred.

Various practices are associated with representations relating to death, bodies, pain, health and disease paradigms, religion, cleanliness and hygiene, social ties, among others.

Keywords:

Medical anthropology, culture of birth, birth, traditional health system, ancestral health system, biomedicine, official health system, alternative health system, midwife, traditional midwife, colostrum, body, childbirth, natural delivery, pain, fear, placenta, *doula*, *curiosa*, *habilidosa*, *parteira*.

Resumen:

La cultura del nacimiento se puede considerar como un rito de paso que es la base de la construcción de la identidad de la madre y del niño. Esta transición es concebida de manera diferente, según el contexto cultural.

A partir de un trabajo etnográfico en Portugal y en la Amazonía ecuatoriana, destacamos la existencia de tres sistemas de salud: el biomédico o sistema oficial (considerado como tal, desde el siglo XIX.), el sistema tradicional o ancestral y el sistema alternativo (en este caso encarnado por las *doulas*).

En el marco de estos tres sistemas de salud, se teje una cultura de nacimiento, con un discurso que legitima, para cada sistema, sus prácticas, que se presentan como "las adecuadas", y sus representaciones.

Si bien durante la atención del parto, del don del calostro y en el post-parto, existen diferencias importantes entre los procedimientos de protocolos médicos - propios del sistema de salud, del sistema de salud tradicional y del sistema alternativo - también hemos encontrado vínculos entre ellos. A veces los límites entre estos diferentes sistemas de salud, entre tradición y modernidad desaparecen o no están claros.

Las diversas prácticas asociadas con las representaciones relacionadas con la muerte, cuerpos, dolor, paradigmas de la salud y la enfermedad, la religión, la limpieza y la higiene, las relaciones sociales, entre otros.

Palabras claves:

Antropología médica, la cultura del nacimiento, nacimiento, sistema tradicional de salud, sistema ancestral de salud, sistema oficial de salud, biomedicina, el sistema alternativo de salud, partera, calostro, cuerpo, parto, parto natural, dolor, miedo, placenta, obstetrix, *doula*, *curiosa*, *habilidosa*, *parteira*.

Resumo:

A cultura do nascimento é um rito de passagem que é a base para a construção da identidade da mãe e da criança. Esta transição é concebida de forma diferente, dependendo do contexto cultural.

A partir de um trabalho etnográfico em Portugal e na Amazônia do Ecuador, três sistemas de saúde existentes foram identificados: o sistema biomédico ou oficial (considerado como tal, desde o século XIX.), o sistema tradicional ou ancestral, e o sistema alternativo (em neste caso personificado por as *doulas*).

À luz desses três sistemas de saúde, esta cultura de nascimento é tecida com um discurso que legitima, para cada sistema, práticas, apresentadas como "as adequadas" e suas representações. Apesar de que durante a prestação do parto, do dom de colostro e do pós-parto, existem diferenças importantes entre os procedimentos de protocolos médicos - próprio do sistema de saúde, o sistema de saúde tradicional eo sistema alternativo; também descobriram ligações entre eles. Às vezes as fronteiras entre estes sistemas de saúde, entre tradição e modernidade, desaparecem ou não são claras.

As diversas práticas associadas com as representações relacionadas à morte, corpos, dor, paradigmas de saúde e doença, religião, limpeza e higiene, relações sociais, entre outros.

Palavras-chave:

Antropologia médica, cultura do nascimento, nascimento, sistema tradicional de saúde, sistema ancestral de saúde, sistema oficial de saúde, biomedicina, sistema alternativo de saúde, colostro, corpo, parto, parto natural, dor, medo, placenta, doula, curiosa, habilidosa, parteira.

La vida de un pájaro en vuelo
la vida de un amanecer
la vida de un crío
de un bosque y de un río
la vida me ha hecho saber.
La vida del sordo y del ciego
la vida que no sabe hablar
la del triste loco
la que sabe a poco
la vida me ha hecho soñar.

La vida voraz que se enreda
la vida que sale a jugar
la vida consciente que queda
la vida que late en el mar.

La vida que brota de un muerto
la vida que no se murió
la de los desiertos
la de un libro abierto
la vida me ha hecho cual yo.

(Silvio Rodríguez)

« **N**ous ne sommes pas juste un vagin qui va accoucher et tu dois donc ouvrir tes jambes. Nous sommes une déesse ? Une femme qui va accoucher, une femme qui s'assume (empoderada), va se connecter avec le mammifère animal intérieur et elle va construire l'accouchement qu'elle désire » (María Isabel Yáñez, *doula* équatorienne).

« **A**u contraire, notre dépendance exagérée envers la technologie et notre peur de l'accompagnement des processus naturels ont conduit à la « ré-ritualisation » de la naissance sous le modèle technocratique d'une manière plus élaborée qu'on n'a jamais connue jusqu'à présent dans le monde culturel » (Davis-Floyd).

« **I**l existe un mythe très grand à propos de la douleur : la douleur doit disparaître, elle ne peut pas être présente. (...) On est tous dans une société qui ne valorise pas la douleur. La plupart des femmes pensent que la douleur de l'accouchement est une douleur qui doit être absolument évitée » (Maria Luisa Condeço, *doula* portugaise).

« **S**i c'est une méthode, ce n'est PAS naturel » (Michel Odent).

« **S**i notre naissance avait été changée, dit-il dans le film, si nous avions été reçus, rencontrés, comme il faut, non pas comme des objets mais comme des êtres, tout le déroulement de notre vie en serait changé » (Frédéric Leboyer).

« **A**ctuellement, de façon générale, on cherche à réduire le temps d'un accouchement. Avant c'était normal d'accoucher pendant 48 heures. Maintenant, cela est impensable à l'hôpital, mais il était possible qu'une femme ait des contractions pendant deux jours. Chez soi les contractions sont moins fortes ? La confiance se construit de différentes façons. L'énergie est différente. Dans un « accouchement naturel », tu dois être là avec beaucoup de confiance, plus attentive et avec beaucoup de confiance, avec du temps. Il faut faire confiance à la femme et être rassurée sur le fait qu'elle est capable de faire ce qu'elle est en train de faire (Lurdes Rodea, sage-femme domiciliaire portugaise).

« **N**ous sommes les seules à pouvoir accoucher, nous avons une possibilité exceptionnelle et nous sommes capables de produire ces changements (María Isabel Yáñez, *doula* équatorienne).

« **C**'est une façon de « révolutionner » pas juste la femme, mais toute la famille, « révolutionner » le monde. Cette femme, même avec ses peurs, est en train de passer à une autre conception de la vie. C'est sentir une façon différente d'être une femme, car l'accouchement est une façon d'être une femme, de s'exprimer (María Isabel Yáñez, *doula* équatorienne).

« **E**lles sont en transe à cause des hormones. Vers la fin de l'accouchement, il y a un pic hormonal. N'importe quelle femme qui a beaucoup d'endorphine, vit une transe, dans un état obnubilé » (Antonio Ferreira, sage-femme domiciliaire portugais).

Remerciements

Ce voyage semble arriver à sa fin. Des émotions contrastées viennent me parler...

L'univers de la naissance m'a ouvert une voie de retrouvailles et de surprises. La naissance est devenue, pour moi, non seulement un sujet de recherche, mais un quotidien, une sensibilité, une lutte constante pour l'*empowerment* des femmes sur leurs corps. Comprendre la naissance à partir d'une approche d'espoir a été le grand don que la vie m'a fait.

Je vais commencer ces remerciements par ma fille Ayelén (le cadeau, la joie) qui a été le commencement de cette quête constante. Le jour de ta naissance une maman est née, ainsi que la femme qui cherchait des réponses pour un accouchement respectueux. Merci, pour être la présence constante, toujours curieuse ; pour ton intelligence et ta maturité.

Salvador, merci, pour ton sourire parfait, tes mots doux, ton regard tendre et ton envie de dévorer le monde, de le connaître.

Mes pitchouns, merci d'être mes compagnons inconditionnels de route, pour partager avec moi quotidiennement cette aventure qui est la vie ! Merci pour vos leçons, votre sagesse et patience, pour votre joie et votre amour.

Je remercie aussi l'énorme générosité de tous mes informateurs et informatrices lors des entretiens. Merci non seulement pour les données, mais pour votre accueil chaleureux, pour votre soutien pendant mon travail de terrain, pour le sourire qui donne envie de continuer.

Ce chemin m'a amené à rencontrer des « femmes magiques » qui sont remplies d'amour et de conviction. Je voudrais remercier en particulier mes informatrices et amies : Maisa Yáñez, Luisa Condeço, Lurdes Rodea, Esther de León, Paola Marques, Laura Pérez ; ainsi que Muriel Bonnet del Valle qui m'a beaucoup inspirée avec son ouvrage, et à mon assistant de terrain, Alfredo. Toute ma reconnaissance à Michel Odent, bien sûr, qui a incité tant de femmes à accoucher autrement.

Bien évidemment, je ne peux pas oublier ma famille qui a toujours été inconditionnellement là pour moi quel que soit le contexte. Merci, tata Rocío, qui est notre ange, qui a pris tant de vols pour venir à notre aide pour les déménagements, les terrains. Merci pour ton amour, ta patience, ta tendresse. Un grand merci à mon père, à mon petit trésor Sebastián, tata Silvia, tonton Edgar, Karoll, Tamara, tonton Sixto pour avoir toujours été mon soutien pendant que j'étais en France. Merci, à mes mamies pour être toujours exemple d'amour et les bras ouverts ; et en général à toute ma famille, sans qui je n'aurais pas fait ces pas dans ma vie : Cristina, Vane, Karolina, Francisco, Daniel, Lucy, Dayana, Sayana, Lua, Martín, Toña, Belén, Pato, Norman et Lupita.

Une pensée profonde pour ceux qui ne sont plus là, mais qui m'ont inspiré tout le long de ma vie, je parle de ma mère, toujours ténacité et lumière, et de Luis Carlos qui a été magie et rêve dans mon chemin.

Je désire remercier tout particulièrement mon directeur de thèse, Joël Candau, qui a pris le risque de me suivre alors qu'il ne me connaissait pas, que j'habitais à l'autre bout du monde. Merci, M. Candau, pour votre suivi méticuleux, pour toutes les heures de corrections de fond et de forme, pour avoir décidé de lutter contre mes hispanismes et mes fautes de syntaxe, pour corriger chacun des travaux que je présentais. Merci pour votre patience et votre soutien pendant ces cinq ans !

Ma gratitude va également à tous mes amis en Équateur et en Amérique Latine sur qui j'ai toujours pu compter malgré la distance et qui font partie de mon chemin, actuellement. Merci, Maricruz, Chispas, Gaby (pour son accueil pendant mon terrain), Fresiré, Caro, China, Mayrita (qui a toujours été là pour moi), Yoly, Carmen, Candy, Andrés, Geovanny, Lucy, Daniel, Erika, Marcita, Ely, Fabi, Mónica, Javier, Diego, Daniela, Pablo, Sil, Irina, Cristina. Je voudrais

remercier tout particulièrement Amandita qui a été plus que mon amie, une sœur dans ma vie. Elle a partagé avec moi mes joies et mes soucis.

Quant à mes amis en France, merci d'avoir coloré mon séjour dans ce pays. La France n'est plus un pays étranger pour moi grâce à vous qui avez rempli ma vie de sons, de couleurs, de musique, de rires. Merci particulièrement à tous les membres de ma chorale qui ont été ma famille, mon « Coràson » (mon cœur à sons). Merci Delphine, Fanny et Catherine, pour la tendresse et le soutien ; Hélo, Maëlle, Raf, Alex, Maria, Laurence, Sheima, Melek, Marine et Paul, pour les conversations et les fêtes ; Nico et Camille, pour l'humour et la blague pertinente ; Loïc, Sarmad, Fabi et Laura, pour la musique et la passion. Je voudrais remercier tout particulièrement Magalie avec qui j'ai tant partagé (et ma petite), rire et chagrins et Silvia, ma sœur italienne, la mer, la douceur, ma complice.

Je suis aussi très reconnaissante à mes collègues à la fac avec qui on a partagé autant de choses, qui ont été collègues de fêtes, de travail, de « pause-passerelle ». Merci : Stef et Romain, Tania, Alice, Hanane, Candice, Alex, Céline, Anaïs, Mus, Yumiko, Arihana, Cyril, Aurélie, Dorien, Saveria, Giulia, Prune, Marion, Laura, Victor, Vincent, Marwa et Sonner ; ainsi qu'aux profs qui ont toujours été à l'écoute : Arnaud, Dirk, George, Pierre, Galina, Isabelle, Nathalie, Thierry, Christian, Giulia, Nancy et surtout Sylvane (la main tendue, la conversation sage... merci !). Gros merci à Diane et Françoise aussi !

Je dois beaucoup à Anne Laure (à qui cette thèse doit le nom), Laurianne, Florence et Richard, Guillemette, Jérémie, Anna, Sharon, Julien, Fadia, Claudine, Tiphaine et bien sûr à ma churucutita Laura, à Samuel et à Evelyne qui a été comme une mère pour moi.

Encore à Delphine, Fadia et Claudine qui ont relu ce travail et à Martine qui m'a nourri avec ses sculptures et sa passion pour la naissance.

Je voudrais aussi remercier Johan, *min lilla kratta*, qui a été pendant cette année de transition mon point de repère, qui est arrivé avec the *blue moon* pour devenir la musique et le silence, la chaleur et la douceur. *Tack !*

Je suis complètement reconnaissante à tous mes élèves qui m'ont toujours appris tant de choses et qui continuent à le faire ; avec mes actuels collègues de travail, à tous ceux qui font partie de l'UNAE.

Cette thèse est le fruit d'une collaboration multiple, académique et de partage de vie. Merci éternellement à tous et à toutes pour faire partie de mon chemin, de ma recherche, et de ce que je suis. Merci à la naissance qui a vu naître tant d'histoires, de couleurs et finalement... de vie.

CULTURES DE LA NAISSANCE, entre la tradition et le biomédical.

Étude comparative de cas en Équateur et au Portugal

Introduction : Repères

Du sujet...

Le temps de l'accouchement et le postpartum sont des périodes où se dévoilent les pratiques et les représentations qui constituent la trame de ce que j'appelle la « culture de la naissance » de chaque population. Je range sous cette notion les activités de soin avant, pendant et après l'accouchement, les positions adoptées pour accoucher, le lien entre la mère et son enfant, son rapport avec son propre corps et avec celui du nouveau-né, les modes d'alimentation de ce dernier, le rôle de l'entourage (famille, proches, personnel soignant) pendant cette période, les rites éventuels et toutes les représentations associées à ces pratiques.

Même si la présence de la médecine officielle et académique est forte, dans plusieurs pays elle coexiste avec les soins dispensés par les accoucheuses traditionnelles (ayant des connaissances empiriques transmises de génération en génération) dans le contrôle de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du post-partum. Les taux de mortalité infantile et maternelle sont un des plus importants problèmes de santé à l'échelle planétaire ; les soins lors de l'accouchement ou l'alimentation du nouveau-né sont à la base des mesures à prendre en compte.

L'accouchement et le don du colostrum¹ s'inscrivent dans le système culturel² de chaque pays et chaque société. Cette recherche vise à établir une comparaison entre deux aires culturelles différentes : le peuple Kichwa de l'Amazonie de l'Équateur et des populations ayant connu et vécu des accouchements traditionnels dans différentes régions du Portugal. Bien que la culture traditionnelle de la naissance concerne plusieurs périodes (la grossesse, l'accouchement, le postpartum, l'allaitement) que j'aurais voulu analyser, ce travail est centré sur l'accouchement, le postpartum immédiat et le don du colostrum, car je considère que ce sont les deux périodes les plus critiques pour la survie de la mère et de l'enfant. Elles font partie de la culture de la naissance.

Je distingue les systèmes de santé en reprenant les catégories de Fernando Ortega. D'après lui, trois systèmes de santé existent en parallèle : le système de santé officiel ou « d'attention à la maladie » (Ortega 2008 : 50), le système traditionnel et le système alternatif. Le dernier système regroupe des thérapies qui diffèrent des deux précédents protocoles par sa façon de comprendre et classer les maladies, augmentée d'une pratique contrastée de diagnostic et de soin. Le premier système, appelé aussi biomédecine ou système académique de santé, est l'héritier de l'école d'Alcmeon de Crotona et d'Hippocrate

Il est décrit comme :

... connu en tant que système de santé officiel, moderne, scientifique, occidental ou conventionnel ; depuis longtemps, il a fait preuve d'efficacité, d'efficience et d'efficacité dans l'application des procédures curatives visant principalement à lutter contre les

¹ Liquide jaunâtre sécrété par la glande mammaire les premiers jours suivant l'accouchement, avant la montée de lait. Larousse médical. Voir : <http://www.larousse.fr/archives/rechercher?q=colostrum&base=medical> (consulté en avril 2015).

² Guy Rocher définit le système culturel comme « un ensemble lié » car « les différents éléments qui composent une culture donnée ne sont pas simplement juxtaposés l'un à l'autre. Des liens les unissent, des rapports de cohérence les rattachent les uns aux autres » (Rocher 1992 : 6)

*processus biologiques qui affectent, de façon aiguë ou chronique, la santé des individus ou des populations*³ (notre traduction) (Ortega 2008 : 50-51).

Internationalement, les médecines chinoises, l'Ayurveda, des Indes, l'Unani, arabe, les médecines des Andes et de l'Amazonie, sont connues comme faisant partie du système traditionnel ou ancestral de santé. La vision traditionnelle conçoit l'être humain d'une manière holiste incluant les éléments naturels ou biologiques de son corps physique, sa dimension sociale qui produit un comportement groupal et, aussi, sa dimension spirituelle, laquelle se compose de ses conceptions sur l'essence de la vie, le maintien des valeurs humaines et la connexion à un monde surnaturel (Ibid. 51).

J'inclue également dans le système traditionnel les pratiques issues des accoucheuses traditionnelles portugaises : *curiosas*, *habildosas* ou *parteiras*. Elles faisaient partie des savoir-faire traditionnels avant la couverture de santé néo maternelle du système biomédical. La connaissance de ces pratiques n'était pas issue d'un enseignement académique mais d'un apprentissage basé sur l'expérience et/ou une transmission intergénérationnelle.

Cependant, le cas des *enfermeiras parteiras* se distingue de ses pratiques et représentations qui sont/étaient en accord avec le système biomédical, excepté l'absence de stérilisation de l'environnement. Les *enfermeiras parteiras* n'ont pas les mêmes conditions de travail que dans un hôpital.

Les soins prodigués par les *doulas* et par les sages-femmes qui font/faisaient des accouchements domiciliaires au Portugal constituent des pratiques du système alternatif de

³ Texte originel : "Este modelo de atención de la enfermedad también conocido como sistema de salud oficial, moderno, científico, occidental o convencional, ha demostrado por largo tiempo eficacia, efectividad y eficiencia en la aplicación de procedimientos curativos orientados principalmente a contrarrestar procesos biológicos que deterioran la salud de los individuos o de la población en forma aguda o crónica. Este modelo convencional a fines del siglo pasado, no prestó mayor atención (Ortega 50-51: 2008).

santé⁴, d'après la définition d'Ortega. Les *doulas* ne sont pas reconnues par le système médical ni au Portugal, ni en France. Pourtant à Quito, en Équateur, elles sont présentes dans certains centres de santé alternatifs comme la *Clínica la Primavera* et depuis juillet 2016 dans des établissements publics tels que la Maternité *Luz Elena Arismendi*. Les sages-femmes, bien que généralement formé(e)s au sein de l'Université, ne mettent pas en place des protocoles médicaux tels que l'épisiotomie, le rasage pubien, le lavage intestinal, la position lithotomique ou allongée sur le dos, entre autres.

L'objectif général de ce travail est d'établir les caractéristiques propres à la culture traditionnelle de la naissance ainsi que celles du système alternatif de santé, à partir d'une comparaison avec le système biomédical dans deux contextes d'étude : l'Amazonie de l'Équateur et le Portugal. En quoi se différencient-ils de ceux qui sont issus du système biomédical⁵ ? Sont-ils les deux seuls systèmes de santé dans ces pays ? Le système alternatif au système de santé officiel ne peut-il être considéré comme un troisième système de santé ? Si c'est le cas, quel est son rôle ? En quoi consiste-t-il ? Quel est le rapport entre le système biomédical et le système traditionnel incarné par les accoucheuses ? Quelles sont les pratiques établies et les représentations associées dans ces cultures de la naissance ?

Plusieurs questions sont à l'origine de ma recherche :

- Quelles pratiques caractérisent les trois systèmes de santé ? Quelles représentations sont à l'œuvre dans chacun d'eux par rapport au corps, à la

⁴ Perdiguero (2004) parle des médecines complémentaires et alternatives, les CAM telles que « homéopathie, l'acupuncture, le naturalisme, les thérapies de manipulation ». Voir : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400022&script=sci_arttext (consulté le 30 mars 2012)

⁵ La biomédecine appelée également occidentale, moderne, scientifique, galénique (Duarte Gómez 2006 :134) ou académique.

naissance, au rôle de la femme, à la propreté, à la temporalité et la spatialité pendant l'accouchement, à l'influence de la religion, aux protocoles biomédicaux, aux liens familiaux, aux relations entre la femme et l'accoucheuse, entre autres ?

- Quelles sont les frontières entre la tradition et le biomédical ? Sont-elles souples ou très marquées ? Quel est le rôle du système alternatif dans ce contexte ?
- Comment la représentation culture/nature influence la représentation de l'accouchement dans les trois systèmes de santé ?
- Quelles sont les pratiques et représentations relatives au don du colostrum ?

Mes hypothèses sont les suivantes :

Le système officiel de santé est marqué par le discours médical et ses protocoles qui ont comme dispositif d'implantation, au niveau des professionnels de la santé, l'éducation formelle à l'université. Ce système porte un discours accepté par la société comme la résultante de l'évolution scientifique et positiviste. Il porte donc un argument d'autorité.

Les accoucheuses ont un discours basé sur la tradition et des savoir-faire. Dans les cultures amazoniennes, l'assimilation à la tradition suppose le maintien des pratiques ancestrales. Les dispositifs d'implantation des pratiques et des représentations passent par un discours affirmant que ce sont « *les anciens* » qui les ont établies. Les accoucheuses et accoucheurs sont reconnus comme tels soit parce que ce savoir-faire leur a été transmis de génération en génération, soit du fait de leur efficacité thérapeutique lors de l'accouchement. Lorsque l'accouchement est réussi, l'accoucheuse ou l'accoucheur est reconnu comme tel et c'est ainsi qu'il/elle construit sa réputation.

Les cultures traditionnelles ont des pratiques particulières pour l'accouchement telles que : la position, la notion du propre, le diagnostic de la dilatation de la femme, les procédures mises en place. Ces savoir-faire leurs sont propres et se distinguent des protocoles biomédicaux, comme nous le verrons au fil du texte.

Le système alternatif de santé naît à partir des années 1970 et commence à se consolider fortement pendant les années 2000. Il véhicule un discours propre sur la naissance, le corps, l'accouchement, le colostrum et l'allaitement. Il se fonde sur les connaissances biomédicales, intègre des approches émotionnelles et vise à accroître chez la femme la conscience de son corps.

Dans les trois systèmes de santé, le biomédical, l'alternatif et le traditionnel, un discours « normalisateur » structure les représentations. Ainsi, dans les accouchements hospitaliers, il sera « normal » d'accoucher en position lithotomique et dans chaque société les différentes pratiques seront perçues comme les pratiques adéquates et « normales ».

Le système de santé biomédical, qui est souvent le système officiel de santé dans les États, est associé à celui issu de la tradition galénique qui s'est construit comme étant scientifique et académique, comme celui qui détient la technologie. Dans la plupart des cas, il y a une dominance du système biomédical sur celui de tradition qui se traduit aussi dans les relations entre les agents de santé du système biomédical et celui de la tradition (relations qui seront présentées au troisième chapitre de cette thèse).

Dans chacune de ces aires culturelles, en fonction des systèmes traditionnels de santé existants, les discours et les pratiques relatifs plus spécifiquement à l'accouchement et au don du colostrum sont l'objet de cette recherche doctorale. Il s'agit plus précisément d'étudier i) les connaissances traditionnelles, leurs savoirs et savoir-faire étant considérés

comme un système « non officiel », souvent négligé, discriminé ou délaissé et ii) celles du système alternatif de santé, en comparant ces deux types de connaissances au système biomédical.

Les frontières entre la tradition et le modèle biomédical ne sont pas complètement tranchées. Il y a des passerelles entre les deux même si chaque système de santé a des pratiques et des représentations qui lui sont propres.

« L'accouchement naturel » est conçu de manière différente dans les trois systèmes de santé et les pratiques et les représentations qui l'entourent sont aussi différentes. L'instinct de la femme pendant l'accouchement sera également évoqué explicitement ou implicitement par les interlocuteurs ce qui montre que la question entre la relation nature/culture est centrale dans ce sujet.

1. Domaine d'intérêt

Ce sujet touche plusieurs domaines de connaissance. L'accouchement, le colostrum et en général la naissance sont des sujets qui concernent le domaine. Derrières les pratiques que chaque société met en place, il y a une conception et des représentations issues de chaque culture traditionnelle. La perspective choisie pour cette recherche est l'anthropologie médicale qui se demande « comment traduire la pluralité des formes de pratiques, des traditions, des concepts, des théories... », par rapport au domaine des soins et de la santé (Saillant et Genest 2006 : 2).

L'anthropologie médicale cherche à comprendre les rapports entre les différents systèmes de santé en adoptant une approche compréhensive des pratiques alternatives au

système académique de santé. Elle prend acte du pluralisme médical, les systèmes médicaux traditionnels n'étant jamais totalement autonomes et entretenant souvent des rapports avec le système biomédical ou occidental (Kaptchuk et Eisenberg 2001).

Le pluralisme n'est cependant pas qu'un résultat, il est lui-même constructeur d'une part du social, ainsi que Charles Leslie l'avait constaté voilà déjà longtemps : « tous les systèmes médicaux actuels intègrent des traditions et des formes de pratiques diverses dans des organisations sociales complexes » (Leslie dans Benoist 1997 : 65).

Tout en remettant en question l'existence d'un seul système de santé légitime et valide, l'anthropologie médicale tend à démedicaliser les pratiques autour de la santé, « elle met en œuvre : les déplacements des frontières du « fait médical », du corps, la remise en perspective des catégories de système médical, de maladie, de thérapie et de guérison » (Saillant et Genest 2006 : 14).

2. Enjeux politiques et épistémologiques du sujet

Actuellement, le paradigme médical officiel relatif à la grossesse et l'accouchement s'est étendu aux zones urbaines et rurales, en particulier dans le monde occidental. La mortalité maternelle et infantile est un élément fondamental dans l'agenda politique de la santé publique au point d'être devenu l'un des indicateurs mondiaux pour mesurer la pauvreté et les conditions de vie. Elle constitue même un indicateur pour mesurer la pauvreté dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement (ONU 2013). Toutefois, l'expansion de ce paradigme officiel de la santé l'a fait percevoir comme le « seul correct », ignorant dans de nombreux cas les savoirs et pratiques propres à la culture traditionnelle de

la naissance qui avaient été une source de sagesse et un élément clé de la mémoire vivante des peuples.

L'idée selon laquelle il existe une seule manière appropriée de vivre l'accouchement a occulté l'existence d'autres types de soins et d'autres systèmes de représentations lors d'un accouchement.

Dans la médecine allopathique, académique ou biomédecine, le médecin joue le rôle principal au moment de l'accouchement. L'accouchement est devenu de plus en plus médicalisé. Alors que l'OMS recommandait en 1985 que le taux de césariennes ne dépasse pas 15% des accouchements⁶, en Équateur ce taux a été de 25.8% entre 2008 et 2012 et de 36% au Portugal entre 2005 et 2011 (OMS 2013 : 102).

Mideros, avec les sources de l'enquête ENDEMAIN 2004, présente les césariennes dans le contexte équatorien. Les césariennes sont plus courantes dans les zones urbaines (34,0%) que dans les zones rurales (16,1%). À la Maternité Isidro Ayora, l'une des maternités les plus grandes du pays, située dans la capitale Quito, on compte 33% de césariennes. La pratique est plus fréquente chez les femmes ayant un niveau d'éducation supérieure (49,1%) que chez celles qui n'ont pas d'éducation formelle (10,1%). Dans les établissements privés, on compte 49,8% de césariennes, bien au-dessus de la moyenne nationale de 34,5% (Mideros 2008 : 250-251).

Le système de santé biomédical prend le dessus sur le traditionnel : en Équateur, entre 2009 et 2013, 91% des accouchements ont été pris en charge par du « personnel spécialisé », ce taux étant de 100% au Portugal selon l'UNICEF en 2015. Entre 2008 et 2012, 84,6% des

⁶ « Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne. » (OMS 1985 : 2)

accouchements en Équateur ont eu lieu dans des institutions de santé. Les données portugaises de 2013 montrent que 47,2% des 81.600 accouchements se sont faits par voie basse et sans complication alors que 52,8% l'ont été avec une intervention médicale ou dystocie. Des césariennes ont été pratiquées pour 67,3% de ces accouchements dystociques selon l'Institut National de Statistiques portugais (cf. Annexe1).

La relation entre les différents systèmes médicaux, celui de la santé officielle et celui qualifié de traditionnel, n'a pas toujours été harmonieuse et respectueuse. Il y a eu historiquement des conflits de pouvoir et des frictions, même à un niveau épistémologique, car souvent les travailleurs de santé officiels pensent que la pratique des accoucheuses traditionnelles, n'ayant pas bénéficié d'une formation formelle et académique, n'est pas aussi valide que le système biomédical. Cette croyance est très forte en Équateur et au Portugal. Ce point de vue conforte une relation imaginaire de subordination dans laquelle le système officiel est au-dessus des connaissances du système de santé traditionnel, considéré comme sauvage, non civilisé, impur, « sous-développé » ou au mieux « exotique » et à appréhender comme un phénomène rare, tel que le montrent des auteures comme Mirna Cunningham ou Véronique Goblet Malve qui seront présentées dans les prochains chapitres.

Il est essentiel également de reconnaître et de comprendre les réseaux de significations qui sont tissés autour de la naissance, afin d'intégrer les nouvelles représentations des corps et de l'accouchement. Cette recherche vise à étudier également, par observation et analyse, les constructions culturelles qui, en Équateur et au Portugal, qui mettent en évidence les représentations de la femme, le rapport avec son corps et celui qui se tisse avec son enfant lors de la naissance, l'alimentation pré-lactée. Ce rapport est mis aussi en évidence par le don du colostrum qui dévoile un imaginaire bâti culturellement à propos de la consommation de cette substance.

L'accent sera mis sur les visions du monde des acteurs sociaux, les processus de validation des connaissances, des outils, des pratiques, des dynamiques, et des espaces qui sont présents dans ces différentes cultures.

Dans le phénomène culturel de la naissance, les pratiques seront conçues comme des actions concrètes, à savoir les manifestations culturelles visibles qui se produisent dans un groupe, tandis que les représentations culturelles seront considérées comme le système d'idées et de croyances d'un sujet dans une population donnée (Guerrero 2002).

3. Les limites de ce sujet

La délimitation d'une thèse est une partie essentielle de sa réussite. Elle se fait par rapport au sujet en lui-même, aux aspects du phénomène social qui seront pris en compte et ceux qui devront rester à la marge, même si l'unicité de la réalité et la curiosité inhérente à la recherche poussent l'esprit à vouloir élargir la perspective.

Cette recherche nécessite une double dimension de temporalité. Dans le cas de l'Équateur, l'analyse est synchronique et vise à analyser la situation actuelle de la culture traditionnelle de la naissance : les modalités de validation des connaissances des accoucheuses traditionnelles, ainsi que l'influence des facteurs socio-économiques, ethniques et culturels propres. Dans le cas du Portugal, si l'étude part de la situation actuelle de la culture traditionnelle de la naissance, le but est, à partir des témoignages, de connaître et comprendre les pratiques mises en place par les accoucheuses traditionnelles dans le passé ; et de savoir, à l'heure actuelle, quel est le rôle de la santé traditionnelle. Des références historiques sont indispensables, pour une mise en perspective et pour comprendre les différents contextes et quel a été le rôle de la médecine traditionnelle dans les deux cas.

Pourquoi la France comme pays d'accueil pour faire la thèse ?

Mon directeur avait déjà accepté de suivre ce travail de recherche et j'ai trouvé dans ce déménagement beaucoup d'avantages. J'⁷ai pris conscience que la culture d'origine est le prisme à partir duquel je perçois la réalité. Il me fallait mettre en place un processus de détachement des représentations d'origine qui rendent « normales » les pratiques qui m'entourent. Il fallait voir une autre « normalité » par rapport à la naissance. Étant donné que cette recherche se focalise sur deux cultures différentes de la naissance, j'ai voulu prendre une distance avec ma culture d'origine. L'intérêt était de comprendre d'autres logiques de faire et de concevoir la naissance et d'avoir une distance qui me permette d'avoir un regard plus objectif avec les cas étudiés.

Dumont parle d' « une comparaison d'ordre fondamental, entre 'eux' et 'nous' qui parlons d'eux ». Pour lui « cette comparaison est radicale, car elle met en jeu les conceptions de l'observateur lui-même » (1983 : 17). (Dumont dans Berthoud 2007 : 8).

Avant de commencer le travail de terrain, j'ai eu l'occasion d'adoucir cette « comparaison radicale » évoquée par Dumont, grâce à mon séjour en France. Quatre années passées dans ce pays m'ont permis de connaître les représentations sur la naissance, sur l'accouchement et le don du colostrum, dans un cadre institutionnel de santé, chez des collectifs tels que le « Collectif de défense de l'accouchement à domicile » (CDAAD) ou le collectif « Grandissons » qui sont portés par des sages-femmes, les *doulas*⁸, chargées de la préparation à l'accouchement et qui accompagnent la maman au moment de la délivrance mais n'interviennent pas pour autant dans sa prise en charge médicale. Ces collectifs revendiquent l'accouchement domiciliaire, ou les

⁷ Dans ce travail de recherche je priviligerai l'utilisation de la première personne du singulier. Ceci permettra au lecteur de bien comprendre le contexte et aussi de ne pas occulter la subjectivité propre de la chercheuse (propre à sa propre structure culturelle). Cette subjectivité n'est en aucun cas une contrainte pour la mise en place de la méthodologie scientifique qui est objective.

⁸ Terme qui vient du grec *doulos* ou *doule* (Δουλος ou δούλος, esclave). Online etymology dictionary (2015) http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=doula&searchmode=none et Glosbe (consulté en avril 2015). Glosbe (n/d). Voir : <https://fr.glosbe.com/grc/fr/%CE%B4%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%82%20Doulos> (consulté en avril 2015)).

représentations sur ce sujet des femmes et hommes de différentes origines vivant à Nice. J'ai assisté à plusieurs événements organisés par ces collectifs pendant la semaine de « l'Accouchement Respecté » en mai 2014, à plusieurs débats, l'un suivant la projection d'un film, l'autre après la présentation d'une publication.

Ces contacts m'ont permis d'avoir accès à des informations privilégiées concernant l'accouchement domiciliaire, les femmes qui ont recours à ce genre de services et les problématiques propres des *doulas* de la région. Ayant fait la formation de *doula* moi-même en Équateur, j'ai été invitée à deux réunions entre *doulas* des régions du Var et de Nice.

Le LAPCOS (Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cognitives et Sociales), auquel j'appartiens, a été aussi une source précieuse pour ma recherche. Dans ce contexte, j'ai constitué le groupe de recherche des médiations thérapeutiques, issu d'un partenariat entre l'Université de Nice Sophia Antipolis, avec le LAPCOS, et le Centre de soins pour le cancer Antoine Lacassagne. Pendant la dernière année de rédaction, en 2015 et 2016, j'ai pu m'intégrer à l'axe de recherche « santé », créé au sein du LAPCOS.

J'ai eu la possibilité aussi de participer au projet de recherche interdisciplinaire, « ANR COLOSTRUM » mené par mon directeur de thèse. Celui-ci met en dialogue des approches immunologiques, psychobiologiques et anthropologiques. Dans le volet anthropologique, les pratiques et les représentations autour du don du colostrum ont été étudiées sur sept terrains : Allemagne, Bolivie, Brésil, Burkina-Faso, Cambodge, France et Maroc. Cette expérience a été très enrichissante pour ma thèse.

Une autre délimitation importante est l'identification spécifique du cas qui est le sujet de l'étude et, dans cette thèse comparative, les deux populations où la recherche est mise en place. Lors du choix, il y a beaucoup d'enjeux qui se jouent : la logistique permise par la facilité

d'accès, la maîtrise de la langue locale ou la possibilité d'avoir des interprètes, l'originalité du cas de cette recherche.

L'Équateur m'a semblé le contexte le plus évident, puisque j'avais fait dans ce pays des mémoires de recherche sur des sujets d'anthropologie médicale très proches :

- Mon mémoire de licence concernait les pratiques et représentations de l'accouchement, le cas des accoucheuses traditionnelles dans les Vallées de Quito.
- Mon mémoire de master abordait les relations entre les systèmes de santé au moment de l'accouchement au centre de santé *Jambi Huasi* en Otavalo.

J'ai décidé d'élargir le sujet : je voulais dépasser l'accouchement et aborder un thème plus large tel que « la culture de la naissance » qui prend en considération plusieurs étapes de la naissance et pas uniquement l'accouchement. En Équateur, il s'agit d'étudier cette culture traditionnelle de la naissance auprès des accoucheuses traditionnelles qui sont détentrices de ce savoir-faire, transmis de génération en génération de façon empirique. Elles ne sont pas issues d'une éducation académique. Ces pratiques font partie de la mémoire vive, les accoucheuses pratiquent toujours leurs savoirs et savoir-faire.

Ces femmes vivent dans une culture caractérisée par un syncrétisme entre les mondes hispanique et préhispanique, mais elles ont conservé fermement leurs racines préhispaniques : *kichwa, huaorani, achuar, shuar, tsáchila, sarayacu, awa*, entre autres. Or la religion catholique, ou plus exactement un syncrétisme de cette religion et des religions originaires s'est imposé. La plupart des accoucheuses y adhèrent et s'y identifient.

Leurs pratiques de soin et la prise en charge de l'accouchement se déroulent souvent de façon indépendante du système de santé académique. Aussi, les relations entre ces deux

systèmes de santé, l'un académique et officiel dit biomédecine, l'autre traditionnel, sont le plus souvent très tendus implicitement. Aucun dialogue n'existe entre les deux méthodes, ni non plus entre de nombreux médecins ou les accoucheuses. Cette réalité persiste, même si on assiste à des changements depuis 2008 grâce au décret ministériel sur « l'accouchement culturellement approprié » (*Parto culturalmente adecuado*), d'après lequel le système de santé officiel doit instaurer des mécanismes pour répondre aux besoins de soins des différentes cultures qui constituent le pays.

Une dernière motivation pour choisir l'Équateur comme terrain d'étude est que j'ai fait une *veeduría ciudadana* (contrôle citoyen) dans la maternité Isidro Ayora afin d'évaluer la qualité de la prise en charge de l'accouchement. Nous enquêtons auprès des usagères de la maternité afin de connaître leur niveau de satisfaction des protocoles, des soins médicaux, du confort dans la position, de leurs rapports avec le personnel du Système Officiel de Santé. Cette expérience m'a permis d'avoir une vision globale de la prise en charge de l'accouchement dans le système biomédical et dans le système traditionnel.

Au début, mon choix du deuxième pays de comparaison était le Sénégal, mais des complications administratives (visa) ont rendu impossible mon déplacement dans ce pays. Ma nationalité équatorienne compliquait mes démarches administratives, il me fallait un pays dans l'Union Européenne. Ce choix a eu des conséquences sur mon thème d'étude qui, au début, portait uniquement sur les accoucheuses traditionnelles. Ce changement du contexte d'étude m'a permis d'élargir mon sujet et de l'enrichir avec de nouvelles questions sur les liens entre la tradition et la modernité.

Mon deuxième choix s'est porté alors sur le Portugal. Ce pays, tout en appartenant à l'Union Européenne, demeure marqué par la tradition et n'appartient pas à la tradition hispanophone, comme l'Équateur, ni à la française, comme mon pays d'accueil pour mes

études. La santé pendant le Moyen Âge au Portugal était ancrée sur des principes de charité et de « piété individuelle » : des religieux et des personnes avec aisées finançaient la prise en charge des soins de santé des personnes sans ressources (documents historiques affichés au Musée du Couvent de San António dos Capuchos, Guimarães).

Ce n'est que dans les années 1970 que l'État nationalisa les projets assistencialistes de santé, laïcs ou religieux, et créa des centres de santé comme Misericórdia. Avant l'émergence du système biomédical, à partir des années 1970, la plupart des accouchements étaient pris en charge par les accoucheuses traditionnelles, appelées "*parteiras*", "*curiosas*" ou "*habildosas*" au Portugal.

Le Portugal a une tradition religieuse catholique. Ayant eu une influence sur l'Amérique en tant que colonisateur, ce pays constitue une opportunité pour trouver des possibles ressemblances et des différences entre les pratiques et les représentations autour de la/les culture(s) de la naissance avec l'Équateur, par rapport aux références et influences religieuses. Est-ce que la foi religieuse est implicite ou explicite dans ces pratiques ? Est-ce que la naissance est conçue comme relevant du domaine du sacré ? Est-ce que les accoucheuses traditionnelles ont ou avaient un statut au-delà du profane ou, tout au contraire, leurs pratiques sont/étaient perçues comme un soin thérapeutique du quotidien ? Est-ce que des éléments de la religion catholique sont aussi fortement présents en Équateur qu'au Portugal ? Dans le cas de l'Équateur, y aurait-il des éléments syncrétiques issus des origines *kichwas* ?

Au début de mon terrain dans ce pays, les portugais et les portugaises avec qui j'ai eu l'occasion de discuter ont identifié Trás-os-Montes et la région du Douro, au nord-est du Portugal, comme étant les régions où la tradition est la plus présente. La plus grande partie de la recherche a donc été menée dans ce secteur. J'ai cherché à comparer les pratiques de cette

région avec des cas dans quatre des cinq zones du Portugal, à l'exception de la région de « Lisboa et Teijo » où se trouvent la plupart des grands hôpitaux.

Dans ce contexte, même si la culture traditionnelle de naissance incarnée par ces femmes est en train de disparaître, parallèlement de nouveaux acteurs se mettent en place. Depuis 2004, les efforts associatifs pour rétablir l'accouchement domiciliaire émergent. Plusieurs collectifs se consolident institutionnellement et officiellement tels que ceux des *doulas*, des “*enfermeiros/as parteiros/as*” (sages-femmes indépendantes) qui pratiquent des accouchements domiciliaires et des groupes de parents.

Dans ces différentes associations, l'accouchement domiciliaire est mis en valeur et souvent il y a une quête des pratiques traditionnelles pour l'accouchement, notamment certaines issues des accoucheuses traditionnelles en Amérique (entretiens lors du terrain). Dans le cas du Portugal, plusieurs questions se posent : quelles sont les pratiques traditionnelles autour de l'accouchement ? Pourquoi le regard des acteurs sociaux se tourne vers des accoucheuses traditionnelles qui ne sont pas portugaises ? Quelles sont les différences et les similitudes entre les cultures de la naissance des deux cas étudiés ? L'inquisition et la chasse aux sorcières vécues dans l'Europe catholique au Moyen Âge ont-elles eu un effet sur ces connaissances et sagesses ? Pourquoi cette émergence des nouveaux acteurs sociaux de la culture de la naissance ?

De plus, contrairement à l'Équateur où il y a eu une reconnaissance et une mise en valeur des accoucheuses traditionnelles, au Portugal ce système traditionnel de santé a été délaissé, mis à l'écart et remplacé par le système biomédical. Rechercher les raisons de ce contraste me semble un objectif pertinent pour cette recherche. Autrement dit, quel est le rôle de la tradition dans ces deux cas ? Pourquoi y a-t-il deux façons de faire aussi différentes face à ces savoirs traditionnels ? Ces savoirs traditionnels sont-ils de nature différente ? Quelles sont les frontières entre le traditionnel et le biomédical dans les deux cas ?

En 2015, le taux de natalité dans le monde était de 20‰ habitants. La même année en Équateur il était de 21‰ et au Portugal 8‰ (en France 12‰). La pyramide des âges en Équateur présente une base large, des taux de fécondité importants (l'indice synthétique de fécondité était de 2,6 enfants par femme) et une population jeune importante (Pison 2015). Ces taux au Portugal montrent une base rétrécie de la pyramide, un indice synthétique de fécondité de 1,2 enfant par femme, ce qui ne garantit pas le renouvellement des générations (à titre de comparaison, en France cet indice était la même année de 2 enfants par femme). Pour cette même année, au Portugal, le taux de mortalité infantile était de 3‰ naissances (4‰ en Europe Méridionale), tandis qu'en Équateur il était de 17‰ (en Amérique Latine il est de 18‰, dans le monde 37‰) (Ibid. 2015).

En général, l'évolution des populations dans les deux pays est différente, leurs taux de fécondité sont différents ainsi que leurs conditions de santé à la naissance. L'Équateur s'inscrit dans les taux moyens de l'Amérique Latine et le Portugal dans ceux de l'Europe Méridionale. Ces données montrent deux contextes divers, deux pays avec des comportements démographiques dissemblables. Ce contraste des dynamiques dans chaque pays renforce l'intérêt de la comparaison des deux contextes.

4. Enquêter

Du point de vue méthodologique, je pars du paradigme de la recherche monographique (Eco 1998). Une distanciation et une objectivation sont essentielles pour éviter le parti pris, dans l'analyse scientifique, en dépit de l'inévitable « dualité interne »⁹ (Morin 1966) qui

⁹ La dissociation scientifiquement indispensable entre observation et participation est une dissociation intellectuelle qui n'exclut pas la participation affective. Toutefois, la participation appelle un effort accru et

démontre l'existence de la subjectivité de l'auteur, mais qui défend la nécessité de l'objectivité scientifique pour éviter de fausser les résultats de la recherche.

Dans mon parcours personnel, j'ai été confrontée à des situations au cours desquelles je me suis identifiée à plusieurs éléments des connaissances ancestrales et notamment des pratiques traditionnelles des accoucheuses en Équateur. Je dois mentionner cette affinité qui reste un choix personnel. Dans le cadre de cette thèse, la quête d'une « distance scientifique » a impliqué de me détacher de cette empathie qui aurait pu influencer les résultats. Ce texte est une étude des faits culturels, en prenant en compte les rôles des différents systèmes de santé et leurs rapports, mais en évitant un parti pris subjectif.

En même temps, cette « distance scientifique » n'implique pas d'adopter une logique de pensée unilinéaire qui considère comme seules valables et légitimes les pratiques issues du système biomédical. Dans cette même logique, certaines pratiques sont considérées comme n'étant pas aussi évoluées que celles des pays « développés ». Cette position suppose aussi d'avoir un regard réfléchi sur la dichotomie « tradition/modernité » et, plus spécifiquement dans ce cas, « médecine traditionnelle/médecine biomédicale ». S'agit-il d'une relation d'opposition, sans nuances, connexions ni transitions ? Existe-t-il vraiment une telle dichotomie entre ces deux systèmes de santé (le système traditionnel de santé et le biomédical ? Quel est le rôle du système alternatif de santé dans cette relation « tradition/modernité » ? Ces questions sont développées dans les chapitres suivants et la relation « tradition/modernité » est l'un des apports de cette thèse.

permanent de distanciation et d'objectivation. C'est constamment que le chercheur doit élucider ce qu'il ressent et réfléchir son expérience.

Le chercheur ne peut éluder sa dualité intérieure. Celle-ci doit, de plus, apparaître aux enquêtés. Le port permanent du magnétophone le désigne dans son personnage objectif de « savant », tandis que le contact quotidien le révèle d'étoffe commune. [...] Ainsi, à la double nature de l'enquêté, sujet et objet, doit répondre un double 'je ' de l'enquêteur (Morin 1966 : 55-56).

Cette recherche est qualitative. J'adopte une méthodologie comparative entre deux cultures de la naissance (en Équateur et au Portugal). Pourquoi faire une comparaison ?

D'après les premiers sociologues organicistes¹⁰, la société ne pouvait être soumise à la méthode expérimentale (...) L'absence de possibilité d'expérimentation fait de la comparaison l'unique moyen permettant au sociologue d'analyser le donné concret, d'en dégager les éléments constants, abstraits et généraux, lorsqu'il abordera l'explication sociologique (Grawitz 1990 : 470).

Le but de cette comparaison entre deux différentes cultures de la naissance est de repérer les éléments constants et généraux dans les deux cas (sans que pour cela ils soient constants dans l'ensemble de pratiques et représentations de naissance à échelle planétaire), ainsi que des éléments spécifiques du cas qui répondent à son contexte culturel, à sa construction historique.

Prendre effectivement en considération une telle complexité suppose de pouvoir se démarquer d'une vision linéaire pour laquelle l'humanité évoluerait rigoureusement de la communauté à la société, de la tradition à la raison, de la magie à la science ou encore du don à la marchandise (Berthoud 2007 :10)

La comparaison anthropologique permet de dépasser cette vision unilinéaire, ou de sortir de la pensée dichotomique qui oppose deux systèmes de santé. La comparaison permet d'observer les différentes pratiques existantes et de comprendre les représentations présentes derrière chaque système de santé dans une lecture de la diversité. Berthoud alerte sur des difficultés lors de la comparaison anthropologique (il la décrit comme étant plus spécifique et moins « vaste et générale » que la « méthode comparative »).

¹⁰ Courant de la sociologie, apparu à la fin du XIX s., qui «laisse ainsi apparaître tout le poids de l'histoire naturelle et, à travers elle, du problème de la classification des formes organisées dans la constitution de la science de la société » (Guillo 2000 : 242-243). Ce courant s'oppose aux mécanistes pour qui la société est une machine, d'après les organicistes elle est un organisme vivant susceptible de changer par rapport aux réponses individuelles. En évoquant Kant, l'auteur dit voir « dans le corps vivant non seulement une antithèse de la machine, mais encore l'analogon exclusif de la société (19) - du moins d'un type d'organisation sociale respectueux de la liberté individuelle » (Guillo 2000 : 250).

- « L'unité de la comparaison » (Ibid. : 8). Même si les terrains comparés ont des dynamiques culturelles très différentes, voire opposées, le but de la comparaison est de trouver aussi des éléments communs.
- Le problème de l'interprétation. Dans l'exercice de la comparaison anthropologique, il s'agit de mettre en relation deux univers culturels différents d'un point de vue géographique, mais aussi ayant des *cosmovisiones*¹¹ distinctes. Le risque dans cette sorte de transposition de ces deux réalités est de ne pas pouvoir objectiver sa propre subjectivité et de ne pas comprendre les logiques propres aux terrains en question. « Nos idées sur le monde ne peuvent se formuler que dans les limites de nos propres catégories d'analyse, avec le risque évident d'en rester à une simple projection » (Ibid. : 8).

Le problème de l'interprétation a déjà été traité plus en détail précédemment. Il existe déjà chez moi une conscience de ce risque-là et j'essaie de m'imprégner le plus possible des logiques et *cosmovisiones* présentes dans chaque contexte afin de faire une interprétation qui soit le plus proche possible de celle des gens locaux.

Les contextes de l'Amazonie équatorienne (métisse, *kichwa* ou même *shuar* ou *achuar*) et celui de la région Nord du Portugal (Trás-os-Montes et Douro) et des autres villages portugais, qui sont les sujets de ma recherche, présentent des différences considérables. Dans le cas portugais, la plupart des accoucheuses traditionnelles ne pratiquent plus leurs métiers depuis les années 1970, tandis qu'en Équateur elles constituent

¹¹ *Cosmovisión* (*Weltanschauung* -*Welt*, « monde » et *anschauen*, « regarder » -) est un terme évoqué pour la première fois par le philosophe allemand Wilhelm Dilthey dans son ouvrage *Einleitung in die Geisteswissenschaften* (« Introduction aux sciences de l'esprit ») (1883). Source : <http://www.gestiopolis.com/cosmovision-y-explicacion-del-termino-weltanschauung/> (consulté en août 2016). Dans l'anthropologie, la *cosmovisión* ou perception du monde est définie par Iliná comme « l'ensemble de croyances et de valeurs d'une communauté ». (Iliná 2009-2010 : 26).

une partie des détentrices des connaissances ancestrales. L'approche par les politiques publiques du sujet des accoucheuses traditionnelles est aussi différente d'un pays à l'autre : en Équateur, la Direction Nationale de Santé Interculturelle¹² vise à reconnaître les savoirs des accoucheuses et à travailler avec elles ; au Portugal, leurs pratiques ne sont pas acceptées ni légitimées par le SOS. (Système Officiel de Santé) ni par le ministère responsable des affaires de santé.

La diversité entre ces deux terrains m'a imposé aussi des procédures différentes par rapport aux démarches et même aux techniques utilisées, comme je le détaille plus loin. Cependant, il est indispensable de garder à l'esprit que le sujet central de la recherche est la découverte des deux cultures de la naissance. Les méthodologies, les techniques, les outils ont été mes moyens. Ils ont été adaptés dans chaque cas pour me permettre d'appréhender les pratiques et les représentations de naissance de chaque univers.

En Équateur, le but étant de documenter les pratiques et les représentations d'une culture traditionnelle et vivante de la naissance, la méthode fut d'abord celle de l'observation afin d'approcher au mieux les symboles et les significations des réseaux au sein du groupe en question. La recherche empirique prend appui sur des entretiens semi-structurés avec des informateurs qualifiés, l'observation sur le terrain et l'analyse des représentations grâce à un exercice d'interprétation et d'analyse des discours et récits des accoucheuses traditionnelles. L'information issue des entretiens est codifiée par thème, j'examine les convergences entre les réponses, les éléments saillants, les représentations qui se dégagent du discours évoqué.

Au Portugal, où les savoir-faire traditionnels des accoucheuses ne sont plus pratiqués, l'observation n'avait pas de raison d'être. Les éléments pertinents pour cette recherche devaient être recueillis uniquement par des entretiens. J'ai choisi comme informateurs privilégiés des acteurs de la culture traditionnelle de la naissance tels que : des accoucheuses, des femmes ayant accouché à domicile, des filles d'accoucheuses, des sages-femmes domiciliaires et des *doulas*. Mon objectif était d'enquêter sur les pratiques et les

¹² La santé interculturelle est une approche dans la politique publique en santé qui prend en compte le système de santé traditionnel et les savoirs ancestraux.

représentations autour de la naissance dans la région du Nord du Portugal et de les comparer avec celles existantes dans d'autres régions périphériques. Le but était de comprendre les possibles différences par rapport aux contextes divers au Portugal, mais aussi par rapport à l'Équateur.

À cette fin, les étapes lors de deux terrains ont été :

- Un travail d'approche et d'insertion dans chacune des cultures. Ce qui supposait de réviser ou d'affiner la maîtrise de la langue (le *kichwa* et le portugais), de connaître le contexte historique des régions, de discuter avec les gens de leur vie quotidienne et de leurs rapports avec les systèmes de santé (relations entre les différents agents de santé, niveau d'acceptation des accoucheuses), d'identifier les sources qualifiées d'information.

- L'élaboration d'un guide d'entretien concernant la relation entre les deux systèmes de santé, les relations tissées entre les accoucheuses traditionnelles et les parturientes, l'expérience d'apprentissage des savoirs ancestraux et/ou traditionnels, la validation sociale et thérapeutique des accoucheuses, la perception de relation entre la médecine traditionnelle et la biomédecine, les pratiques traditionnelles autour de la naissance (la position dans laquelle la femme donne naissance, sa conception de la santé, l'hygiène, la naissance et l'accouchement), le rapport de la mère à son corps et au nouveau-né, les pratiques et représentations autour de l'alimentation pré lactée, leurs connaissances et usages autour du colostrum, les acteurs de ces dynamiques, les instruments médicaux utilisés, les débats épistémologiques possibles, les relations avec les agents du système médical officiel (cf. annexe 2 : Guides d'entretien).

J'ai appréhendé deux différentes cultures de la naissance avec une technique commune telle que l'entretien, mais avec des démarches différentes dans chaque cas qui impliquent une présence plus prolongée et l'observation dans le cas des populations étudiées en Équateur.

5. Remarques

Quelques ultimes précisions sont nécessaires avant d'aborder le corps de l'étude. Lors du premier travail de terrain en Équateur, j'ai été confrontée de manière répétée à plusieurs questions ethnographiques et éthiques au moment des entretiens. L'un des problèmes est de déterminer s'il faut rémunérer ou pas les personnes qui m'accordent des entretiens. Dès le premier entretien, lorsque je suis arrivée chez la première accoucheuse traditionnelle en Équateur, mais aussi chez la plupart des autres, j'ai ressenti une attente de leur part.

Le conflit éthique qui se posait était le suivant : d'un côté ces femmes partageaient leurs connaissances et donnaient de leur temps pour l'entretien. Cette tâche ne devait-elle pas être rémunérée ? Ou, au contraire, une telle rémunération ne risquait-elle pas de transformer un savoir ancestral en une valeur commerciale ? Dans ce cas, le paiement symbolique serait une façon de mercantiliser les savoirs, les pratiques et les représentations. J'ai décidé de ne pas payer les informateurs¹³ pour éviter ce phénomène, mais que faire alors avec leurs attentes ?

¹³ Étant donné que la plupart des informateurs sont des femmes, je vais privilégier le pronom personnel « elles » pour en parler et les pronoms au masculin « il » ou « ils » seront utilisés dans les cas spécifiques où il s'agira d'accoucheurs traditionnels.

Il fallait trouver une solution. Dans une logique de réciprocité, de partage et non pas seulement d' « extractivisme », il me fallait arriver à ce que Agnès Heller appelle la « réciprocité symétrique » qui décrit un rapport de respect entre deux personnes et non pas une relation de verticalité entre l'expert et un « objet d'étude »¹⁴. J'ai donc décidé de trouver un moyen indirect de rétribuer le temps et la sagesse partagés, lors des entretiens, de différentes façons, selon le cas. En Équateur :

- Pour certains entretiens, lorsque les accoucheuses vendent des produits faits avec des plantes ou savent faire des “limpias” (une sorte de purification ou nettoyage énergétique, faite avec des plantes, et quelques fois aussi des bougies, du tabac et/ou un œuf), j'ai demandé de bénéficier d'une *limpia* que j'ai rémunérée pour éviter de payer pour les entretiens.
- Lorsque pour le deuxième entretien, je n'ai pas trouvé ce moyen de partage, j'ai eu la sensation que l'accoucheuse et sa famille étaient un peu déçues.
- Dans d'autres cas, j'ai décidé soit d'acheter aux accoucheuses des produits qu'elles vendaient, soit de les inviter à manger pendant l'entretien.

¹⁴ “Evitamos igualmente extender al campo de lo social aquella distinción positivista entre sujeto y objeto que se ha hecho en las ciencias naturales, y en esta forma impedir la mercantilización o cosificación de los fenómenos humanos que ocurre en la experiencia investigativa tradicional y en las políticas desarrollistas. Sin negar características disímiles estructurales en la sociedad, nos parecía contraproducente para nuestro trabajo considerar al investigador y al investigado, o al “experto” y los “clientes”, como dos polos antagónicos, discordantes o discretos. En cambio, queríamos verlos a ambos como seres “sentipensantes”, cuyos diversos puntos de vista sobre la vida en común debían tomarse en cuenta conjuntamente.

La resolución de esta tensión nos llevó a adoptar lo que Agnes Heller (14) llamó después “reciprocidad simétrica” (15), que incluye respeto y aprecio mutuos entre los participantes y también entre los humanos y la naturaleza, con el fin de arribar a una relación horizontal de sujeto a sujeto. Además, la resolución de esta tensión se nos convirtió en otra forma de definir lo que es una auténtica participación, distinta de las versiones manipuladoras de liberales conocidos (como la del politólogo Samuel Huntington), y como una fórmula para combinar diferentes clases de conocimiento. Al aplicarse plenamente, esta filosofía participativa podía producir cambios en la conducta personal, y también transformaciones sociales y colectivas, como en los movimientos políticos (por ejemplo, los de participación popular en Colombia que fueron incorporados a la Constitución de 1991)”. (Fals Borda 2008 : 6).

- Dans deux cas, les accoucheuses ont explicitement demandé une rémunération. Dans le premier, il s'agissait de Maria Cuji, membre de la Communauté Unión Muyuna (aux bords du fleuve Misahualli, au Tena) où se pratique un « tourisme communautaire ». Là, le touriste paie pour avoir accès au musée (qui construit un imaginaire des *Kichwas* chasseurs, habillés avec des tenues qu'ils n'utilisent plus, voire qu'ils n'ont jamais utilisées, sauf maintenant pour les spectacles pour les touristes). Quand j'ai contacté cette accoucheuse traditionnelle, elle a immédiatement demandé : « *combien allez-vous nous payer ?* » ; or après une explication dans laquelle j'ai expliqué mon souhait de ne pas donner une valeur commerciale aux connaissances, elle a accepté d'être rémunérée d'une autre façon : elle m'a proposé de lui acheter les produits artisanaux qu'elle confectionnait.

Le deuxième cas s'est produit avec Claudia Jaramillo, une femme qui réside à Taisha (village à la province de Morona Santiago). Elle n'a pas trouvé légitimes les raisons avancées pour ne pas payer l'information. Au début, j'ai eu du mal pour trouver des alternatives de paiement, ce qui a provoqué des tensions. Finalement, la solution a été d'échanger son information contre l'information que j'avais recueillie des autres accoucheuses traditionnelles.

- Dans d'autres cas j'ai donné des objets en échange, tels qu'un livre sur l'utilisation médicinale des plantes par les *Kichwas* de l'Amazonie. Offrir le livre m'a paru une sorte d'échange de connaissances par des voies différentes. L'entretien a été très fluide et je n'ai pas ressenti cette attente économique. Ce cas a provoqué une nouvelle question : jusqu'à quel point cette attente venait effectivement des accoucheuses et n'était pas induite par la chercheuse d'une certaine façon ?

- Dans d'autres cas, surtout quand il s'agissait d'une deuxième ou troisième visite, la façon de compenser a été de partager des tâches ménagères telles qu'égrener du maïs, pendant que je continuais l'entretien ou des massages que j'ai fait à un accoucheur qui avait un problème de dos.

- Dans la plupart des cas, je suis retournée aux villages avec les photos de l'ancien entretien et je les ai offertes aux accoucheuses, dans le cadre d'un deuxième entretien ou simplement d'une visite pour les remercier. Cette initiative a été très appréciée et elle a construit des liens au-delà de la recherche en elle-même.

- Il y a eu aussi des cas comme celui de Mario Garcés, « l'accoucheur traditionnel » et *shaman* (guérisseur), où l'entretien s'est déroulé avec beaucoup de fluidité : il a été très généreux avec ses connaissances et il a expliqué ses pratiques. Or il m'a raconté qu'avec d'autres « scientifiques étrangers » qui voulaient avoir accès à ses connaissances, il s'est montré plus réservé et méfiant. Il n'a pas décrit ses pratiques parce qu'il avait l'impression que ces scientifiques prenaient ses connaissances et les importaient dans leurs autres pays. Il exprimait ainsi son souci que les connaissances ancestrales, le patrimoine local dans ce domaine, ne soient pas « volés ». Cette attitude s'opposait à celle qu'il a eue avec moi, pour deux raisons possibles : soit il a perçu mon inclination à la réciprocité, dans laquelle il existe un partage (car pendant et après l'entretien on a pris le temps de discuter de divers sujets), soit Mario Garcés n'a pas mis en place des très fortes frontières culturelles¹⁵ (Souty 2001) avec moi, étant tous les deux équatoriens et

¹⁵ « Les auteurs sont souvent ramenés à une opposition entre culture et ethnie, les frontières relatives à la notion d'ethnie étant les plus difficiles à saisir. Car la frontière est aussi affaire de représentation (de soi, de l'autre), elle est une construction sociale et symbolique. Les frontières culturelles (contrairement aux frontières politiques tranchées) sont incongrues, floues, peu conformes aux découpages, mouvantes, plus ou moins poreuses ». (Souty 2001). Voir : http://www.scienceshumaines.com/limites-floues-frontieres-vives_fr_1764.html, (consulté en juin 2013).

intéressés par les mêmes sujets. Il m'a même tutoyé, ce qui a marqué une certaine proximité.

Ce dernier point me mène à la deuxième difficulté : les frontières culturelles avec les informateurs. Je n'appartenais pas au même espace géographique, étant issue du monde urbain et non d'un monde rural. Même si nous partageons la même nationalité, nous ne partageons pas le même univers sémantique et symbolique. Cela provoque une sorte de distance de la part des acteurs sociaux à un moment donné.

Ces frontières apparaissent quelques fois de façon plus subtile que d'autres ; par exemple, les accoucheuses et leurs familles éprouvent de la méfiance par rapport à une personne qui vient chez eux faire des enquêtes. La question répétée est de savoir si je suis médecin – je crois qu'il existe un soupçon à l'égard des agents officiels de santé, car les accoucheuses et/ou leur milieu pensent que les médecins vont voler leurs savoirs – ou à quelle institution j'appartiens. Ils m'ont même demandé si j'avais des identifications institutionnelles. L'accoucheuse comprenait le but de l'entretien et rassurait sa famille en leur disant qu'il n'y avait rien de préjudiciel et qu'elle voulait m'aider pour la thèse.

Dans certains cas, même en sachant que j'étais étudiante ce soupçon persistait à l'heure de dévoiler leurs savoir-faire au début de l'entretien, en utilisant des explications ambiguës comme « une infusion avec des plantes » (“*montes*”). Au fil de l'entretien, une relation de confiance se nouait et ces « secrets » m'étaient confiés. Les accoucheuses m'expliquaient de quelles plantes (“*montes*”) il s'agissait, la composition et la préparation des infusions.

Cette distance est évidente aussi au niveau des représentations, par exemple lors de la “*limpia*” – soin et protection énergétique – quand la fille d'une des accoucheuses m'a dit « *si*

vous croyez, vous allez être guéries de ce que vous avez » ; et elle a répondu discrètement, mais sans le cacher, en s'adressant à sa fille « *non, elle n'y croit pas* ».

Les frontières culturelles étaient plus marquées quand il s'agissait des accoucheuses indigènes qu'avec les métisses, car il y a plus de différences culturelles ressenties et démarrer le premier entretien est un peu plus compliqué. Le problème de la langue est venu s'ajouter. J'ai certaines bases de *kichwa*, mais je ne le maîtrise pas assez pour faire un entretien dans cette langue. Il a donc fallu trouver des interprètes sur place. Cependant, j'ai pu comprendre certaines traductions et réduire un peu l'interprétation erronée du traducteur quand il posait des questions. Consciente de cette contrainte, lorsque j'ai eu un doute de traduction, j'ai reformulé la même question autrement afin de confirmer ou corriger l'information fournie précédemment.

Ces interprètes étaient souvent les filles ou fils des accoucheuses. Cela m'a permis de constater que dans certains cas il y avait une transmission de connaissance, au bénéfice des filles. Souvent elles connaissaient déjà les réponses et elles vérifiaient avec leurs mères le côté théorique de la pratique. Une fois seulement, j'ai eu un problème avec l'interprète, lorsque le fils d'Esperanza Padilla, une accoucheuse très âgée, a commencé à répondre à la place de sa mère, car les réponses lui semblaient évidentes, mais ces réponses différaient de celles de la mère. Dans ce cas, lorsqu'il a répondu, je lui ai demandé de poser la question à sa mère et, dans ce contexte, je lui ai expliqué que le but de l'entretien était de connaître les représentations que sa mère avait sur le sujet.

Cette faiblesse par rapport à la langue s'est transformée parfois en avantage. Pour justifier cette affirmation, je dois expliquer les représentations concernant l'ethnicité en Équateur. Ce pays issu d'un processus de colonisation subit encore à l'heure actuelle ce que Armando Muyolema (2001) appelle "*blanqueamiento*" ou « blanchiment », c'est-à-dire qu'il y a des relations de pouvoir qui font partie de « l'ordre social » et des imaginaires collectifs, selon

lesquelles tout ce qui est blanc est supérieur à l'indigène. Plusieurs dichotomies viennent se mettre en place sous une forme de supérieur/inférieur telles que : blanc/indigène, métisse¹⁶/indigène, urbain/rural, « développe » / « sous-développé ».

Bien que je sois équatorienne, pour les habitants de l'Amazonie de l'Équateur, il y avait des différences par rapport à plusieurs éléments : ma langue maternelle est l'espagnol et non pas le *kichwa* ou une autre langue locale, je suis métisse et urbaine. Les gens des villages où j'ai travaillé mettaient en place, au début, des frontières culturelles. Une relation de pouvoir émergeait. Lorsque j'arrivais dans les villages pour les entretiens avec le cahier des leçons de *kichwa*, et que les informateurs percevaient que je faisais l'effort de communiquer dans cette langue, ils devenaient plus accessibles et montraient une attitude beaucoup plus ouverte et empathique. Souvent l'entretien finissait en *kichwa*. Dans tous ces cas, la relation de pouvoir s'inversait : ce qui était indigène était mis en valeur et les informateurs et leur famille possédaient un pouvoir sur moi, ce qui les mettait à l'aise. Ils se moquaient gentiment de mon accent et cela rendait la relation plus fluide.

Dans la plupart des cas je pense avoir établi des relations interpersonnelles fortes. Un jour, lors d'un deuxième entretien avec une accoucheuse, pendant que nous égrenions le maïs, une autre personne est venue lui parler à l'accoucheuse. Elle m'a présenté comme « une amie ». Souvent, j'ai été invitée pour manger chez les accoucheuses et leurs familles pour « *leur rendre visite* ». Dans ces cas la question que je me suis posée est celles des limites entre le côté humain et le rôle professionnel. Où s'arrête l'anthropologue qui essaye de rester objective ? Est-ce que je peux, à un moment donné, lâcher prise pour interagir avec les informateurs et leurs familles comme si je les avais connus dans d'autres circonstances ?

¹⁶ Dans le cas de l'Amérique Latine, le terme « métisse » est utilisé pour nommer les personnes qui ont des origines hispaniques (européens) et indigènes.

Le cas opposé s'est aussi produit. Lors d'un entretien réalisé à la communauté Unión Muyuna, des gens sont venus écouter et ont commencé à y participer. Le sujet impliquait la sexualité qui est un thème assez tabou dans cette culture. Le rire est alors apparu comme un élément parasite ou même des courtes interventions en *kichwa* provoquaient le rire. Là, l'entretien n'a pas été fait dans des conditions idéales car le groupe influençait les réponses de l'informatrice. Dans ce contexte, ma condition d'étrangère au groupe et à la population était encore plus évidente. Cependant cet « entretien collectif » m'a permis aussi de percevoir les représentations collectives autour de la naissance.

La dernière précision éthique avant de passer au corpus de la recherche concerne l'anonymat. Je me suis posé des questions sur le droit des accoucheuses à ne pas voir leurs noms apparaître dans la recherche. J'ai prévu de demander leur « consentement informé » lors de l'entretien, c'est-à-dire qu'après leurs avoir expliqué le but des entretiens et la finalité de la recherche, elles en ont décidé. Contrairement à ce que j'ai pensé, souvent non seulement elles étaient d'accord pour faire apparaître leurs noms, mais c'était presque une exigence, une sorte de droit d'auteur dans le cas de l'Équateur. Dans le cas du Portugal, le choix de rester anonyme a été beaucoup plus présent, beaucoup de femmes voulaient être juste décrites (e. g. femmes ayant eu des accouchements traditionnels dans la zone de Tras-os Montes). Cette tendance pourrait s'expliquer par les frontières culturelles existantes et par le fait que la plupart des femmes qui ont participé aux entretiens sont des personnes qui ont plus de 60 ans, en général dans les 80 ans, et qui se méfient de ce qui est inconnu, notamment d'une « étrangère ».

Ce fut cette condition d'étrangère qui marqua mon identité lors de mon deuxième terrain. Étrangère, non seulement parce que je n'étais pas originaire du village, du pays, mais aussi parce que le portugais n'est pas ma langue maternelle. Au cours de mon séjour, mon niveau de langue s'améliora et cette barrière se flexibilisa. Vers la fin du séjour, il m'arriva de plus en

plus que les gens reconnaissaient un accent particulier mais ils pensaient que c'était du « portugais brésilien » et se risquaient donc à m'attribuer cette nationalité. Cette fausse représentation constitua une possibilité de rapprochement lorsque je devais expliquer que mes origines étaient effectivement l'Amérique Latine, mais d'un autre pays où on parle espagnol.

Cette frontière entre « le nous » et « l'étranger » était une constante qui se démarquait et s'effaçait selon les cas. Il m'est arrivé qu'en évoquant le prénom de Fernanda, lors de la présentation, une ou deux femmes m'ont répondu « *mais Fernanda est un prénom portugais, et vous êtes étrangère ?* » ce qui m'a permis d'expliquer les racines latines communes et donc de réduire cette distance.

Lorsque je suis arrivée dans chaque village, et lors de chaque entretien fait de façon spontanée surtout (dans les cas où j'ai rencontré directement la personne, sans qu'il y ait introduction par un membre de la communauté), il y avait une quête qui émergeait, celle de mon identité. Les personnes voulaient savoir qui était cette personne qui se présentait devant eux, d'où elle venait ? que faisait-elle ? Dans quel intérêt elle le faisait ?

Souvent la première question qui ressortait, était : « *vous venez d'où ?* ». Une réponse s'imposait : « je suis équatorienne et j'habite en France ». Cette double réponse me permettait d'avoir une association à deux territoires : un qui dans leurs imaginaires correspondait au « sous-développement » et un deuxième qui historiquement a été une terre d'accueil pour la migration portugaise.

Cette représentation fût très importante car souvent, dans cette découverte de l'autre, ils voulaient savoir quel type de migrante j'étais : est-ce que j'étais là pour m'installer et trouver du travail ? Est-ce que j'étais là pour faire du tourisme et connaître la région ? Est-ce que la recherche était la seule raison de ma présence ? Ces questions devinrent explicites à plusieurs

reprises. Avant les entretiens, souvent ils faisaient la remarque « *mais ici, vous savez il y a la crise, on n'a pas du travail* ». Cela me permettait d'expliquer que je ne cherchais pas à résider dans la région et que mon passage était transitoire. J'ai progressivement compris que la question de mes origines était en réalité une question pour savoir qui j'étais.

Le Trás-os Montes et le Douro sont des régions où il y a eu une forte migration, souvent vers la France, et où la population subit un vieillissement dû à l'absence de renouvellement générationnel (des écoles sont fermées dans certains villages par absence d'enfants scolarisés). C'est une région où le temps semble s'être arrêté. Dans cette région particulièrement, ma présence au début provoqua des méfiances. Souvent mon objectif de faire de « la recherche » était loin d'être compris et le sujet étant personnel, provoquait des réponses telles que « *il ne faut pas se mêler de la vie des autres* ». Il y avait donc une certaine résistance. Il m'arriva aussi de me retrouver au milieu de longs récits sur leurs histoires de vie (avant ou après les entretiens) au cours desquels une prise de position sur leurs conflits m'était demandée.

En même temps, cette culture plus présente dans les villages m'a ouvert des portes. Dès lors que les personnes comprenaient le but de mon séjour, une relation de confiance se construisait. Étant donné que souvent ces personnes ont de la famille dans les villages voisins, mon arrivée et la raison de ma présence étaient parfois annoncées dans ces derniers avant que j'aie l'occasion de le faire moi-même.

Une autre porte d'entrée que j'ai eue fut le contact avec des personnes issues de cette région, mais qui résidaient en France et qui revenaient pour passer l'été et les fêtes des villages avec leurs familles. Avec eux, le contact se faisait plus facilement et ils saisissaient plus naturellement le but de mon séjour. Ces acteurs sociaux m'ont aidée à identifier des informatrices qualifiées (des femmes ayant eu des accouchements traditionnels, des filles

d'accoucheuses ou des accoucheuses en soi). Introduites par eux, ces femmes établissaient plus rapidement et plus facilement un rapport de confiance et acceptaient de passer des entretiens.

J'ai trouvé aussi un assistant de terrain originaire de cette région qui, étant au chômage et intéressé par ma recherche, s'est porté volontaire pour m'accompagner lors de certaines visites aux villages. Alfredo connaissait souvent les femmes du village qui étaient les mères de ses amis, cela a rendu plus facile l'accès au terrain et il me traduisait aussi les expressions locales. Il n'accepta pas d'être payé pour ce travail, mais il semblait très intéressé par le sujet et j'ai pris en charge tous les frais logistiques tels que la nourriture. Étant donné la présence très limitée de bus entre les villages, voire leur absence, j'ai parcouru des distances considérables à pied. Pendant ces trajets, j'ai eu l'occasion d'avoir des longues discussions sur les coutumes et la culture locale.

Une grande contrainte fut qu'au contraire de l'Équateur où la culture traditionnelle de la naissance est revalorisée, le cadre légal du Portugal a mis à l'écart les accoucheuses traditionnelles et a rendu leurs pratiques illégales. Dans ce contexte, les repérer était souvent très compliqué et il y a eu des occasions où les coordonnées de certaines accoucheuses m'ont été données de façon secrète et en me demandant de ne pas dévoiler mes sources d'information.

Bien que le problème des frontières culturelles dans ce contexte soit plus important qu'en Équateur, la question de rémunérer les entretiens ne s'est pas posée. Je n'ai jamais ressenti cette attente des informatrices. Tout au contraire, il est arrivé qu'elles m'invitent à manger et une accoucheuse m'a même fait des sandwiches pour le chemin de retour, avec de la charcuterie préparée personnellement. De plus, le fait de ne pas rester très longtemps dans chaque village rendait plus compliquée la tâche de rétribuer le temps passé à l'entretien.

Les contextes de l'Équateur et du Portugal se présentent avec des enjeux, des situations et des contraintes différents. Cependant, la constante dans les deux cas fut les frontières culturelles qui étaient établies, face auxquelles j'ai dû agir de façons différentes. Or ces frontières font partie même des défis anthropologiques du moment où la discipline vise à comprendre l'autre.

PREMIER CHAPITRE : Le liminaire ethnographique

Afin de contextualiser cette étude, ce chapitre présente les deux terrains de la recherche. L'accent est mis sur la composition démographique de chaque population, ainsi que sur ses caractéristiques ethniques, sociales, religieuses et culturelles. Je présente les terrains selon un jeu d'échelles en décrivant d'abord les contextes globaux, puis, suivant un regard en entonnoir, j'aborde des contextes plus locaux, jusqu'à atteindre les agglomérations (villes, villages, *freguesias* (paroisse)) où cette recherche a été effectuée.

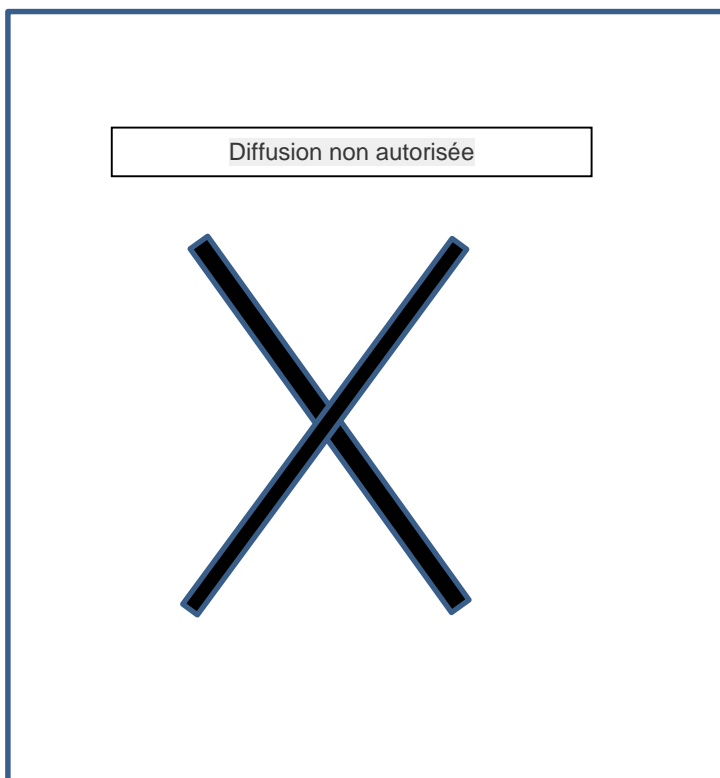
En Équateur, les entretiens ont été réalisés dans la ville de Puyo, dans les agglomérations d'Arajuno, de Santa Clara et Taisha et dans des villages : Rey de Oriente, San Jorge, Capricho, Unión Muyuna et Nunkuy Nunkay. Au Portugal, mon terrain comprend les villes de Beja, Évora, Porto, Coimbra, Guimarães, Matosinhos, Vila Nova de Gaia, Paredes villages : Azurara, Mindelo, Seixo de Manhoses, Candoso, Alagoa, Vila Nova de Poiars, Fonte Longa, Monchique et Casa Branca, et dans la région de Serra de Gerês (cf. annexe 3 : Liste des informateurs et informatrices).

Une fois décrits les différents contextes et régions où la recherche a été menée, l'accent est mis sur les personnes qui ont été interviewées. Une brève description des informateurs et des informatrices permet de les situer tout le long de ce travail.

1.1. Ta sacha amawta¹⁷

1.1.1. Le contexte amazonien

Le travail de recherche s'est localisé en Équateur, pays situé au Nord-ouest de l'Amérique Latine. Ses limites sont : au Nord, la Colombie, au Sud et à l'Est le Pérou et à l'Ouest l'Océan Pacifique.



Carte 1. Emplacement de l'Équateur en Amérique Latine.

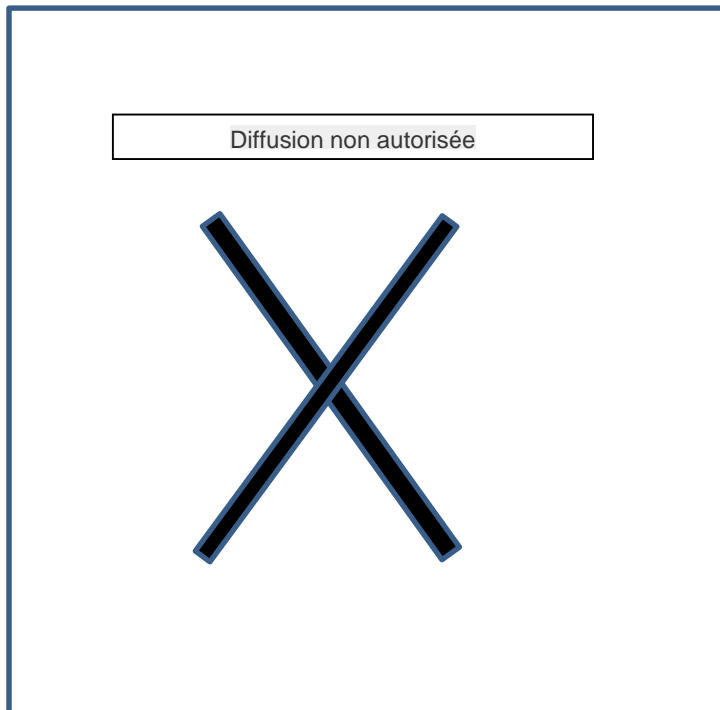
Source : Google maps. n/d.¹⁸

L'Équateur se compose de quatre régions naturelles : la côte, la région de montagnes – la Cordillère des Andes traverse l'Ouest de l'Amérique Latine – les Îles Galapagos et la région de

¹⁷ Traduction du *kichwa* : « la forêt sage »

¹⁸ Voir : <https://www.google.fr/maps/place/%C3%89quateur/@-4.3912667,82.6121333,5z/data=!4m5!3m4!1s0x902387dda89a4bd5:0x9d76af04119c3702!8m2!3d-1.831239!4d-78.183406> (consulté en juin 2014)

l'Amazonie. La province de Pastaza¹⁹ se trouve dans la région de l'Amazonie aux caractéristiques d'un climat chaud d'une forêt humide.



Carte 2. Régions naturelles de l'Équateur.

Source : Grupos Étnicos del Ecuador. 2013²⁰.

L'Équateur est mon pays natal. Ayant déjà travaillé avec des accoucheuses dans le contexte des banlieues de Quito et à Otavalo, une ville qui a une majorité de population *kichwa*, le terrain m'était plus familier et les critères de choix étaient plus clairs ; il fallait que la population choisie recoure encore à des accoucheuses traditionnelles pour enfanter et qu'elle ne soit pas de la région des montagnes où j'avais déjà fait des études. Ce dernier critère me laissait trois terrains d'étude possibles, les trois autres régions naturelles du pays : la côte avec la présence de peuples métis, noirs, et certains peuples originaires et *montubios* ; le Galápagos

¹⁹ Structure administrative territoriale mise en place en Équateur. La province se compose de *cantones* qui se subdivisent en paroisses rurales et urbaines.

²⁰ Voir <https://sextouej.files.wordpress.com/2013/05/mapa-del-ecuador-y-sus-regiones.jpg> (consulté en juin 2014).

où il y a surtout des « colons » qui l'ont peuplé, mais qui adhèrent plutôt au système national de santé ; et l'Amazonie avec des métis et d'autres peuples originaires.

Le Galapagos semblait être la région la moins intéressante, ce carrefour d'origines culturelles diverses ne me permettant pas d'étudier les pratiques des peuples originaires et étant d'accès difficile et onéreux, contrainte qui a également pesé sur la décision de l'éliminer comme terrain.

La côte du pays et l'Amazonie présentaient un éventail intéressant. Le choix de la région amazonienne a été déterminé par deux facteurs : d'une part les différents récits sur les pratiques contrastées dans les pratiques de l'accouchement, surtout grâce à un oncle docteur qui a travaillé à l'hôpital de Shell et qui pouvait me décrire ses expériences, et grâce également à l'œuvre de Laura Rival (1996) qui raconte un accouchement dans un hamac chez les *Huaorani*, et d'autre part il y avait une facilité logistique par l'entremise d'une amie qui pouvait m'héberger dans sa réserve botanique à Fatima²¹.

Ces deux facteurs ont déterminé le choix de la province de Pastaza Avant d'aller sur ce terrain j'ai fait plusieurs tentatives pour rencontrer des accoucheuses traditionnelles. J'ai contacté des collègues du réseau des anthropologues en Équateur. Une des collègues qui m'a répondu, fonctionnaire du Ministère de la Santé, m'a envoyé une liste d'accoucheuses traditionnelles de tout le pays, mais il n'y avait dans ce document aucune accoucheuse qui résidait dans cette province. Je suis allée aussi à la « Direction d'Interculturalité, des droits et participation sociale », discuter avec le personnel du département pour comprendre les

²¹ Commune Fatima d'une superficie de 93 km² (page de la Préfecture de Pastaza, <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/fatima> (consulté en juin 2014)) à 7 km de Puyo, capitale de la province de Pastaza, dans l'Amazonie équatorienne

approches du Ministère de Santé afin de travailler avec les accoucheuses traditionnelles et comment se fait la relation système traditionnel de santé/ système académique.

Cependant, je suis partie sur le terrain sans aucun contact spécifique car je ne voulais pas être associée à une institution. Je savais que la recherche des accoucheuses traditionnelles devait se faire dans les petits villages où les gens connaissent facilement leurs voisins et, donc, j'ai pensé que trouver des informateurs qualifiés ne devrait pas être très difficile.



Carte 3. Cantón Pastaza (affiche touristique).

Source : Gobierno autónomo descentralizado Municipal de Pastaza (reçu en juin 2014)



Photo 1 : Direction provinciale de Santé de Pastaza, Puyo.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Puyo, Pastaza 25/06/2013

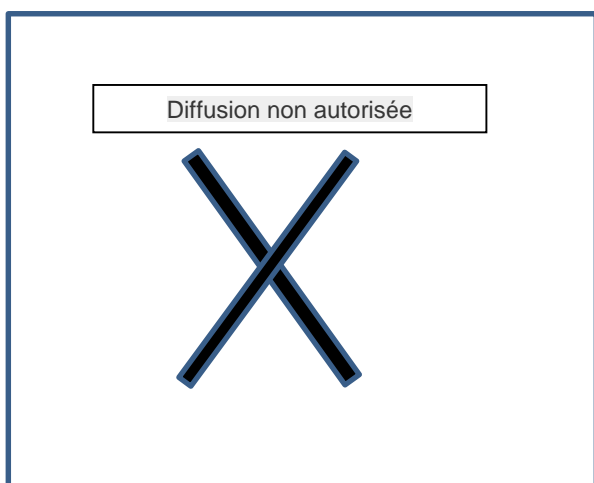
La province de Pastaza compte 83.933 habitants (50,3% d'hommes et 49,7% de femmes), d'après le recensement de 2010. À la question de l'autodétermination ethnique, les résidents répondent : 55.3% métis, 39.8% indigènes, 2.9% « blancs »²² , 1.5% « afro-équatoriens²³ » et 0.2% autre (INEC n/d : 3). Les dix-neuf accoucheuses et accoucheurs traditionnels avec qui j'ai travaillé sont indigènes, la plupart *Kichwas*, trois *Shuars*, une *Achuar*, cinq accoucheuses qui se disent métisses. J'ai également travaillé avec une sage-femme, deux TAPS (techniciens d'attention primaire de Santé) et une *doula*.

À des fins administratives, le pays est divisé en 24 provinces (carte ci-dessous) gérées par une préfecture. À partir du mandat de Rafael Correa, le SENPLADES (Secrétariat National de Planification et Développement) a mis en place une nouvelle structure administrative : les régions, distinctes des régions naturelles, tout en conservant la division en provinces. Les neuf

²² Catégorie qui évoque la représentation de la personne enquêtée d'être ou d'avoir des origines européennes.

²³ Catégorie qui évoque la représentation de la personne enquêtée d'être ou d'avoir des origines d'Afrique noire.

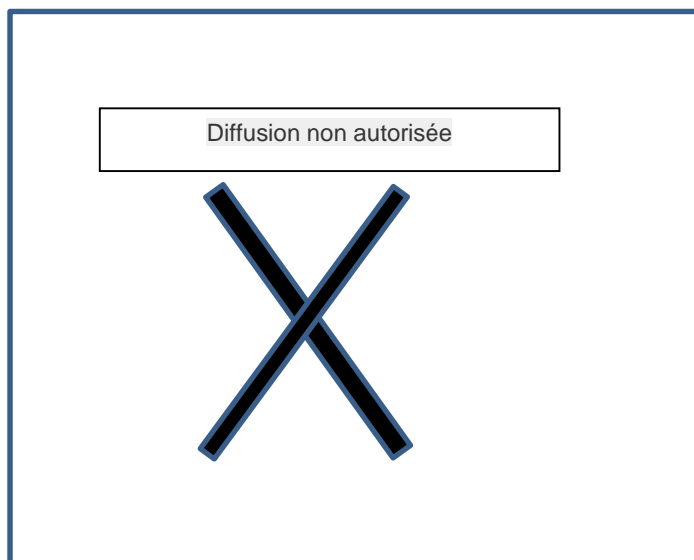
régions ont pour but de favoriser l'entraide entre les provinces et le développement économique et productif de chacune d'elles.



Carte 4. Carte politique de l'Équateur.

Source : Mapas del Mundo (n/d)²⁴

La province de Pastaza se divise en quatre “cantones” : Mera, Santa Clara, Arajuno et Pastaza. Les agglomérations de Santa Clara et d'Arajuno sont les capitales des “cantones” qui portent les mêmes noms.



²⁴ Voir http://www.google.fr/imgres?imgurl=http://espanol.mapsofworld.com/wp-content/uploads/2011/09/mapa-politico-de-ecuador.jpg&imgrefurl=http://espanol.mapsofworld.com/continentes/sur-america/ecuador/ecuador-mapa.html&h=856&w=800&tbnid=SYpULolAQ1vWvM:&zoom=1&tbnh=103&tbnw=96&usg=__oZAP6ntudPIBmgNbFxedUPDXEPY=&docid=m_sl-iDoM6ysRM&client=firefox-a&sa=X&ei=YkGsU_XBG4zA7AbNw4CADA&ved=0CEAQ9QEwBA&dur=610 (consulté en juin 2014).



Carte 5. Carte politique de la province de Pastaza.

Source : Wikipedia (n/d)

D'un point de vue démographique, la région amazonienne n'a pas été touchée par des migrations métisses importantes jusqu'au boom pétrolier qui commence en 1972 (les premières découvertes de gisements se font en 1968) (Ayala Mora 2008 : 69). Ce n'est qu'en 1977 que l'État équatorien engagea des politiques de colonisation sur ce territoire-là, telles que la « loi de colonisation de la région amazonienne équatorienne » ou la création de l'Institut de colonisation de la région amazonienne équatorienne (INCRAE).

Le but de cette migration était de rendre productive cette terre en développant l'élevage et des activités agricoles de monoculture. Cependant, l'effet produit n'a pas été celui attendu : l'impact culturel des populations "*colonas*" (les personnes qui n'étaient pas originaires de cette zone et qui sont arrivées lors de cette vague migratoire) a influencé les pratiques des gens autochtones de la région qui ont commencé à changer leurs dynamiques productives traditionnelles pour les remplacer par l'élevage et la monoculture (Ruiz Mantilla 2000 : 52).

De 1950 à 2001, la population urbaine passe de 0 à 152.696 habitants (jusqu'à cette date il n'y avait aucune ville construite dans cette région), avec un pic à partir des années soixante-dix, lié au boom pétrolier. De même, la population rurale passe dans cette même période de

46.471 à 395.723 habitants. En cinquante ans, la population s'est accrue de 1180%, avec la construction de pôles urbains importants, autrefois inexistantes.

Cuadro 5.
Población del Ecuador por Regiones y Área de Residencia: 1950-2001

Región y área	1950	1962	1974	1982	1990	2001
Quito	209 932	354 746	599 828	866 472	1 201 954	1 621 646
Resto Urbano Sierra	191 111	325 261	537 834	785 349	1 079 922	1 520 092
Rural Sierra	1 453 909	1 591 338	2 008 903	2 150 018	2 117 137	2 319 000
Total Sierra	1 854 952	2 271 345	3 146 565	3 801 839	4 399 013	5 460 738
Guayaquil	258 966	510 804	823 219	1 119 344	1 535 393	2 007 892
Resto Urbano Costa	133 072	334 231	703 649	1 161 982	1 678 402	2 266 478
Rural Costa	910 059	1 290 559	1 670 771	1 707 631	1 653 063	1 854 439
Total Costa	1 302 098	2 135 594	3 197 639	3 988 957	4 866 858	6 128 809
Urbano Oriente	0	0	0	32 763	59 575	152 696
Rural Oriente	46 471	74 913	173 469	224 915	312 958	395 723
Total Oriente	46 471	74 913	173 469	257 678	372 533	548 419
Urbano Galápagos	698	1 165	2 381	4 493	8 013	14 142
Rural Galápagos	648	1 226	1 656	1 626	1 772	4 498
Total Galápagos	1 346	2 391	4 037	6 119	9 785	18 640
Total Urbano	793 779	1 526 207	2 666 910	3 970 403	5 563 259	7 582 946
Total Rural	2 411 087	2 958 036	3 854 800	4 084 190	4 084 930	4 573 660
Total Nacional	3 204 867	4 484 243	6 521 710	8 054 593	9 648 189	1 2156 606

Tableau 1 : Tableau sur les dynamiques démographiques rurales et urbaines en Équateur de 1950 à 2001.

Source : Carlos Larrea 2005 : 53 (INEC : recensements 1950, 1962, 1974, 1982, 1990 et 2001).

Un autre impact écologique du boom migratoire est la contamination produite par les fuites de pétrole qui a altéré les écosystèmes, mais qui a aussi touché des populations résidant dans les zones voisines. L'Amazonie est une zone d'une très importante pluviosité ce qui rend la terre mauvaise pour l'agriculture. Par conséquent, les producteurs – colons ou natifs – se sont retrouvés avec des terres infertiles, déforestées et dévastées. Les colons suite à cela sont souvent repartis. La déforestation ne s'est pas fait sentir uniquement par rapport aux activités agricoles, mais aussi par la construction de voies d'accès que ce phénomène migratoire impliquait et bien évidemment pour permettre le transport du produit exploité pour son exportation (Larrea 2005 : 84).

De 1948 à 1980, l'Amazonie passe d'une zone inaccessible (0 km de route) à un réseau routier de 2035 km. Les travaux commencent pendant les années 1960, mais on note une intensification de construction des voies d'accès dans les données de 1980, c'est-à-dire après le début du boom pétrolier (de 1962 à 1980, il y a eu 1533% de voies d'accès en plus). Les petits chemins, jusqu'en 1980, ne représentent que 12,48% des voies construites, ce qui montre que la finalité ultime jusqu'à cette époque n'était pas de faciliter la communication des villes et villages entre eux, mais de construire des voies d'accès pour le transport des produits issus de l'Amazonie.

Cuadro 2.
Extensión de la Red Vial en el Ecuador por Regiones: 1948-1980

(Kilómetros)						
Región	1948	1958	1962	1964	1967	1980
Costa						
Red principal	588,8	315,9	2 162,0	2 148,0	2 169,0	6 118,1
Red secundaria	1 056,7	5 443,0	4 644,0	6 305,5	6 700,0	10 032,9
Total	1 645,5	5 758,9	6 806,0	8 453,5	8 869,0	16 151,0
Sierra						
Red principal	1 712,1	1 505,3	4 409,0	4 629,4	4 975,0	10 167,8
Red secundaria	2 510,8	3 874,1	2 720,0	4 751,3	4 770,0	6 219,5
Total	4 222,9	5 379,4	7 129,0	9 380,7	9 745,0	16 387,3
Oriente						
Red principal			118,0	277,6	278,0	1 809,2
Red secundaria				36,2	36,0	225,7
Total			118,0	313,8	314,0	2 034,9
Galápagos						
Red principal						66,5
Red secundaria						
Total						66,5
Total Nacional						
Red principal	2 300,9	1 821,2	6 571,0	6 777,4	7 144,0	16 352,4
Red secundaria	3 567,5	9 317,1	7 364,0	11 093,0	11 506,0	16 478,1
Total	5 868,4	11 138,3	14 053,0	18 148,0	18 928,0	34 639,7

Tableau 2 : Tableau sur l'évolution des axes de transport (grands axes et petites routes) de 1948 jusqu'à 1980.

Source : Almeida y Almeida, dans Carlos Larrea (2005 : 49)

À partir du mandat de Lucio Gutiérrez, il y a beaucoup plus d'investissements dans l'Amazonie. À l'heure actuelle, le Ministère de Transport et d'œuvres publiques de l'Équateur estime qu'il y a 2.184 km de grands axes dans l'Amazonie équatorienne (MTOP 2014).

Après ces vagues migratoires, il est important de faire un bilan de la composition ethnique de la province de Pastaza, ce qui éclairera les dynamiques interculturelles dans les quatre terrains présentés dans le chapitre suivant.

Les deux groupes ethniques les plus représentatifs dans la province sont les indigènes (17%) et les métis (76%). D'autres groupes culturels, même s'ils existent, ne sont pas très nombreux. Les indigènes font partie des populations autochtones existantes ou sont venus de Napo, la province au Nord de Pastaza, tandis que la plupart des métis arrivent après les politiques de colonisation de l'Amazonie (INEC 2010).

À l'analyse de la configuration de ce 17% de population indigène, on constate que la plupart sont des *Kichwas* (52,85%), suivis de très loin par les *Shuars* (14%), puis des *Achuars* et des *Huaoranis* qui constituent respectivement 5,4% et 5% de cette population. Les autres nationalités ne sont pas fortement représentées dans ce territoire.

Instituto Nacional de Estadística y Censos
La población indígena del Ecuador

Cuadro 6

POBLACIÓN INDÍGENA DEL ECUADOR, POR NACIONALIDAD Y PROVINCIAS																
Provincia	Achuar	Awa	Cofan	Chachi	Epera	Huaorani	Secoya	Shuar	Siona	Tsa'chila	Zapara	Shiwiar	Quichua	Otros Pueblos Indígenas	Ignorado	Total
Azuay	9	3	5	5	-	1	1	62	4	2	1	5	7.060	13.396	179	20.733
Bolívar	3	10	-	3	-	1	-	8	1	5	4	1	17.230	22.777	51	40.094
Cañar	6	2	14	5	-	-	-	5	1	2	1	4	23.660	9.907	169	33.776
Carchi	6	1.787	1	1	2	1	-	10	1	-	-	-	335	1.880	239	4.263
Cotopaxi	4	6	3	16	-	-	2	6	-	-	1	3	45.879	38.165	31	84.116
Chimborazo	5	2	7	8	1	2	-	22	1	2	4	9	116.205	37.056	41	153.365
El Oro	24	9	12	5	2	-	-	22	3	1	2	1	478	4.254	692	5.505
Esmeraldas	16	931	34	5.237	17	-	1	25	3	2	1	1	144	3.582	549	10.543
Guayas	23	45	105	5	10	20	23	60	7	10	4	13	3.326	34.120	4.606	42.377
Imbabura	41	344	7	34	-	4	5	17	2	5	2	10	55.220	26.167	5.128	86.986
Loja	14	-	4	-	-	-	1	19	-	-	-	-	6.738	5.529	72	12.377
Los Ríos	2	20	11	1	2	4	1	9	4	-	1	3	141	4.764	555	5.518
Manabí	1	3	74	-	1	-	-	2	-	1	1	1	111	5.580	673	6.448
Morona S.	907	6	1	13	-	16	2	43.360	-	2	-	-	332	2.769	87	47.495
Napo	5	37	5	5	8	121	8	46	2	12	2	3	33.377	8.934	891	43.456
Pastaza	1.241	4	8	6	1	1.136	3	3.193	2	1	302	550	12.072	4.323	2	22.844
Pichincha	62	40	68	102	11	21	32	282	10	1.426	7	5	22.125	62.951	8.238	95.380
Tungurahua	4	5	2	3	1	5	9	22	1	5	-	-	34.003	30.407	241	64.708
Zamora Ch.	3	-	2	-	-	-	-	3.400	-	-	1	-	3.140	2.765	37	9.348
Galápagos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	372	322	44	739
Sucumbios	15	10	661	8	3	3	151	1.076	255	3	2	3	6.722	4.351	213	13.476
Orellana	12	15	12	8	6	199	1	1.051	5	5	10	-	19.698	4.395	832	26.249
Zona no del.	1	4	8	-	-	-	-	-	1	-	-	-	27	562	19	622
Total	2.404	3.283	1.044	5.465	65	1.534	240	52.897	304	1.484	346	612	408.395	328.956	23.589	830.418

Fuente: Elaboración propia a partir de los tabulados especiales censo 2001.

Tableau 3 : Tableau sur la distribution de la population indigène en Équateur par provinces.

Source : Chisaguano (2006 : 33).

Une fois défini le contexte géographique, historique et démographique du terrain de recherche, je présente plus en détail le contexte spécifique et les acteurs. Il est primordial de décrire les différents cadres culturels qui entourent les pratiques et les représentations thérapeutiques qui seront évoquées dans des chapitres ultérieurs. La recherche en Équateur s'est déroulée en quatre lieux différents : la *cabecera cantonal* de Arajuno, celle de Santa Clara, la Ville de Puyo qui est la capitale de la province de Pastaza et dans le *cantón* Taisha dans une zone de frontière avec le Pérou. Dans ces lieux, j'ai rencontré différents groupes culturels : les métis, les *Kichwas*, et aussi de façon assez rapide les *Shuars* et les *Achuars*, ce qui donne un éventail de pratiques, de représentations et de *cosmovisiones* multiples sur l'accouchement et l'allaitement.

La population indigène est minoritaire (39.5%, d'après le recensement 2010) (INEC. 2012), mais elle est très organisée et compte avec sa propre assemblée pour traiter les problématiques culturelles qui la concernent. En général, les *Kichwas* à Santa Clara ont une forte cohésion sociale qui leur donne les moyens de s'imposer face aux métis. La population de Santa se compose surtout de colons métis des régions des montagnes (surtout du centre et du sud) et des migrants kichwas de la région du Tena, province de Napo. Il y a une cohabitation assez harmonieuse à première vue, mais qui cache aussi des tensions. La Direction Provinciale de Santé a prévu informellement d'accorder au vieux centre de santé de devenir une maison d'accouchement indigène gérée par des accoucheuses et accoucheurs indigènes.

Dans cette agglomération, il y a trois personnes reconnues²⁸ comme telles par le Ministère de Santé Publique : Catalina Guatatoca (de Shiguango²⁹, le nom de son mari décédé) qui n'a jamais répondu à notre proposition d'entretien- conseillée en cela par ses filles - Xavier Grefa Alvarado (qui est aussi guérisseur) et son épouse Antonia Luisa Guatatoca (ces derniers ont accepté de participer à la recherche). Il y a plusieurs autres accoucheuses traditionnelles reconnues par les habitants de Santa Clara telles que Jacinta Guatatoca ou Rosa Shiguango (qui aide surtout les femmes de sa famille plus que les voisins qui préfèrent aller chez des accoucheuses plus réputées et reconnues par rapport à leur efficacité thérapeutique).

Le fait que les noms de famille se répètent n'est pas un hasard. Il est dû aux liens de parenté existants. Chez les populations du trajet Puyo-Tena avec lesquelles j'ai travaillé et à l'agglomération de Arajuno j'ai observé une répétition des noms de famille *kichwas* : Grefa,

²⁸ D'après les entretiens réalisés auprès des fonctionnaires du Ministère de Santé Publique et des accoucheurs, c'est la communauté qui a désigné les personnes ayant les connaissances pour être accoucheuses et accoucheurs.

²⁹ En Équateur, les femmes n'abandonnent généralement pas leur nom de famille pour celui de leur époux. Cette coutume est de plus en plus fréquente. La plupart des femmes ne le font pas dans un cadre de revendications féministes, mais parce que porter le nom du mari ne se fait plus ou peut-être, elles ne l'ont jamais porté dans les campagnes.

Guatatoca, Chimbo, Shiguango, Calapuche, Andi. Ce sont à la base des noms de familles *kichwas* de migrants qui sont venus du Tena (capital de la province de Napo, au Nord). Leurs descendants se marient souvent entre eux et gardent leurs traditions, leurs coutumes et leurs noms originels. Catalina Guatatoca par exemple est la belle-sœur de Rosa Shiguango, c'est-à-dire la sœur de son mari. La transmission des connaissances est assurée par ces liens de parenté : c'est Catalina Guatatoca qui a enseigné à sa belle-sœur les pratiques de prise en charge de l'accouchement.



Photo 2 : Xavier Grefa Alvarado, accoucheur traditionnel et guérisseur, avec sa tenue ritele *kichwa* de l'Amazonie, chez lui (dans la maison du MIDUVI).

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Santa Clara, Pastaza 09/2013



Photo 3 : Jacinta Guatatocha, accoucheuse traditionnelle *kichwa* de l'Amazonie et sa fille Cristina Grefa, devant leur maison.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Santa Clara, Pastaza 09/2013

La plupart de ces accoucheuses sont chrétiennes, surtout catholiques et généralement pratiquantes, ce qui montre l'influence de la culture chrétienne (issue de la colonisation espagnole) et plus tard métisse dans leur culture.

Les frontières culturelles entre les deux groupes sociaux se ressentent dans les interactions avec les métis et indigènes. Lorsque j'ai interrogé la propriétaire de l'épicerie pour identifier les accoucheuses de l'agglomération, elle a répondu « *les accoucheuses ? En tournant le coin, chez les indigènes ; eux ils accouchent comme ça (...) les métisses maintenant on va chez les médecins³⁰* ».

Dans l'agglomération même, il existe une autre accoucheuse reconnue comme telle par des métisses. Dès que je suis arrivée, deux passantes dans la rue m'ont dit d'aller chez la femme

³⁰ « Ahí a la vuelta, donde los indígenas; ellos saben dar a luz así. Los mestizos ahora vamos al médico » (indication de la propriétaire de l'épicerie) (cahier de terrain).

de « don³¹ Chávez ». Lorsque j'ai redemandé à d'autres personnes si elles connaissaient Mme Chávez, l'accoucheuse, elles m'ont donné son adresse et ont ajouté qu'elle était plutôt sorcière et non accoucheuse, et qu'il fallait aller chez « *les vraies accoucheuses* », c'est-à-dire les *Kichwas*, qui sont reconnues par le Ministère de Santé.



Photo 4 : Elvia Agripina Barreno, accoucheuse avec la Vierge del Cisne, “la Churona”, dans la chambre où elle reçoit ses « patient(e)s ».

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Santa Clara, Pastaza 28/06/2013

1.1.3. L'autoroute Puyo-Tena

Étant donné que j'ai évité d'être associée à des institutions pour ne pas biaiser les entretiens, j'ai décidé de repérer les informatrices de bouche à oreille. Ce repérage m'a conduit très vite hors des limites de l'agglomération de Santa Clara jusqu'à des villages voisins. J'ai eu des entretiens avec huit accoucheuses de Santa Clara (4), Rey de Oriente (1), San Jorge (1), Capricho (1) et Unión Muyuna (1) (quelques kilomètres à l'Est, dans la Province de Napo).

³¹ Expression qui signifie monsieur, mais dans un registre plus familier tout en restant respectueux avec l'interlocuteur et avec la personne à laquelle on s'adresse.



Carte 7. Carte approximative de l'autoroute Puyo- Tena, villages où des entretiens ont été faits.

Source : Google maps et repérage manuel (María Fernanda Acosta A.), juin 2014.

À Rey de Oriente, j'ai rencontré l'accoucheuse María Magdalena Vargas, grâce à sa fille. C'est une femme *kichwa* de l'Amazonie. Elle parle en deuxième langue l'espagnol, sa fille, Isabel (qui elle aussi avait des connaissances et une certaine expérience dans le métier d'accoucheuse), a joué le rôle d'interprète (espagnol-*kichwa*) lors de l'entretien.



Photo 5 : De gauche à droite, Isabel Calapucha Vargas, la fille de l'accoucheuse, María Magdalena Vargas, accoucheuse *kichwa* de l'Amazonie, Daniela, fille d'Isabel. Photo prise dans le salon de la maison familiale.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Rey del Oriente, Pastaza 28/06/2013

Isabelle m'a parlé d'une cousine qui s'appelait Violeta Vargas et qui habitait au même village. Je suis allée plusieurs fois la voir, mais je ne suis pas parvenue à m'entretenir avec elle, car elle n'était pas souvent chez elle.

À un kilomètre, à San Jorge, j'ai rencontré Isabel Verdesoto, une accoucheuse métisse, qui m'a accordé trois entrevues afin de compléter l'entretien. Dans ce cadre, les entretiens sont devenus des espaces où Isabel « partageait » ses connaissances, pendant que nous faisons des tâches ensemble telles qu'égrener le maïs.



Photo 6 : Isabel Verdesoto, accoucheuse traditionnelle.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : San Jorge, Pastaza 28/06/2013

Isabel est une femme très respectée dans son village. Les enfants qu'elle a aidés à naître l'appellent souvent « *Mama Chavi* ». Des docteurs du sous-centre de santé de San Jorge lui ont proposé de venir les aider, mais d'autres responsabilités l'ont forcée à refuser cette proposition.



Photo 7 : Panneau du Sous-centre de santé à San Jorge.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : San Jorge, Pastaza 08/2013

Au kilomètre 51, au village Capricho, j'ai rencontré Esperanza Padilla, une des accoucheuses les plus âgées. Elle ne parlait pas espagnol mais *kichwa*. Son fils, puis sa fille furent mes interprètes, ce qui a été un problème car souvent je devais reformuler des questions autrement parce que son fils avait décidé que c'était à lui de répondre. Il omettait de poser la question et il répondait à la place de sa mère. Il m'a fallu arrêter l'entretien pour lui expliquer cordialement que l'important pour l'étude était d'avoir les réponses de sa mère.

Finalement, j'ai eu un entretien hors de Pastaza. En dehors de la province de Pastaza, j'ai rencontré des accoucheuses qui vivent près d'un fleuve et étaient moins en contact avec la culture métisse. Je voulais savoir si cette distance géographique avait un effet sur certaines de leurs pratiques et représentations. Je suis allée dans la Province de Napo, près du Fleuve Misahualli.

L'entretien a été fait avec Maria Chimbo. Nous nous sommes assises dans une petite place publique où il y avait beaucoup de touristes et aussi des gens du village (la communauté s'appelle Unión Muyuna) qui sont venus écouter l'entretien et qui participaient occasionnellement aussi.



Photo 8 : María Chimbo, accoucheuse traditionnelle *kichwa* de l'Amazonie, entre le port du fleuve Misahualli et le place du quartier.

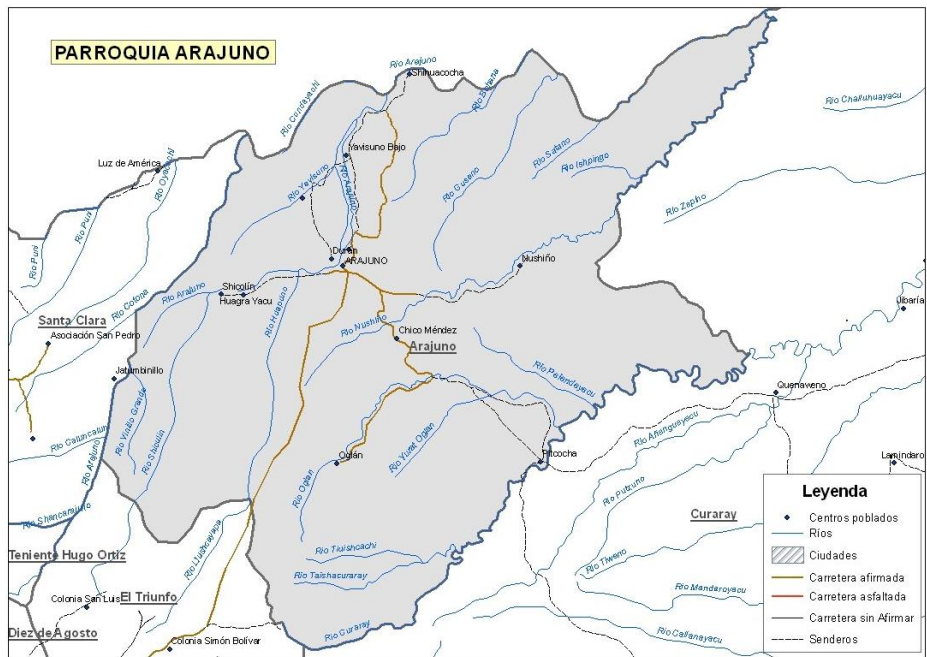
Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Communauté Unión Muyuna, Napo 29/06/2013

Cette partie du terrain était relativement proche de ma résidence provisoire ce qui me permettait de faire plusieurs allers/retours et même d'avoir plusieurs entretiens avec les mêmes accoucheuses et avec l'accoucheur afin de compléter ces entretiens.

Dans la culture *kichwa*, les personnes âgées, « *los abuelos* », sont considérées comme des personnes sages qui méritent beaucoup de respect. Xavier semble avoir une certaine reconnaissance au sein de l'organisation *kichwa* de l'agglomération, il semble être un référent. Lui et sa femme sont d'ailleurs les deux seuls accoucheurs *kichwa* de cette région qui ont une maison en béton donnée par l'état équatorien, or chez les *kichwas* ce genre de décision est une décision collective et votée par le groupe entier.

1.1.4. Arajuno, le règne du traditionnel ?

Arajuno, paroisse née en 1912, est à 58 km de Puyo et a une voie d'accès autre que celle de Santa Clara. Le trajet en bus est d'environ deux heures, deux heures et demie à partir de Puyo. Le *cantón* Arajuno s'étend sur 9789 Km² à une altitude de 537 m. Il se compose de deux paroisses : Arajuno qui est urbaine et Curaray, rurale. La paroisse civile de Arajuno comprend l'agglomération de Arajuno et les villages de Durán, Pitacocha, Liquino, Yavisuno Bajo, Yavisuno Alto, Chico Méndez, Shiculín, Jatunvinillo, Nushino, Huagracyacu, Shiguacocho, Ilukyaku, entre autres (Préfecture de Pastaza³² n/d).



Mapa de la Parroquia Arajuno

CLOSE X

Carte 8. Parroquia d'Arájuno.

Source : Pages web de la Préfecture de Pastaza, Arajuno. 2014³³.

³² <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/santa-clara>

³³ Préfecture d'Arájuno. Voir : <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/arajuno>, (consulté en juin 2014).

D'après le recensement de 2010, sa population s'élève à 6.491 habitants. Le site de la Préfecture indique la présence de métis, indigènes *kichwas*, *shuars* et *Huaoranis*. Jadis le transport était difficile, mais en 2000 une voie d'accès qui connecte Puyo à Arajuno fut inaugurée.

En habitant à Fatima, il me fallait aller jusqu'à Puyo pour prendre un autre bus pour Arajuno, tâche qui pouvait prendre entre trois et quatre heures. Pour cette raison, à chaque voyage à Arajuno j'ai fait des séjours d'une semaine ou deux.

Lors de mon arrivée dans cette agglomération, je suis allée au sous-centre de santé et j'ai discuté avec le personnel. Le rôle du Système de Santé officiel est important dans les dynamiques de santé à Arajuno, il y a des ponts qui commencent à se tisser pour maintenir un dialogue entre les savoirs traditionnels et biomédicaux. La sage-femme et les deux TAPS ont participé à cette recherche. Afin de comprendre les dynamiques d'Arajuno et du sous-centre de santé, j'ai eu des discussions informelles avec les infirmières, les deux médecins généralistes et les odontologues, ainsi qu'avec la directrice et le personnel administratif. Ce sous-centre de Santé de premier niveau compte :

- 2 odontologues
- 2 infirmières, dont une était la directrice provisoire
- 2 sages-femmes
- 2 médecins généralistes
- Certaines auxiliaires d'infirmières
- 2 TAPS (techniciens d'attention primaire de Santé)

- Quelques fonctionnaires administratifs, surtout dans les archives et la statistique
- Un conducteur de l'ambulance ou camionnette en cas d'urgence

Le dentiste m'a informée que la Direction Provinciale du Puyo développait une stratégie de santé mettant les accoucheuses traditionnelles en relation avec le système officiel de santé, cela pour qu'elles envoient à l'hôpital les accouchements qu'elles ne peuvent pas prendre en charge. Il m'a aussi donné les contacts et adresses et parfois les numéros de portables de certaines accoucheuses. Ce sous-centre de santé fût un important soutien pour cette recherche : d'un côté, la direction et le personnel soignant m'ont parfois accueillie, ils m'ont fourni l'information nécessaire et pertinente sur les dossiers médicaux des femmes enceintes et ils m'ont permis l'accès au sous-centre pour assister à l'accouchement observé. À la fin de mon dernier séjour à Arajuno, la directrice de ce sous-centre m'a demandé un rapport sur mes observations et suggestions (cf. annexe 4).



Photo 9 : Agglomération d'Arajuno, rue transversale à l'autoroute.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013



Photo 10 : Sous-centre de Santé d’Arajuno, agglomération d’Arajuno.

Source : Maria Fernanda Acosta. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 07/2013

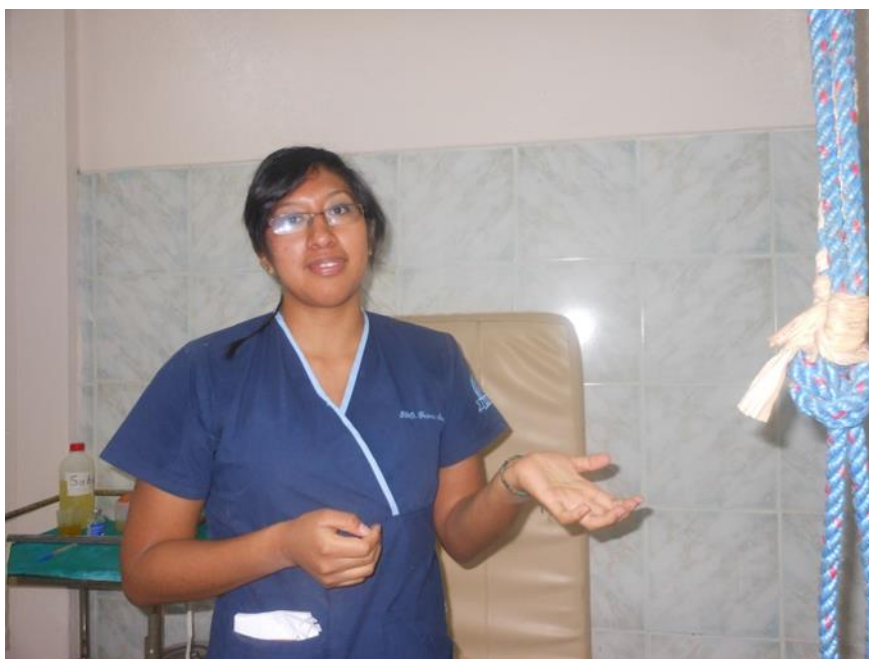


Photo 11 : Fatima Belén Arequipa, une des deux sages-femmes du sous-centre de Santé Arajuno, agglomération d’Arajuno.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Après un parcours en moto d’une vingtaine de minutes depuis Arajuno avec le petit-fils de Juana Violeta Andy, je suis arrivée chez cette accoucheuse dans une propriété à l’extérieur de l’agglomération. Violeta est la représentante des accoucheuses de la zone. Elle aide au travail

de coordination avec le Ministère de Santé. Elle appartient aussi à un mouvement *kichwa*, ACIA, l'Association de Communautés Indigènes d'Arajuno. Lors de l'entretien, elle a commencé par faire une introduction en *kichwa*, puis elle a permis que je lui pose les questions en espagnol.



Photo 12 : Pablo Shiguango, mari de Violeta Andi ; Liseth Shiguango, leur fille adoptive ; Juana Violeta Andi Lopez, dans leur salon. Mario Garcés, accoucheur traditionnel et shaman, dans le salon chez lui

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : «Nación Alta», Arajuno, Pastaza 01/07/2013

Carte 9. Emplacement des maisons des accoucheuses et du centre de santé dans l'agglomération d'Arajuno. Source : Plan élaboré collectivement lors d'un atelier organisé par le sous-centre de Santé de Arajuno et repérage manuel (María Fernanda Acosta A.), juin 2014.



CUADRO N° 2.3.5 Parteras (os)

Número	Nombre de la partera	Casos atendidos en el 2011
1	Antonia Chimbo	1
2	Carmela Andy	1
3	Virginia Andy	3
4	Teresa Tanguila	4
5	Gladys Grefa	4
6	Pablo Tapuy	3
7	Bernica Alvarado	2
8	Cecilia Grefa	30
9	Graciela Grefa	2
10	Rosa Grefa	2
11	Elena Grefa	2
12	Estela Grefa	1
13	Luisa Pauchi	1
14	María Cerda	1
15	Salvina Avilés	1
	TOTAL	58

FUENTE: SALUD INTERCULTURAL-DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PASTAZA, 2011.
ELABORACIÓN: CIELCONS 2011

Tableau 4 : Nombre d'accouchements par accoucheuse³⁴.

Source : Plan de développement et aménagement du territoire d'Arajuno. 2011. (Gobierno autónomo descentralizado municipal del cantón Arajuno 2011) données du Département de santé interculturelle de la Direction Provinciale de santé de Pastaza.

La plupart des accoucheuses qui ont participé aux entretiens possèdent leurs maisons dans cette agglomération, à Arajuno où elles résident surtout pendant le week-end et, en même temps, elles ont leurs *fincas*³⁵, leurs terrains dans les villages, où elles entretiennent des activités

³⁴ Il n'y a pas de périodisation des données, mais j'estime que c'est depuis que les accoucheuses ont des registres pour le Ministère de Santé à partir des réformes faites en 2008.

³⁵ Propriété souvent agricole d'extension considérable, située dans une région considérée comme étant hors de la ville.

d'agriculture et d'élevage pendant la semaine. C'est pourquoi je devais, pour faire les entretiens, y rester la semaine et surtout le week-end.

Dans la région la population est surtout *kichwa* et il existe une forte organisation sociale. Le système *kichwa* est organisé traditionnellement sous la forme d'une démocratie participative, d'où l'importance des associations. Dans cette région, il y en a quatre : IKIAM qui est une association *shuar* intégrée par 26 familles qui s'intéresse à la promotion du tourisme dans la région ; AMA (Association de résidents – « moradores » - de Arajuno) qui s'occupe surtout des activités agricoles et d'élevage ; Ayllu Pura dont les actions sont dédiées à la commercialisation des produits agricoles de production familiale ; ACIA (Association de Communautés Indigènes d'Arájuno) qui est surtout *kichwa* et comprend 23 communautés. Elle est la plus grande et la plus importante de la région (Gobierno autónomo descentralizado municipal del cantón Arájuno 2011 : 69).



Photo 13 : Bouclier à la porte de l'Association ACIA, agglomération d'Arájuno.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arájuno, Pastaza 08/2013



Photo 14 : Association ACIA, agglomération d’Arajuno.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

La deuxième accoucheuse que j’ai contactée à Arajuno est Gladys Grefa. J’ai réalisé plusieurs entretiens avec elle et j’ai été présente lors du suivi qu’elle a fait des derniers jours de grossesse de Marcela Andy, dont je parlerai ultérieurement.



Photo 15 : Gladys Grefa, agglomération d’Arajuno.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Une autre accoucheuse dont le rôle a été très central pour cette recherche est Antonia Jacinta Chimbo. Elle m'a accordé plusieurs entretiens, pendant lesquels une femme est arrivée pour « *hacerse acomodar* » (pratique manuelle sur le ventre de la femme afin de remettre le nouveau-né dans la position correcte pour qu'il puisse naître, aussi appelée « *version par manœuvre externe* »), pratique à laquelle j'ai assisté et j'ai pu être présente aussi lorsqu'elle accompagna une femme pour accoucher dans le sous-centre de santé.

Alors que je me dirigeais de la *fiança* à Arajuno, avec Marcela et Luis, j'ai rencontré Max Andy, un des deux accoucheurs d'Iut Yak. Après lui avoir expliqué le but de ma recherche, il accepta un entretien. C'est un des plus jeunes accoucheurs avec qui j'ai travaillé, il avait suivi huit accouchements seulement, ce qui est peu en comparaison des 99 accouchements des Gladys Grefa et de l'expérience des autres femmes.

J'ai tenté plusieurs fois de rencontrer Cecilia Grefa, l'accoucheuse la plus reconnue d'Arajuno, mais elle était souvent dans sa deuxième résidence à Noshino Ushpingo. Cependant, j'ai eu des entretiens avec ses deux sœurs, Graciela et Estela Grefa, qui ont ratifié les témoignages des autres accoucheuses *kichwas* d'Arajuno.



Photo 16 : Estela Grefa, avec sa fille, montrant la position agenouillée et accroupie des femmes pour accoucher et les pratiques des accoucheuses au dos de la femme. Entretien chez elle, à Arajuno.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 09/2013



Photo 17 : Graciela Grefa, chez elle, à Arajuno.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 09/2013



Photo 18 : Max Andy à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Pendant mes séjours à Arajuno, j'ai consacré une grande partie du temps à suivre des femmes enceintes à terme. Leur repérage fût facile car le sous-centre de santé a un registre des suivis d'accouchement. Ils avaient identifié deux femmes : Jackeline Tanguila (« au quartier Moretán, à côté de l'ACIA (l'association) ») ; elle avait 18 ans, ce qui faisait de son enfancement un accouchement à risque ; et Odila Marcela Andy, une femme de 24 ans, qui allait accoucher de son deuxième enfant. Son mari, Luis Tipay Grefa surnommé « *don Luchito* », s'est montré très à l'écoute de mon projet de thèse et a accepté de me laisser suivre l'accouchement de son enfant.



Photo 19 : Luis Tapuy Grefa, à la maison de la finca, buvant de la chicha après le trajet, Parroisse de Arajuno, Pastaza

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013



Photo 20: Marcela Andy, dans la cuisine, côté cuisinière, à la maison de la finca, Parroisse de Arajuno, Pastaza.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013



Photo 21 : Côté du feu, dans la cuisine, à la maison de la finca, Parroisse de Arajuno, Pastaza.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Finalement, j'ai eu l'occasion d'assister à un « accouchement mixte ». La parturiente voulait se faire accoucher par l'accoucheuse au sous-centre de santé au cas où une urgence se présenterait. Elle était accompagnée d'une accoucheuse, Antonia Chimbo, et de sa famille : son mari, sa mère, sa sœur, son fils aîné. La prise en charge de l'accouchement a été mixte (système traditionnel et système officiel de santé). Cela sera décrit plus en détail *infra*.



Photo 22 : Tania Amán, auxiliaire d’infirmière, prend la tension à « Zulema », parturiente.

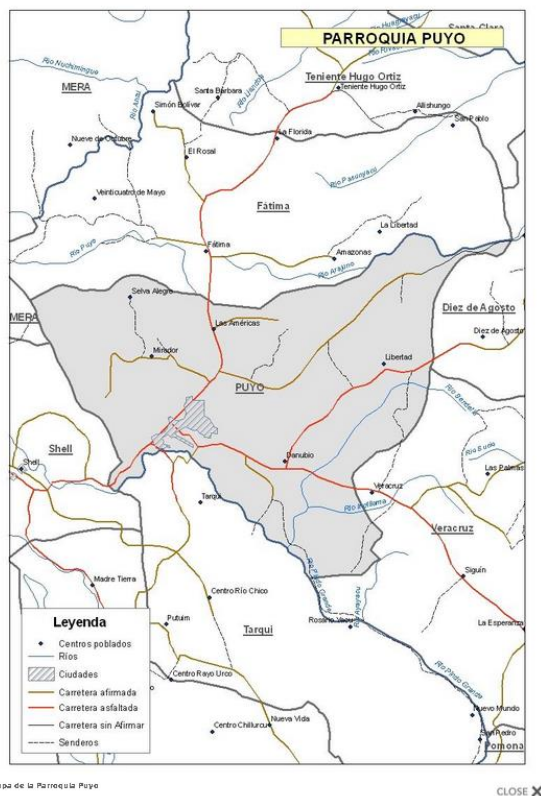
Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Sous-centre de santé de Arajuno, Arajuno, Pastaza 16/08/2013

Arajuno fût effectivement mon terrain le plus riche et le plus intense en Équateur. Dans cette localité, j’ai pu faire des entretiens et observer directement les pratiques d’accouchement et de don du colostrum. À Arajuno, les associations indigènes ont une place essentielle et la santé traditionnelle est soutenue et valorisée par le système officiel de santé qui est à l’origine de la publication sur l’utilisation des plantes traditionnelles (ce point sera analysé en détail ultérieurement).

Les accoucheuses traditionnelles pratiquent et transmettent les savoir-faire des *abuelos*, des aïeux. Elles jouent par conséquent un rôle vital dans la survie de ces traditions. Elles exercent gratuitement leurs pratiques, considérées comme une entraide dans les dynamiques d’Arajuno. Elles comptent sur le respect et la reconnaissance de la communauté.

1.1.5. Puyo, le foyer d'un carrefour

Là où à l'heure actuelle est située la ville de Puyo existait un peuple appelé *Pinduyacu*. En 1889, le religieux Pedro Guerrero y Sosa, de l'ordre des dominicains, envahît ces terres afin de christianiser les indigènes. Dix ans plus tard, le religieux Álvaro Valladares soutenu par un groupe d'indigènes de la zone de Canelos a fondé le village de Puyo (Préfecture de Pastaza³⁶).



Carte 10. Parroquia de Puyo.

Source : Pages web de la Préfecture de Pastaza, Puyo. 2014³⁷.

Quelques colons vinrent s'installer à partir de 1904. On ne peut parler d'une vague migratoire, mais d'une migration spécifique de quelques familles. En 1914, la première école a été fondée. L'année 1935, sous le président Velasco Ibarra, voit un effort institutionnel pour

³⁶ Page de la Préfecture de Pastaza. 2014. Voir : <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/puyo> (consulté en juillet 2014).

³⁷ Préfecture de Pastaza. Voir : <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/puyo>, (consulté en juillet 2014).

coloniser ces terres. Le président envoie des militaires s’y installer, pour qu’ils défendent le territoire équatorien en cas d’une invasion par le Pérou. Ce même président douze ans plus tard inaugure l’autoroute Baños-Puyo. En 1959, lorsque la province de Pastaza fût créée, Puyo devint sa capitale (Ibid.).

Puyo s’étale sur 104 km², la température oscille entre 17 et 24 degrés centigrades et la ville est traversée par les fleuves et rivières *Puyo, Pindo Chico, Pambay* et *Sandalias*. Elle se compose de 19 quartiers³⁸ et a 24.432 habitants (d’après les données du recensement 2001)³⁹. La configuration de la population est diverse. Il y a des métis et des indigènes de plusieurs nationalités⁴⁰. Cependant, la majorité des habitants sont métis, contrairement aux territoires ruraux où les indigènes sont significativement plus nombreux.

Código	Nombre de la Parroquia	Indígena	Afroecuatoriano/a Afrodescendiente	Negro/a	Mulato/a	Montubio/a	Mestizo/a	Blanco/a	Otro/a
160150	PUYO	4,618	368	70	320	149	26,628	1,331	73
160152	CANELOS	0	0	0	0	0	0	0	0
160154	DIEZ DE AGOSTO	0	0	0	0	0	0	0	0
160155	FATIMA	0	0	0	0	0	0	0	0
160156	MONTALVO (ANDOAS)	0	0	0	0	0	0	0	0
160157	POMONA	0	0	0	0	0	0	0	0
160158	RIO CORRIENTES	0	0	0	0	0	0	0	0
160159	RIO TIGRE	0	0	0	0	0	0	0	0
160161	SARAYACU	0	0	0	0	0	0	0	0
160162	SIMON BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0
160163	TARQUI	0	0	0	0	0	0	0	0
160164	TENIENTE HUGO ORTIZ	0	0	0	0	0	0	0	0
160165	VERACRUZ (INDILLAMA)	0	0	0	0	0	0	0	0
160166	EL TRIUNFO	0	0	0	0	0	0	0	0
160250	MERA	69	20	1	0	6	625	45	2
160251	MADRE TIERRA	0	0	0	0	0	0	0	0
160252	SHELL	0	0	0	0	0	0	0	0
160350	SANTA CLARA	519	12	1	7	2	738	33	0
160351	SAN JOSE	0	0	0	0	0	0	0	0
160450	ARAJUNO	1,102	2	0	1	2	177	6	0
160451	CURARAY	0	0	0	0	0	0	0	0

Procesado con Redatam+SP
 CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA 2010
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS - INEC, ECUADOR

Tableau 5 : Distribution ethnique des paroisses en Pastaza.

Source : Recensement 2010, INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)⁴¹.

³⁸ Quartiers du Puyo : Obrero, Pambay, Vicentino, Cumandá, Intipungo, Miraflores, El Dorado, Las Palmas, El Recreo, Santo Domingo, La Merced, La Unión, Mariscal, Central 12 de Mayo. Amazonas, Libertad, Nuevos Horizontes, México y Las Américas.

³⁹ Préfecture de Pastaza. Voir : <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/puyo>, (consulté en juillet 2014).

⁴⁰ L’Équateur reconnaît les nationalités de certains groupes, sans leur enlever le statut d’équatorien, c’est une identité construite dans les frontières nationales pour des revendications des droits culturels.

⁴¹ INEC. n/d. Voir :

<http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>, (consulté en juillet 2014).

D'après le tableau ci-dessus (données du recensement 2010) à Puyo, les métis constituaient 79% de la population contre 14% d'indigènes, tandis qu'à Arajuno les indigènes représentent 56% de la population et les métis 40%. Parmi les métis, cette population est constituée des migrants des différentes régions de l'Équateur, notamment du Sud de la région des montagnes, tel que Loja. Au marché de Puyo il y a une vierge *del Cisne*, une icône emblématique de la région de Loja. Cet esprit religieux est important pour comprendre le lien entre la foi religieuse et la culture de la naissance. Il sera détaillé dans le chapitre « Tu enfanteras dans la douleur », d'après les termes mêmes de la Bible qui a influencé largement la culture de la naissance.

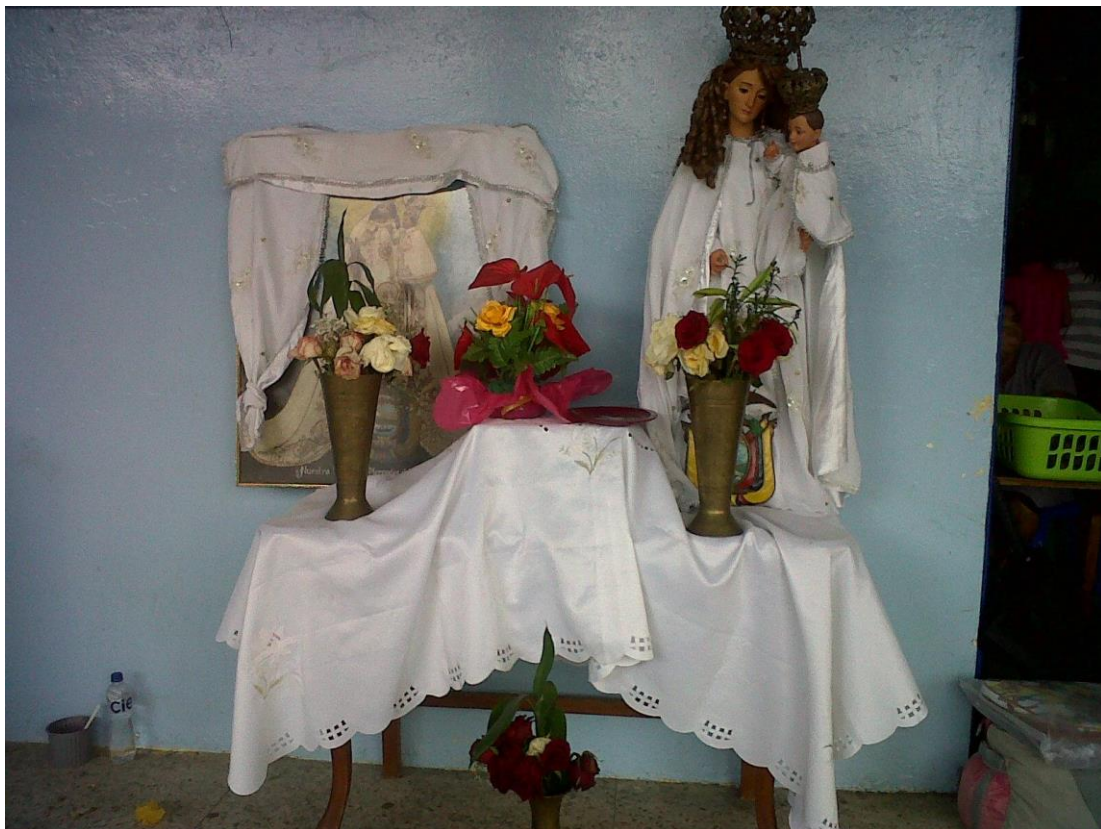


Photo 23 : La Vierge del Cisne, à Puyo

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Marché de Puyo, Pastaza 08/2013

Les accoucheuses et accoucheurs répondent aussi à une certaine diversité : j'ai rencontré deux accoucheuses métisses, un accoucheur indigène et le fils d'une accoucheuse indigène. Mario est un shaman et accoucheur *kichwa* de l'Amazonie, originaire de la communauté Victoria, dans la frontière Équateur-Pérou (près du fleuve Curaray). Il entretient de nombreux contacts avec le système culturel officiel. Il est d'ailleurs reconnu institutionnellement comme agent ancestral de santé et il a participé à des congrès internationaux, représentant les *shamans* équatoriens.

Mario réside à Puyo. Ses soins d'accoucheur sont demandés par des femmes *kichwas* qui vivent à Puyo et qui ne veulent pas passer par le système officiel de santé à l'hôpital de Puyo.



Photo 24 : Mario Garcés et sa femme Florentina Cuji, dans le salon chez eux

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Puyo, Pastaza 03/07/2013

J'ai eu également un entretien à Puyo avec un représentant d'une communauté et fils d'une accoucheuse, Néstor Noteno, membre de la Communauté de Jatun Vinillo, *cantón* d'Arajuno.

Souvent sur les marchés, les personnes — généralement des femmes — qui vendent des plantes et des herbes médicinales sont initiées à la médecine traditionnelle et donnent des conseils sur l'emploi des plantes. Sur le marché de Puyo, les vendeuses n'étaient pas accoucheuses, mais elles m'ont donné le contact d'une accoucheuse, Nancy Espín, mère d'une femme qui travaillait au marché.

La famille de Nancy Espín élève des vaches dont elle vend le lait et le fromage au marché. Cette activité est la base des ressources familiales. Sa mère, María Virginia Vizcano commercialisait aussi le lait et était accoucheuse en même temps.

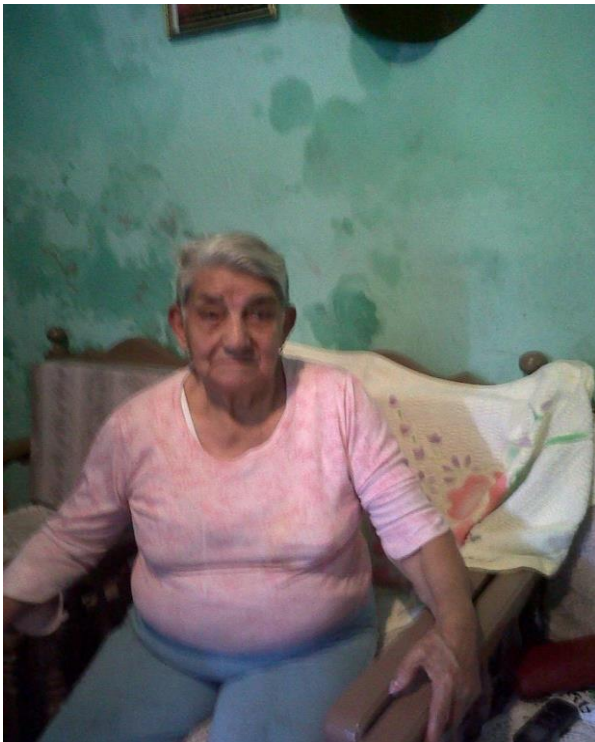


Photo 25 : María Virginia Vizcaino, chez elle.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Puyo, Pastaza 09/2013



Photo 26 : Nancy Espín et son père, chez l'accoucheuse

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Puyo, Pastaza 09/2013

María Virginia Vizcaíno est métisse et ses pratiques thérapeutiques diffèrent des pratiques *kichwas*. Elle a migré de Latacunga, une ville de la région centrale des montagnes. À Puyo, elle a pris en charge une soixantaine d'accouchements de femmes métisses, car elle affirme ne pas parler *kichwa*. Sa langue de communication avec les parturientes est l'espagnol.

Même si à Puyo il fût difficile de trouver des accoucheuses, plusieurs personnes m'ont parlé d'une accoucheuse expérimentée, vers la gare routière des bus. Il s'agit de Beatriz Paredes. Cette accoucheuse est l'informatrice dont les pratiques ressemblent le plus aux techniques du système officiel de santé, ce qui n'est pas étonnant car elle a acquis ses connaissances à l'hôpital du Puyo. Alors qu'elle était elle-même patiente, un médecin, le docteur Fuller, l'appela pour qu'elle l'aide avec une parturiente et il décida de lui apprendre la prise en charge de l'accouchement.



Photo 27 : Beatriz Paredes et sa nièce, chez l'accoucheuse

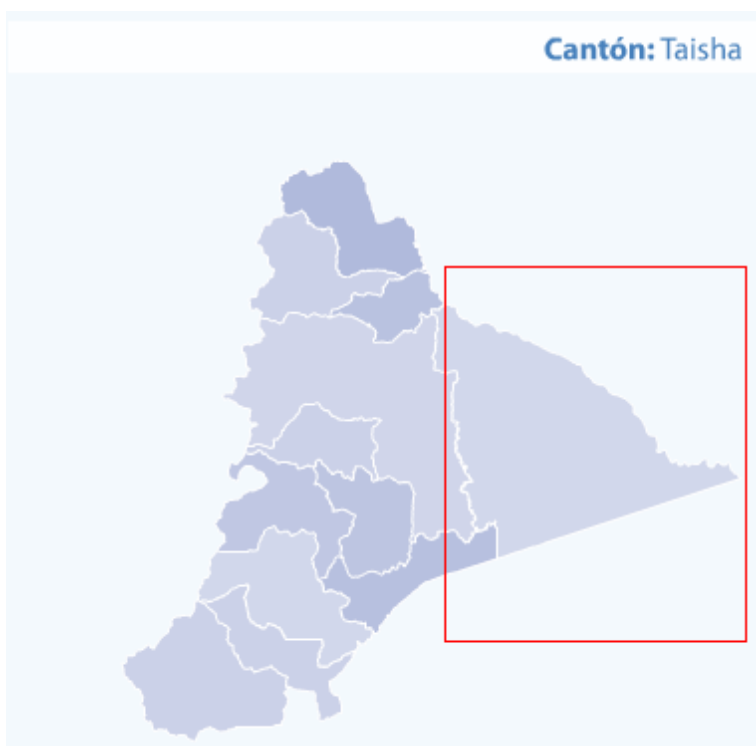
Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Puyo, Pastaza 09/2013

Puyo, la ville, a des caractéristiques très contrastées par rapport aux centres moins peuplés. Deux des trois informateurs sont métisses et ont des pratiques et des représentations de la médecine différentes. Le système de santé institutionnel est primordial dans les dynamiques quotidiennes de la plupart des habitants et les accoucheuses n'ont pas le rôle essentiel qu'elles ont dans les autres cas. En général, pour les parturientes, trouver une accoucheuse à Puyo est plus compliqué que dans les autres villes et villages.

J'ai voulu comparer un terrain différent des contextes déjà étudiés. J'ai choisi Taisha, assez éloignée et d'accès difficile (soit par voie aérienne, soit par quelques heures de voie fluviale et terrestre) afin d'observer les pratiques relatives à l'accouchement et au colostrum. Sa population est *shuar* et *achuar*.

1.1.6. Taisha, la terre du contraste

Taisha devient un *cantón* en 1996, appartenant à la province de Morona Santiago, en Amazonie. Il est composé de cinq paroisses, quatre rurales - Macuma, Huasaga, Pumpuentsa et Tuutinenta - et une urbaine, Taisha, où est placée sa *cabecera cantonal*, concentration démographique la plus importante du *cantón*, une sorte de capitale (Gobierno Municipal del cantón Taisha).



Carte 11. *Cantón* de Taisha, dans la province amazonienne de Morona Santiago

Source : Pages web de l'INEC (n/d)⁴².

⁴² INEC. n/d. Voir : <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>, (consulté en juillet 2014).

Autoidentificación según su cultura y costumbres	Casos	%	Acumulado %
Indígena	5,249	88.23	88.23
Afroecuatoriano/a Afrodescendiente	8	0.13	88.37
Montubio/a	7	0.12	88.49
Mestizo/a	641	10.77	99.26
Blanco/a	43	0.72	99.98
Otro/a	1	0.02	100.00
Total	5,949	100.00	100.00

Tableau 6 : Distribution de la population par auto-identification ethnique au Cantón de Taisha, dans la province amazonienne de Morona Santiago.

Source : Pages web de l'INEC⁴³.

D'après le dernier recensement de 2010, la population totale du *cantón* est de 5.949 habitants avec une forte majorité d'indigènes (88,23%) face à 10,77% des métis (et 1% d'autres minorités ethniques *shuar* et *achuar*). Je n'ai pas trouvé d'information spécifique sur la composition de cette population indigène à Taisha. Les données de la Province reflètent le contexte local du *cantón*. À Morona Santiago, les *Shuars* constituent plus de 90% de la population totale, suivis par les *Achuars* (moins de 2%) et les *Kichwas* (0,7%).

⁴³ INEC. n/d. Voir : <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/sistema-integrado-de-consultas-redatam/> (consulté en juillet 2014)

Cuadro 6

POBLACIÓN INDÍGENA DEL ECUADOR, POR NACIONALIDAD Y PROVINCIAS																
Provincia	Achuar	Awa	Cofan	Chachi	Epera	Huorani	Secoya	Shuar	Siona	Tsa'chila	Zapara	Shiwar	Quichua	Otros Pueblos Indígenas	Ignorado	Total
Azuay	9	3	5	5	-	1	1	62	4	2	1	5	7.060	13.396	179	20.733
Bolívar	3	10	-	3	-	1	-	8	1	5	4	1	17.230	22.777	51	40.094
Cañar	6	2	14	5	-	-	-	5	1	2	1	4	23.660	9.907	169	33.776
Carchi	6	1.787	1	1	2	1	-	10	1	-	-	-	335	1.880	239	4.263
Cotopaxi	4	6	3	16	-	-	2	6	-	-	1	3	45.879	38.165	31	84.116
Chimborazo	5	2	7	8	1	2	-	22	1	2	4	9	116.205	37.056	41	153.365
El Oro	24	9	12	5	2	-	-	22	3	1	2	1	478	4.254	692	5.505
Esmeraldas	16	931	34	5.237	17	-	1	25	3	2	1	1	144	3.582	549	10.543
Guayas	23	45	105	5	10	20	23	60	7	10	4	13	3.326	34.120	4.606	42.377
Imbabura	41	344	7	34	-	4	5	17	2	5	2	10	55.220	26.167	5.128	86.986
Loja	14	-	4	-	-	-	1	19	-	-	-	-	6.738	5.529	72	12.377
Los Ríos	2	20	11	1	2	4	1	9	4	-	1	3	141	4.764	555	5.518
Manabí	1	3	74	-	1	-	-	2	-	1	1	1	111	5.580	673	6.448
Morona S.	907	6	1	13	-	16	2	43.360	-	2	-	-	332	2.769	87	47.495
Napo	5	37	5	5	8	121	8	46	2	12	2	3	33.377	8.934	891	43.456
Pastaza	1.241	4	8	6	1	1.136	3	3.193	2	1	302	550	12.072	4.323	2	22.844
Pichincha	62	40	68	102	11	21	32	282	10	1.426	7	5	22.125	62.951	8.236	95.380
Tungurahua	4	5	2	3	1	5	9	22	1	5	-	-	34.003	30.407	241	64.708
Zamora Ch.	3	-	2	-	-	-	-	3.400	-	-	1	-	3.140	2.765	37	9.348
Galápagos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	372	322	44	739
Sucumbios	15	10	661	8	3	3	151	1.076	255	3	2	3	6.722	4.351	213	13.476
Orellana	12	15	12	8	6	199	1	1.051	5	5	10	-	19.698	4.395	832	26.249
Zona del	1	4	8	-	-	-	-	-	1	-	-	-	27	562	19	622
Total	2.404	3.283	1.044	5.465	65	1.534	240	52.697	304	1.484	346	612	408.395	328.956	23.589	830.418

Fuente: Elaboración propia a partir de los tabulados especiales censo 2001.

Tableau 7 : Distribution de la population indigène en Équateur par provinces.

Source : Chisaguano 2006 : 33.

Le déplacement à Taisha a supposé plusieurs négociations avec des autorités, puisque l'accès se fait dans des petits avions, soit dans des compagnies privées, soit au sein des Forces Armées de l'état équatorien (FF. AA.). Le voyage avec une compagnie privée était plus cher et surtout il fallait quelques semaines d'attente pour avoir une place sur un vol. Voyager avec les Forces Armées n'a pas été facile non plus car il m'a fallu justifier le voyage auprès de l'autorité la plus importante de la base militaire, puis attendre une place dans un vol trois jours de suite à six heures du matin.

L'avion, d'une capacité de quatre personnes (le pilote et trois passagers), a parcouru les 168 kms entre la base militaire et Taisha, à la frontière Équateur-Pérou.



Photo 28 : Photo aérienne du parcours de la base militaire Shell à Taisha, paysage de l'Amazonie avec certains espaces habités

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Morona Santiago 09/2013



Photo 29 : Panneau du centre de santé de la base militaire, à Taisha

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Base des FF. AA. à Taisha, Morona Santiago 09/2013

À la base militaire de Taisha, il y a un centre de santé consacré aux militaires, mais ouvert aux consultations civiles. La base dynamise la vie de cette agglomération. Taisha compte aussi un hôpital où sont centralisées les urgences. Cette *cabecera cantonal*⁴⁴ ayant peu d'habitants, je pensais trouver facilement des accoucheuses. Je me suis trompée : à Taisha, « urbain », la population qui est *shuar*, accouche surtout à l'hôpital et il n'y a qu'une seule accoucheuse, métisse, dans cette agglomération.

Une fois sortie de la base militaire, j'ai cherché des alternatives pour retourner à Puyo, mais il fallait réserver à l'avance. J'étais dans une agence aérienne, lorsque j'ai rencontré la fille d'un accoucheur dans un village *achuar*. Leticia Mashinkash est TAPS et donc son rôle est de faire un pont entre le système ancestral et le système officiel de santé. Elle a accepté un entretien.



Photo : Leticia Mashinkash, TAPS 1

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Taisha, Morona Santiago 09/2013

⁴⁴ Capital du *cantón*.

Les accoucheuses ne résidant pas à Taisha, j'ai choisi une communauté assez reculée, Nunkuy Nunkay, à près de trois heures de route depuis Taisha. Cette communauté *shuar* a deux voies d'accès, par voie terrestre à partir de Taisha, ou en pirogue sur le fleuve Macuma depuis Puerto Macas, à Macas la capitale de la province de Morona Santiago.

Le jour où je suis arrivée, il y avait une grande kermesse du village à laquelle les habitants m'ont invitée. Cette fête représentait en même temps un avantage et un désavantage pour ma recherche : chercher les informateurs était aisé car les femmes étaient toutes présentes à la fête, mais toutes n'étaient pas disposées à prendre le temps d'un entretien. Cependant, j'ai pu interviewer trois membres de la communauté : Rita Chimquim, une femme de 26 ans, mère de trois enfants et le couple de Maria Pias et Silvio Guasún. J'ai pu également confirmer quelques informations avec les assistants de la fête.



Photo 31 : Fleuve Macuma

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Nunkuy Nunkay, Taisha, Morona Santiago 09/2013



Photo 32 : Kermesse à Nunkuy Nunkay

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Nunkuy Nunkay, Taisha, Morona Santiago 09/2013



Photo 33 : Rita Chimquim, Nunkuy Nunkay, Taisha

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Nunkuy Nunkay, Taisha, Morona Santiago 09/2013



Photo : 1Maria Pias et Silvio Guasún

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Nunkuy Nunkay, Taisha, Morona Santiago 09/2013

En revenant à Taisha, mon objectif était de trouver l'accoucheuse métisse Claudia Jaramillo qui travaille pendant la journée dans la restauration à l'hôpital de Taisha. Je suis allée chez elle un soir. Cette femme est originaire de Macas et a un discours religieux très affirmé. Dans ses représentations du corps et des paradigmes de santé, elle reprend souvent l'idée du chaud et du froid et l'importance de donner des infusions chaudes pour que la femme ne s'expose pas au froid pendant l'accouchement et le postpartum.



Photo 35 : Claudia Jaramillo, chez elle, à Taisha

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Taisha, Morona Santiago 09/2013

Le travail de recherche à Taisha m'a permis de découvrir un autre volet des accoucheuses. Dans les populations visitées j'ai rencontré deux sortes d'accoucheuses : soit celle qui a reçu une influence importante du système biomédical, soit la figure de l'accoucheuse qui n'existe pas. Dans ce dernier cas, aucune femme précise n'a ce rôle, des membres de la famille comme le mari, la mère ou la belle-mère assistent l'accouchement, mais ils ne sont pas reconnus en tant qu'accoucheurs/accoucheuses. Cela signifie que les connaissances traditionnelles de la prise en charge de l'accouchement sont très répandues au sein de la population et que de nombreuses personnes – homme ou femme – peuvent accompagner un accouchement dans cette population assez éloignée de l'hôpital de Taisha.

Les terrains choisis dans l'Amazonie équatorienne, surtout dans la province de Pastaza, mais aussi dans le cas de Misahualli et de Taisha montrent la grande diversité des pratiques et des représentations des thérapeutiques et des paradigmes de santé. L'éventail va des accoucheuses métisses aux pratiques et conceptions qui font écho au système officiel de santé, à des populations telles que celle de Nunkuy Nunkay où les savoirs ancestraux sont à ce point répandus que les accoucheuses n'existent pas. Entre ces deux extrêmes, il y a les accoucheuses

métisses qui continuent à utiliser des infusions et des plantes médicinales et les accoucheuses indigènes qui sont complètement immergées dans la *cosmovisión kichwa* et ses pratiques ancestrales.

1.1.7. Maisa Yánez, donner la voix au corps

Bien qu'en Équateur je me sois concentrée sur les accoucheuses traditionnelles et leurs liens avec le système biomédical, les entretiens avec des *doulas* et des sages-femmes domiciliaires portugais(es) réveillèrent ma curiosité concernant le contexte équatorien. Le nom de María Isabel Yánez apparaît pour la première fois dans cette recherche dans un article du journal (*El Comercio* 2014) qui présentait le métier des *doulas*. Elle avait créé le Réseau des *Doulas* en Équateur. À l'époque, elle travaillait dans une clinique privée qui pratiquait des « accouchements humanisés » (où la femme adoptait la position qu'elle voulait pour accoucher) dans un cadre médicalisé. Les *doulas* faisaient partie des services qu'ils proposaient. Actuellement, elle ne travaille plus pour la Clínica la Primavera, mais elle a créé, avec deux collègues, une école de *doulas*.

À la fin de 2014, Maria Isabel Yánez et moi nous sommes retrouvées sur un réseau social. Vu nos intérêts partagés, un parcours similaire et des amis communs, le contact a été spontané. Lorsque je lui ai demandé un entretien *via* Skype pour ma thèse, elle s'est montrée très enthousiaste. En rentrant en Équateur en juillet 2016, j'ai travaillé bénévolement en tant que *doula* dans la maternité Luz Elena Arismendi et j'ai eu l'occasion de discuter avec plusieurs d'entre elles.



Photo 36 : María Isabel Yáñez, pendant l'intervention d'un accouchement dans l'eau

Source : Mariaelisa Vizuite. Lieu et date : Quito, 2014

1.2. Portugal

Le Portugal est intéressant comme terrain : différents univers sont confrontés qui vont des accoucheuses traditionnelles (les *curiosas* ou *habildosas*) aux agents de santé (*doulas* ou des sages-femmes domiciliaires) qui revendiquent à l'heure actuelle l'importance de l'accouchement domiciliaire. J'ai rencontré aussi des sages-femmes domiciliaires qui tout en étant formées dans le système officiel de santé, prenaient soin des femmes qui n'allaient pas à l'hôpital pour accoucher (soit par manque d'accès logistique – s'il était trop loin ou si elles n'avaient pas les moyens de transport – soit parce que la pratique n'était pas courante dans leurs entourage). Alors qu'en Équateur j'ai privilégié des séjours et des observations prolongés, la démarche a été différente au Portugal, puisque l'accouchement domiciliaire n'est plus une pratique quotidienne. Pour rendre visible le contraste des différents contextes et discours sur la culture de la naissance, j'ai diversifié mes terrains, plus nombreux au Portugal qu'en Équateur.

1.2.1. Le contexte portugais

Situé dans la péninsule Ibérique, au sud-ouest de l'Europe, le Portugal continental s'étale sur 91 600 km² avec une population de 10 millions d'habitants (recensement de 2011) et une densité démographique de 116 habitants par km² (Drain et Universalis n/d).



Carte 12. Emplacement du Portugal sur la carte politique de l'Europe.

Source : CIA. Central Intelligence Agency (n/d)⁴⁵

Le Portugal connaît une diminution de son taux de natalité (de -7,8% de 2012 à 2013) (Instituto Nacional de Estatística 2015 : 178). C'est un pays contrasté, avec des zones urbaines bien desservies et des zones rurales périphériques. La réalité médicale montre ces décalages. Tandis que dans la région de Lisboa il y a un médecin pour 297 habitants, on en compte un pour 655 habitants à Alentejo et un pour 422 habitants au Nord du pays (voir tableau ci-dessous).

⁴⁵ <http://www.zonu.com/Europa/Politicos.html> (consulté en juillet 2015)

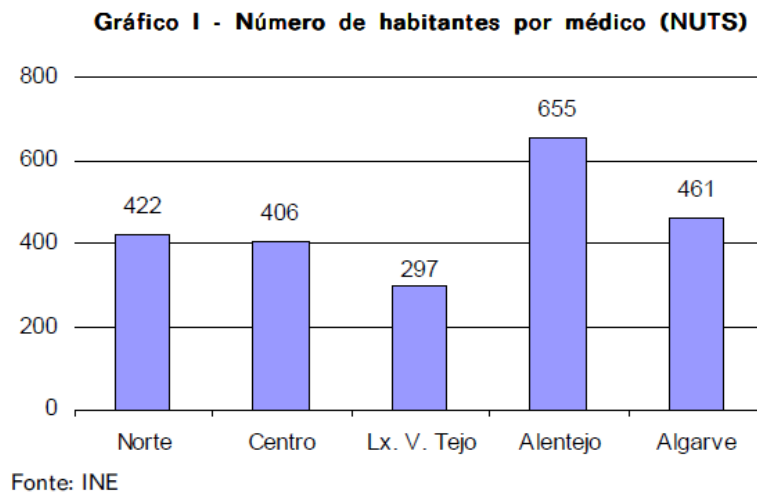
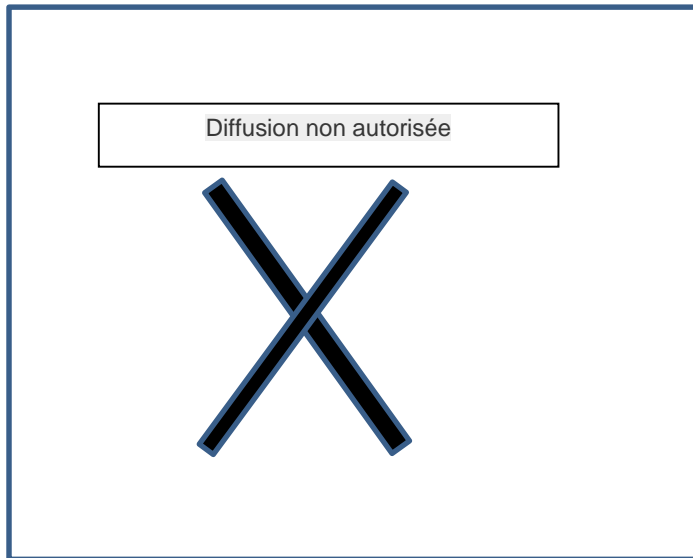


Figure 1 : Numéro d'habitants par médecin et par région du Portugal, données de 1998.

Source : Rodrigues, Direcção Regional do Centro 1999.

Administrativement, en 1979, le Portugal met en place un projet de décentralisation et crée les « régions de coordination » : la région du Nord, du centre, la région de Lisbonne, celle du Alentejo et celle du Algarve (Drain et Universalis n/d). J'ai travaillé dans la région du Nord (20 de mes 37 entretiens), dans la région du Centre (9 entretiens), dans la région de l'Alentejo (4 entretiens) et dans la région de l'Algarve (3 entretiens). J'ai écarté la région de Lisboa, où la culture de l'hôpital est très présente⁴⁶ dans les pratiques de naissance : je n'ai pas trouvé des femmes ayant accouché à domicile.

⁴⁶ Les deux grandes villes Lisboa et Porto ont respectivement 11147 et 5751 des 32127 lits d'hôpitaux du Portugal continental. Les lits de Porto représentent 52,79% des lits de la région du Nord (10895 lits), ce qui montre une concentration des ressources de santé dans ces villes (Instituto Nacional de Estatística 2015 : 25). Les salles d'accouchement ou cabinets de consultation en lien avec la maternité sont concentrées dans les régions où se trouvent ces deux villes : Lisboa dispose de 3070 salles et la région du Nord (dont Porto) 3452 (sur 9117 du Portugal continental), statistiques éloquentes face aux 376 salles en Alentejo et aux 299 salles en Algarve (cf. Annexe 5).



Carte 13. Régions administratives du Portugal.

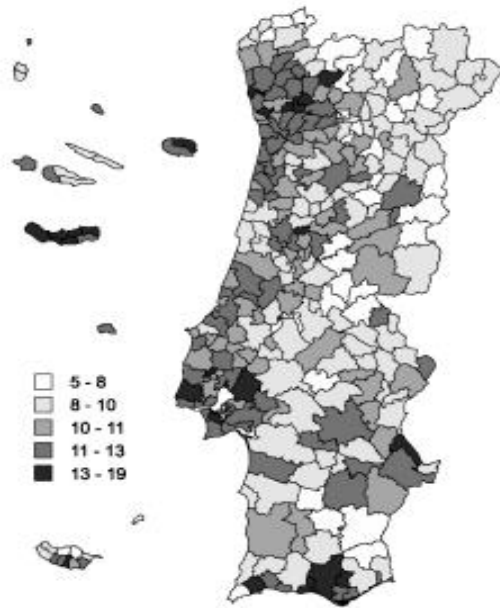
Source : Europe travel (n/d)⁴⁷.

1.2.2. La région du Nord

La région du Nord rassemble 3.689.609 habitants sur 21278 km². Porto est la plus grande ville de la région et la deuxième du pays avec une population de 1.355.095 habitants (pour l'agglomération) d'après l'estimation pour 2010 (Encyclopédie Larousse n/d). « Jusqu'au recensement de 1960, cette région fut le principal foyer d'émigration vers l'outre-mer puis vers l'Europe » (Drain et Universalis n/d).

⁴⁷ : Europe travel (n/d). Voir : <http://goeurope.about.com/od/mapsofportugal/1/bl-portugal-regions-map.htm> (consulté en mai 2015).

MAPA 2
TAXA DE NATALIDADE CORRIGIDA POR CONCELHOS,
NO TRIÉNIO 96/98 (%)



Carte 14 : Taux de natalité par *concelhos*.

Source : Almeida (n/d) ; Direcção Regional do Centro

Toutefois, cette région n'a guère d'unité d'ensemble et les zones intérieures du Trás-os-Montes sont dix fois moins peuplées que le littoral, qui est lui-même en pleine crise. Celle-ci touche surtout les nombreuses industries implantées en milieu rural, notamment les industries textiles qui dominaient. Les célèbres conserveries de sardines de Porto, fermées dans les années 1980, laissèrent des friches industrielles dont l'étendue témoigne de leur ancienne importance. (Drain et Universalis n/d)

Le Portugal est un pays à forte tradition catholique, et le Nord du pays en est profondément marqué. Les façades extérieures des maisons de certains villages de Trás-os-Montes ont des figurines de saints ou de la Vierge. Les fêtes en honneur des patrons des villes sont centrales dans la vie de chaque village.

1.2.2.1. Trás-os-Montes et du Douro, la région de la mémoire...

Pendant mon séjour dans la région de Trás-os-Montes, la région la plus au nord-est du Portugal, j'ai rencontré de nombreux ressortissants qui résidaient en France et qui rentraient au Portugal pour les fêtes patronales des villages. La population vieillit car la génération des « jeunes », il y a cinq décades, a migré pour chercher du travail. Le taux de natalité dans cette région était de 8,81‰ entre 1996 et 1998, face à 11,82‰ à Lisboa, ou à 12,78‰ à *Tâmega*. Elle présente les taux de natalité les plus faibles du pays ainsi que la *Serra da Estrela* et *Pinhal Interior Sul*. La natalité dans l'*Alto Trás os Montes* tend à baisser : elle passe de 10,05‰ entre 1992 et 1994, à 9,04 entre 1994 et 1996 (Almeida n/d).



Carte . Trás-os-Montes et Haut Douro dans une carte administrative des régions du Portugal

Source : Instituto Geográfico Português (n/d)⁴⁸

⁴⁸ Instituto Geográfico Português (n/d). Voir : http://www.igeo.pt/DadosAbertos/imgs/dados/caop_grd.jpg (consulté en janvier 2016).

À Alagoa, un village dans cette région, je fus hébergée dans une école qui avait fermé ses portes car il n’y avait plus assez d’enfants scolarisés. À Mirandela, un monument est érigé en hommage à la famille migrante, ce qui est évocateur de la prégnance du phénomène de la migration dans cette région (cf. annexe 6).

Dans la région de Altos Trás-Os-Montes et du Douro (204.381 et 205.902 habitants respectivement d’après le recensement de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011)), dans les paroisses (*freguesias*) de : Candoso, Carvalho de Egas, Samões, Alagoa,⁴⁹ Seixo de Manhoses (qui appartient au *Concelho* de Vila Flor avec 6697 habitants –recensement 2011), Carrazeda de Ansiães (l’agglomération a 6.373 habitants –recensement 2011), j’ai fait huit entretiens clefs pour cette recherche. J’ai rencontré deux accoucheuses traditionnelles et deux filles d’une accoucheuse qui connaissaient le métier de leur mère et quatre femmes ayant accouché avec des accoucheuses traditionnelles. Ces quatre femmes approchaient les quatre-vingts ans en 2014 (de 76 à 80 ans). Elles n’avaient pas eu une instruction très élevée : Luz do Céu a appris à lire lorsqu’elle a eu 22 ans, grâce à un programme d’alphabétisation de Salazar et Cilia dos Santos, fille de Candida dos Anjos, est analphabète ; étant la fille aînée, elle était supposée aider sa mère dans les tâches ménagères et s’occuper de ses frères et sœurs plus jeunes. Par conséquent, personne ne lui a jamais appris à lire et à écrire. La première a hérité ses connaissances de sa mère et de son oncle, tandis que Maria de Luz Correa et Candida dos Anjos les ont acquises suite à leurs propres accouchements.

⁴⁹ Je ne suis pas parvenue à repérer géographiquement Alagoa, mais c’est une *freguesia* entre Carrazeda de Ansiães et Seixo de Manhoses



Carte 16 : Trás-os-Montes, *concelho* de Vila Flor.

Source : Gonçalves (2015)⁵⁰



Photo 37 : Maria de Luz Correa, “parteira” de Carvalho de Egas

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Samões 08/2014

⁵⁰ Gonçalves (2015). Voir : <http://descobrir-vilafior.blogspot.fr/> (consulté en juin 2015).



Photo 38 : Luz do Céu Moreira Fermino, “curiosa” de Seixo de Manhoses

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Seixo de Manhoses 08/2014



Photo 39 : Maria da Luz Santos, fille de la “parteira” Candida dos Anjos, à Alagoa

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Alagoa 08/2014



Photo 40 : Cilia dos Santos, fille ainée de la “parteira” Candida dos Anjos, à Alagoa

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Alagoa 08/2014

Quatre femmes, de 73 à 80 ans, ayant accouché à domicile avec une accoucheuse traditionnelle ont été interviewées également dans cette région. Elles étaient issues du même milieu culturel que les accoucheuses interviewées.



Photo 41 : Maria Emilia Neves, femme ayant accouché avec une accoucheuse, et son mari Armando Sarabio.

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Carrazeda de Ansiães 08/2014



Photo 42 : Femme ayant accouché avec une accoucheuse (elle a préféré rester anonyme)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Candoso 08/2014



Photo 43 : « Maria », femme ayant accouché avec une accoucheuse (elle a préféré rester anonyme)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Seixo de Manhoses 08/2014



Photo 44 : Celeste de Conceição Gomes do Santo

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Alagoa 08/2014

1.2.2.2. Le Nord-Ouest une continuité ?

Afin de mettre en évidence les différences des pratiques et représentations dans la culture de la naissance, j'ai parcouru deux autres régions du Nord-ouest, la *Serra de Gêres* et les *freguesias* de Mindelo et d'Azurara. À Mindelo, lorsque j'ai demandé à rencontrer une « *parteira* » (accoucheuse), les habitants m'ont donné les coordonnées d'une sage-femme (ce sujet sera détaillé dans le chapitre « Soigner au pluriel »). Ces deux régions se distinguent de Trás-os-Montes et du Douro où l'activité principale est l'agriculture et l'élevage d'animaux, avec également du tourisme, des services et de l'industrie. Les femmes interviewées avaient plus de 76 ans.



Carte 17 : Serra de Gêres, Azurra et Mindelo, les zones visitées dans la « Région de Porto » et Paredes dans une carte administrative des régions du Portugal.

Source : Instituto Geográfico Português (n/d)⁵¹.



Photo 45 : Olivia Saofix, femme ayant accouché avec une accoucheuse

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Mindelo 08/2014

⁵¹ Instituto Geográfico Português (n/d). Voir : http://www.igeo.pt/DadosAbertos/imgs/dados/caop_grd.jpg (consulté en juin 2015).

Les *freguesias* (paroisses) Azurara et Mindelo font partie de Vila do Conde (79 533 habitants, recensement 2011 (Instituto Nacional de Estatística 2011)) vers la côte Atlantique du pays. Chacune des femmes interviewées sera présentée.

Olivia Saofix est une femme de 78 ans qui a travaillé dans une usine textile et qui travaille actuellement aux pompes funèbres de Mindelo. Dans cette *freguesia*, j'ai rencontré aussi une sage-femme domiciliaire à la retraite « Emma » (qui a préféré que son nom de famille ne soit pas public). Elle s'est formée à l'université. Elle a été fonctionnaire et les soins qu'elle donnait étaient rémunérés mensuellement, contrairement aux accoucheuses traditionnelles non intégrées dans le système officiel de santé.

À Azurara, j'ai interviewé une dame très âgée, mère de dix enfants, qui a voulu rester anonyme. Elle avait accouché de son aînée toute seule. *Serra* de Gêres est une région dans les montagnes, au nord-ouest du pays (frontière avec l'Espagne).

Les deux femmes qui ont participé à cette recherche travaillaient dans le tourisme. Maria Augusta Capela (80ans) est propriétaire d'un hôtel, et on devine lors de l'entretien qu'elle a une certaine aisance économique. Elle a respecté les trente jours de repos après ses accouchements, contrairement aux femmes qui devaient travailler et qui avaient des tâches ménagères. Elle a eu quatre enfants, tous nés à domicile.

Maria do Céu (qui n'a pas accepté que je la prenne en photo) prépare des brochettes et du poulet à la braise qu'elle vend face à l'arrêt des bus. Elle a moins de moyens que mon autre informatrice. Sa mère a été l'accoucheuse du village, dans ses mots «*elle était habilidosa* » (je reviendrai sur ce terme dans le chapitre « Soigner au pluriel »). Les *habilidosas* sont des femmes habiles qui n'ont pas le même statut qu'une *parteira* (accoucheuse) qui savait davantage et avait

plus d'expérience. Cependant, dans la plupart des villages, ces *habilidosas* géraient les accouchements. La mère de Maria do Céu l'a assistée lors de ses accouchements.



Photo 46 : Maria Augusta Capela, femme ayant accouchée avec une accoucheuse, sur le balcon de son hôtel

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Serra de Gêres 08/2014

Séjour à Porto

J'ai entamé un troisième terrain dans le Nord, pendant lequel j'ai séjourné à Porto d'où je faisais des allers-retours vers plusieurs agglomérations proches. J'ai collecté sept entretiens. À Porto (237.584 habitants⁵²), j'ai pu rencontrer Julia Durão qui a eu huit enfants tous nés chez elle. Elle a confirmé qu'à cette époque-là (son cadet est né en 1979), même en ville l'usage était d'accoucher chez soi avec une accoucheuse. Elle est marchande ambulante, activité qu'elle a toujours eue. Lorsque je l'ai rencontré, elle vendait des chapeaux dans la rue.

⁵² Données de 2011, Instituto Nacional de Estatística 2011



Photo 47 : Julia Durão (78 ans), femme ayant accouché avec une accoucheuse, à côté de l'emplacement de vente des chapeaux

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Porto 07/2014

À São Pedro da Afurada (*concelho* de Vila Nova de Gaia), trois femmes ont participé à ma recherche : une ancienne accoucheuse, « Maria » (elle a préféré que son nom de famille ne soit pas évoqué) et deux femmes ayant accouché chez elles avec des accoucheuses, Ana do Mare et « Laurinha », la voisine de « Maria ». Selon cette dernière, les maisons sont désormais bien équipées mais à l'époque où elle a accouché il n'y avait pas de toilettes. L'infrastructure des maisons s'est modernisée ces dernières décennies dans cette région. Cette *freguesia* est en face de Porto. Ils sont séparés par le fleuve Douro.



Photo 48 : « Maria », accoucheuse à São Pedro d’Afurada, dans la cour devant la porte de sa maison

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : São Pedro de Afurada 07/2014



Photo 49 : « Laurinha », dans la cour partagée avec sa voisine « Maria », l’accoucheuse

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : São Pedro de Afurada 07/2014

Ana do Mare est une femme de 73 ans. Elle a accouché de ses trois filles avec une *habilidosa* chez sa mère. Elle a bénéficié d'un contexte économique et familial avantageux qui lui a permis de se reposer et de bien manger après ses accouchements. Elle a un restaurant à Afurada qu'elle gère avec ses filles, ses petites-filles et des employées.



Photo 50 : Ana do Mare, dans son restaurant

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : São Pedro de Afurada 07/2014



Photo 51 : Ana do Mare, sur la terrasse de son restaurant

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : São Pedro de Afurada 07/2014

Matosinhos (175.478 habitants) est une ville juxtaposée à Porto (au Nord). Elle est très touristique, avec une plage où viennent les visiteurs de Porto. La ville ressemble à Porto avec des immeubles et des constructions récentes. Là, j'ai pu faire un « entretien groupé » centré sur Conceição Silva de 63 ans. Elle habitait à Paredes et avait accouché de deux enfants chez elle et de son dernier fils à l'hôpital. Ses amies et voisines Maria Lis Madureira (62 ans) Margarita Araujo (58 ans), Tania Oliveira (25 ans et qui avait un bébé de 27 mois) participaient aussi. Leurs témoignages sur leurs expériences d'accouchement montrent un contraste des cultures de la naissance entre les générations. Conceição Silva est la seule à avoir accouché à domicile, car cette pratique était de moins en moins courante.



Photo 52 : De gauche à droite : Tania Oliveira, Margarita Araujo, Maria Lis Madureira et Conceição Silva

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Matosinhos 07/2014

Suite à cette discussion, j'ai pu avoir un contact avec une nouvelle accoucheuse, Isabel de Lamba, dans la municipalité Paredes, à 35 km de Porto. J'ai appris qu'elle n'était pas accoucheuse, mais qu'elle avait été sage-femme domiciliaire (elle est désormais retraitée). Comme cela a été déjà dit, cette confusion s'est produite souvent à Mindelo, ainsi qu'à Vila Nova de Poiares. Avec le temps, j'ai compris que la traduction d'accoucheuse « *parteira* » n'était pas un terme assez précis pour désigner les accoucheuses, il pouvait également signifier

« *enfermeira parteira* » (sage-femme). Les termes plus adéquats sont *curiosa* ou *habildosa*, comme je l'expliquerai dans le chapitre « Soigner au pluriel ».

Même si je suis allée plusieurs fois chez les sœurs de Lamba qui étaient toutes les deux sages-femmes, lorsqu'Isabel a ouvert la porte elle a refusé de participer à l'entretien. Cependant, j'ai pu rencontrer Maria José Bairros Lema. Née en 1939, elle a exercé le métier de sage-femme à l'hôpital et à domicile pendant quarante ans. Elle a fait ses études en infirmerie pour se spécialiser ensuite dans l'obstétrique. Cette formation durait trois ans à son époque.



Photo 53 : Maria José Bairros Lema, sage-femme domiciliaire et à l'hôpital (retraîtée), dans un café avec l'une des filles qu'elle a aidé à naître chez elle en 1981

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Paredes 07/2014

Dans le train en rentrant de Paredes, j'ai eu un autre entretien avec deux femmes qui ont voulu rester anonymes, l'une d'entre elles avait été migrante en France pendant « *quelques décennies* », mais avait accouché chez elle au Portugal. J'ai décidé de ne pas exploiter cet entretien car les femmes ont voulu que notre rencontre reste informelle. Cependant, cette discussion a enrichi ma perception générale de la culture de la naissance dans cette région et les liens qui se sont construits entre la sage-femme et la population locale. Je suis allée à Penafiel

(à une quarantaine de kilomètres par la route) afin de rencontrer deux accoucheuses qui m'avaient été signalées, mais elles n'étaient pas chez elles.

Je suis allée également à Guimarães, mais je n'ai pas pu trouver d'accoucheuses traditionnelles, ni des sages-femmes domiciliaires, ni des femmes ayant accouché à domicile, pour une raison liée à l'histoire locale. En 1662, l'ordre religieux des *Capuchinos* est arrivé à Guimarães. Ils ont construit l'hôpital de la Misericórdia à la place de leur couvent qui a ouvert ses portes en 1844. Dans cette ville, l'accès à cette institution de santé a promu une « culture de l'hôpital ». La population a une pratique de presque deux siècles de prise en charge par l'institution médicale. Par conséquent, les accouchements domiciliaires ne se pratiquent pas.

Le travail de terrain dans la région du Nord vise à atteindre une forte diversité de contextes : des villes telles que Porto ou Matosinhos, des petites *freguesias* rurales comme dans les zones de Trás-os-Montes et du Douro, de petites agglomérations plus urbaines comme Mindelo ou Paredes, ou plus isolées comme à *Serra* de Gêres.

Les femmes qui ont participé à la recherche sont catholiques, plus explicitement dans les zones de Trás-os-Montes et du Douro. Les accoucheuses rencontrées et les sages-femmes qui faisaient des accouchements à domicile ont plus de 70 ans et dans le cas de Candida dos Anjos, ce sont leurs filles qui ont cet âge. Les femmes ayant accouché à domicile ont à peu près le même âge. La plus jeune est Conceição Silva, âgée de 63 ans, mais pour son dernier enfant elle est allée à l'hôpital. Le niveau d'études des femmes et leurs activités économiques sont aussi très divers :

- à Trás-os-Montes et au Douro, elles ont travaillé dans l'agriculture et l'élevage des animaux et leur niveau d'étude n'est pas très élevé (l'une d'entre elles était analphabète, d'autres avaient appris à lire une fois adultes) ;

- d'autres étaient davantage en lien avec les services (vente, attention aux clients, restauration, un hôtel) comme à Mindelo Olivia Saofix ; à *Serra* de Gêres, Maria Augusta Capela ou Maria do Céu ; à Porto, Julia Durão ou à São Pedro de Afurada, Ana do Mare. Olivia Saofix a aussi travaillé dans le textile en étant jeune.

Le terrain dans la région du Nord met en évidence une multiplicité de contextes culturels dans lesquels se développent les pratiques et se tissent des représentations diverses sur les cultures de l'accouchement. C'est le terrain le plus riche de ma recherche.

1.2.3. Région du centre, la terre du contraste

La région du centre rassemble 2.327.580 habitants⁵³ sur 23668 km². Elle est dans une position intermédiaire sur l'axe Lisbonne-Porto. Le plus grand pôle urbain de la région est la ville universitaire de *Coimbra* avec 143.396 habitants. Elle est la troisième aire urbanisée du Portugal. Il y a aussi des larges zones urbaines telles que la *Serra* da Estrela ou des plaines et des plateaux. Cette région se compose de régions littorales et régions intérieures (Drain et Universalis n/d).

⁵³ Données de 2011, Instituto Nacional de Estatística 2011



Carte 18 : Coimbra et la région de Vila Nova de Poiares (Fonte Longa) dans une carte administrative des régions du Portugal.

Source : Instituto Geográfico Português (n/d)⁵⁴.

Dans cette région, j'ai mené neuf entretiens :

- deux *enfermeiros parteiros* : Antonio Ferreira et Mary Zwart.
- deux sages-femmes à la retraite, Celestina Carvalho et Lurdes Pereira.
- une *doula* qui est en même temps médecin généraliste à l'hôpital : Esther de León.

⁵⁴ Voir : http://www.igeo.pt/DadosAbertos/imgs/dados/caop_grd.jpg (consulté en janvier 2016).

- deux femmes ayant accouché avec une accoucheuse traditionnelle et le compagnon de l'une d'entre elles : Paula Marques, Laura Pérez et João Torres.
- Natalia Emeral do Santos, une femme ayant accouché chez elle.

Antonio Ferreira est un *enfermeiro parteiro* de 51 ans (en 2014) qui a travaillé pendant vingt ans à l'hôpital. Pendant ses formations, il a commencé à approfondir ses connaissances sur l'accouchement domiciliaire qui est devenu sa pratique professionnelle. Il est continuellement en formation ce qui lui permet d'avoir des connaissances actualisées.



Photo 54 : Antonio Ferreira, sage-femme domiciliaire (51 ans en 2014)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Coimbra 07/2014

Mary Zwart est une sage-femme de 68 ans qui pratique aussi des accouchements à domicile, depuis plus de quarante ans. Elle s'est formée en Hollande où l'accouchement

domiciliaire est une pratique courante. Elle habite dans la *concelho* de Vila Nova de Poiares (7281 habitants) ainsi que Celestina Carvalho et Lurdes Pereira.

Celestina Carvalho, sage-femme à la retraite, avait entendu parler de Mary Zwart. Elle trouvait que la pratique domiciliaire de Mary était beaucoup trop risquée dans le cas d'une complication obstétrique. Celestina Carvalho de son côté a toujours travaillé en institution de santé et sous la « *surveillance* » du médecin.



Photo 55 : Celestina Carvalho, sage-femme domiciliaire à la retraite (77 ans en 2014)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Vila Nova de Poiares 06/2014

Lurdes Pereira était sage-femme, elle est aujourd'hui à la retraite. Au Portugal, cette formation consiste d'abord à étudier pour être infirmier, puis à faire une spécialisation en *parteria* (obstétrique). Elle fait partie de la génération où les études s'organisaient ainsi. À l'époque, elle a commencé par des accouchements domiciliaires, en tant qu'auxiliaire du médecin qui venait toujours à domicile pour gérer la naissance. Plus tard, elle a commencé à

travailler à l'hôpital où elle assistait des accouchements, mais elle faisait aussi un travail d'infirmière dans des autres services.

Natalia Emeral do Santos habitait à Coimbra lorsqu'elle a eu ses enfants en 1960 et 1963. Sa famille a appelé l'accoucheuse pour la naissance de sa fille aînée, selon l'usage de l'époque. Cependant, l'accouchement fût long et compliqué et pour son cadet elle est allée à la maternité, pratique qui devenait de plus en plus courante.



Photo 56 : Natalia Emeral (76 ans en 2014)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Vila Nova de Poiares 07/2014

Paula Marques, née dans la banlieue de Lisboa en 1958, est partie faire des études universitaires en Hollande. Elle a décidé de s'établir à Fonte Longa dans le *concelho* de Vila Nova de Poiares pour faire de l'agriculture biologique et de ne pas retourner en ville. Elle a changé son mode de vie. Elle veut se nourrir quasi uniquement de ce qu'elle cultive. Dans les cas des autres informatrices, l'accouchement domiciliaire avait lieu soit parce que la femme n'avait pas accès à un hôpital ou une maternité, soit parce que cela ne faisait pas partie de la

culture locale. Dans le cas de Paula, pour l'accouchement de son deuxième et de son troisième enfant, elle décide d'accoucher chez elle, malgré un accès à l'hôpital. J'ai eu avec Paula un rapport privilégié. Elle m'a hébergée pendant deux semaines et demie en juin et une semaine et demi en septembre. J'ai pu ainsi améliorer mon Portugais et comprendre de façon plus approfondie sa vision du monde ; en échange, je l'ai aidée dans les tâches agricoles (cueillette du lupin et du pois chiche) et d'élevage (soin des chèvres et des poules).



Photo 57 : Paula Marques, femme qui a décidé d'accoucher à domicile (56 ans en 2014)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Fonte Longa 07/2014

Pour Laura Pérez (née en 1985) et son compagnon João Torres (né en 1980), l'accouchement domiciliaire avec une accoucheuse traditionnelle a été également un choix. D'ailleurs, ce couple est ami de Paula et ils partagent les mêmes points de vue, sur l'importance du lien à la terre et à l'agriculture, sur le choix d'une vie rurale (Laura est née à Madrid). Cette vision du monde ne s'exprime pas uniquement face à l'accouchement mais dans la façon d'assumer leur maternité et paternité respectivement. Laura est conseillère d'allaitement et

encourage les femmes à allaiter le plus longtemps possible. Elle a des connaissances scientifiques sur le lait, le colostrum et sur leurs effets bénéfiques pour l'enfant.



Photo 58 : Laura Pérez, femme qui a décidé d'accoucher à domicile

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Fonte Longa 07/2014

Esther de León est un cas similaire. Elle a fait ses études de médecine à Madrid, mais celles-ci n'ont pas comblé ses attentes. Elle est partie faire un stage à Cuba afin de connaître le système médical de ce pays. Son objectif était de comprendre leur système communautaire de santé avec des visites domiciliaires. Le côté « *humain* » des médecins cubains qui exercent leurs professions sans bénéficier d'un statut privilégié a attiré son attention. Ils le font juste « *parce qu'ils aiment ce qu'ils font* ». À Cuba, elle a découvert l'acupuncture qui est intégrée à leur pratique allopathique. Ce modèle médical contraste avec Madrid où seul le système biomédical allopathique est appliqué. C'est ainsi qu'elle découvre sa voie : « *j'ai ressenti que je devais donner un sens à ce que j'avais appris* », dit-elle.

Elle a décidé de s'installer au Portugal. Elle avait peur de ne pas s'adapter « *aux protocoles* » du Système Officiel de Santé. Elle ciblait une approche plus holistique en santé. Elle avait le projet d'avoir un enfant et elle a décidé de faire une formation de *doula*. Actuellement, elle est médecin généraliste dans un centre de santé et elle exerce en libéral sa profession de *doula*.



Photo 59 : Esther de León, doula

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Coimbra 08/2014

Mon terrain dans la zone centre du Portugal m'a permis d'identifier des acteurs ayant des approches très différentes de l'accouchement. J'ai découvert des femmes qui choisissaient de vivre leur accouchement chez elles avec la prise en charge d'une accoucheuse, parce que cela convenait plus à leurs options de vie. Ces cas contrastaient avec les situations des femmes au nord du Portugal qui avaient accouché ainsi car c'était la pratique de l'époque ou parce qu'elles n'avaient pas eu accès aux soins dans le système officiel de santé (SOS) (pour une question logistique ou d'usage). Ce terrain a mis en évidence l'émergence de nouveaux acteurs autour de l'accouchement comme des *doulas* et les « sages-femmes » qui revendiquent l'importance de l'accouchement domiciliaire. Cette partie de mon terrain m'a dévoilé les relations complexes

entre la tradition et la modernité, ses continuités et ses discontinuités, ainsi que ses problématiques.

1.2.4. Alentejo, entre la tradition et la modernité

La région de l'Alentejo englobe une zone littorale ainsi qu'une large zone constituée de bas plateaux, au climat méditerranéen. C'est une région faiblement peuplée : elle représente 29% du territoire du Portugal continental, mais n'a que 757.190 habitants (moins de 10% de sa population). La plus grande ville de la région est Évora avec 56.596 habitants. Globalement, l'économie de la région est fondée sur l'élevage de moutons et de chèvres et sur l'agriculture extensive « dans laquelle les aires cultivées (blé, vigne, olivier) alternent avec des forêts claires de chênes verts et de chênes-lièges » (Drain et Universalis n/d). Ces activités nécessitent une main-d'œuvre saisonnière d'ouvriers agricoles. Une tentative de réforme agraire a été mise en place en 1975, mais deux ans après cette politique a été abandonnée (Ibid.).

La zone de l'Alentejo, comme je l'ai évoqué précédemment, a les indicateurs d'investissement en santé les plus faibles au niveau national, tel que le nombre le plus bas de médecins par rapport au nombre d'habitants. Dans cette région, j'ai rencontré quatre informateurs : deux femmes ayant accouché à domicile, une sage-femme domiciliaire et une *doula*.

À Beja, ville à 35.854 habitants, j'ai contacté Lurdes Rodea et « Florentina » (qui a préféré que son nom de famille n'apparaisse pas dans cette recherche). Florentina est couturière, elle a eu son premier enfant en 1970 avec une accoucheuse, lorsqu'elle avait 18 ans. Elle considère qu'avoir un enfant chez soi présente « *un grand risque* ». Elle a accouché chez elle, car elle

habitait chez ses parents et « *c'était la mode de l'époque* ». Ses deux autres enfants sont nés à la maternité.

Lurdes Rodea est une sage-femme, née en 1960, qui a fait sa formation d'infirmière, puis de sage-femme (ce qui est le parcours normal au Portugal). Son intérêt pour les accouchements domiciliaires est né pendant sa formation en tant que sage-femme :

J'avais déjà entendu parler de l'humanisation de l'accouchement ; mais dans la réalité, la dimension que cette approche avait était beaucoup plus profonde. Elle était beaucoup plus spiritele. Et c'est dans cette approche que j'ai commencé à me former avec des sages-femmes, à assister à des séminaires et à des congrès, à lire, à m'informer sur une façon autre de faire les choses (Lurdes Rodea).

Elle a contacté les *doulas*, ce qui pour elle a été « la porte d'entrée du monde de l'accouchement naturel » qui est « *une vision beaucoup plus globale de cette problématique* ». Selon elle, les femmes qui accouchent chez elles ont une prédisposition à « *risquer et à faire confiance (...) il faut laisser faire à la nature son travail* ». Pour pouvoir faire ce travail, elle estime qu'il faut d'abord faire un travail personnel.



Photo 60 : Lurdes Rodea, sage-femme domiciliaire

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Beja 09/2014

Lurdes Rodea est très proche de Maria Luisa Condeço, une *doula* qui a fondé la première école de *doulas* du pays. Elle habite à Évora. Maria Luisa a commencé son métier, il y a 16 ans, suite à la césarienne de son premier enfant. Cet épisode a provoqué chez elle une sorte d'éveil qui l'a amenée à remettre en cause sa maternité, la façon de construire la maternité et le rôle de l'accouchement dans la construction de la maternité. Pendant qu'elle faisait face à son "*baby blues*" ou dépression postpartum, elle est tombée sur un livre qui parlait des *doulas*. Elle a ainsi pris conscience qu'elle aurait voulu vivre son accouchement et sa maternité avec le droit d'avoir un choix « *informé et conscient* ».



Photo 61 : (Maria) Luisa Condeço, doula

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Évora 09/2014

Dans le village de Casa Branca, j'ai interviewé une femme, née en 1938, qui a préféré garder l'anonymat. Elle a eu son fils unique chez elle, avec l'assistance d'une accoucheuse. À l'époque, dit-elle, « *tout le monde avait les enfants comme ça. Cela fait à peine quarante ans que les choses ont changé* ».

La région de l'Alentejo a été pour cette recherche un voyage entre la tradition et la modernité, entre les femmes qui accouchaient avec une accoucheuse car c'était la coutume à l'époque et les femmes qui assistent des parturientes décidées à enfanter chez elles, pas parce que c'est la pratique usuelle, mais par choix personnel.

1.2.5. Algarve, l'écran du contraste

L'Algarve, à l'extrême sud du Portugal, rassemble une population de 451.005 habitants sur 4.989 km². Elle a été conquise et occupée par les *moros* de 714 à 1297. L'activité touristique

s'est développée dans la zone australe de cette région, grâce aux plages méditerranéennes. Dans le reste de la région, le paysage est imprégné par « l'arboriculture sèche (oliviers, caroubiers, amandiers) » (Drain et Universalis n/d). J'ai tenté de faire des entretiens sur le littoral (à Portimão, 55.614 habitants), sans succès car la culture de l'hôpital y est présente et les femmes qui ont accouché à domicile ont aujourd'hui disparu. Les autres personnes que j'ai rencontrées y séjournaient pour leurs vacances.

J'ai dû aller dans l'arrière-pays. À Monchique (6.045 habitants), j'ai interviewé trois femmes de 66 et 78 ans (en 2014). Alice Bisanto, la plus jeune, a accouché de ses deux enfants avec une sage-femme domiciliaire qui était sa voisine. Sa cousine, Isaura Guerrero, accoucha son fils unique avec l'assistance d'une accoucheuse, ainsi que son amie Maria Domingues (qui m'a accordé un entretien très bref). La première est dans le commerce d'artisanat.



Photo 62 : De gauche à droite : Alice Bisanto, sa petite fille et sa fille Anabela (46 ans)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Monchique 09/2014



Photo 63 : Isaura Guerrero (83 ans)

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Monchique 09/2014

Les deux populations de l'Algarve montrent le contraste entre le littoral touristique et urbain et l'arrière-pays plus rural où l'accouchement domiciliaire est plus présent.

Après avoir présenté dans ce chapitre mes informateurs et leurs contextes culturels, je vais m'engager au cœur de cette recherche : la définition des « cultures de la naissance », la relation entre la modernité et la tradition, le moment de l'accouchement, le postpartum et le don du colostrum. Si jusqu'à présent chaque contexte a été présenté séparément, désormais l'analyse sera comparative en contrastant les données des deux pays, l'Équateur et le Portugal.

DEUXIÈME CHAPITRE : Les cultures de la naissance, approches et débats

Introduction

...aucune technique du corps n'est, chez l'homme, ni universelle, ni élémentaire, ni spontanée » (Mauss 1950). Chaque société a sa manière traditionnelle, apprise et transmise, de se moucher, d'uriner, de se laver, d'être malade et de se soigner, de pratiquer les rapports sexuels, de mourir et de naître. Et plus particulièrement, la représentation de la grossesse, de la naissance, de l'enfant, de la place et du rôle de la douleur, tous ces éléments ne sont pas des pures données naturelles ; ils sont au contraire si fortement modelés qu'on les croirait codifiés (Revault d'Allonnes 1991 : 66-67).

La naissance est un événement naturel qui est modulé culturellement. Les pratiques associées vont dépendre du contexte culturel, des représentations du corps et des positions adéquates, des paradigmes médicaux existants, raison pour laquelle l'intitulé de cette recherche est au pluriel. Il n'existe pas une seule manière de concevoir la naissance, mais plusieurs : il existe plusieurs cultures de la naissance.

Cette période constitue un moment de transition dans la vie de la mère et de l'enfant aussi bien avec les pratiques traditionnelles que dans le système officiel de santé. Pour la mère, la naissance de son enfant signifie un changement de statut et de vie (même si elle a déjà d'autres enfants) : elle naît en tant que mère de ce nouveau-né. Pour l'enfant, la naissance constitue une naissance physique comme une personne indépendante, mais aussi une naissance sociale.

En tant que rite transitionnel, dans chaque culture et dans chaque système de santé, la naissance a une logique propre et une façon de faire, avec des codes spécifiques. Dans ce chapitre, je définis le concept de « cultures de naissance » et j'évoque comment ces cultures se présentent sur mes terrains équatoriens et portugais.

2.1. « Les Cultures de la naissance » définitions, connotations et enjeux

2.1.1. Les cultures de la naissance, un rite de passage ?

Ample, le thème des « cultures de la naissance » peut être abordé sous plusieurs angles et approches. C'est un thème d'intérêt anthropologique à partir du moment où l'accouchement est considéré au-delà de ses dimensions biologique et physiologique et est conçu aussi comme une construction culturelle.

Pour comprendre les cultures de la naissance dans ces approches disciplinaires, j'ai étudié : Aiache et Fassin (1994) ; Fassin (1992), (2008), (2004) ; Kaptchuk et Eisenberg (2001) ; St-Amant (2015) ; Dussault (1985) pour comprendre les enjeux et les débats au sein des systèmes de santé et dans la santé publique ; Jean Benoist (1996), (1997), (2002) et Saillant et Genest (2006) pour cerner les intérêts de l'anthropologie médicale et les différentes approches des cultures de l'accouchement.

Au cours des années 1970, des actions et des débats importants ont donné une consistance à ce domaine : l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) a reconnu l'existence et la validité de la médecine traditionnelle, y compris le système traditionnel d'accouchement ; les mouvements sociaux, notamment celui des femmes, ont exprimé des revendications sur des sujets obstétricaux et sur les droits des femmes à jouir librement de leurs corps et à décider pour elles-mêmes : la naissance ne peut pas être isolée des rapports de genre, Fouque (2007), Massó Guijarro (2013).

Comment définir les « Cultures de la naissance » ? Quelles sont les dimensions et les enjeux présents dans ce concept ? Dans l'introduction, j'ai présenté un cadre conceptuel du

concept que je crois pertinent de rappeler dans ce chapitre. La naissance est un événement qui comprend plusieurs périodes. Dans cette étude, la grossesse, l'allaitement et le postpartum jusqu'au retour de couches ne seront pas pris en compte. Ma recherche se focalise sur le travail de l'accouchement, le moment de l'accouchement, la naissance du nouveau-né, la délivrance du placenta, le don du colostrum, et le postpartum immédiat jusqu'à la descente du lait. Ce cadre concerne la période de la naissance qui ne s'arrête pas à la naissance biologique de l'enfant. Je comprends également par « naissance » la période d'adaptation de la mère à son nouveau contexte, les rapports entre la mère et son enfant : il s'agit aussi de sa naissance en tant que mère de ce nouveau bébé.

La relation entre le culturel et le « naturel » est un des points traités dans ce travail. Quelle est l'influence des facteurs culturels sur les phénomènes naturels ? Lorsque dans différentes cultures, le terme « naturel » est évoqué (« médecine naturelle » ou « accouchement naturel ») quelles en sont les connotations ? Ce point sera développé dans le chapitre « L'accouchement : de l'instinct à la culture ou vice versa ? ».

Les pratiques manifestes lors de la naissance sont le résultat d'un héritage culturel et d'événements sociétaux. La culture de la naissance n'est pas un fait culturel inamovible ni immuable. Elle est le fruit de processus de transmission culturelle et, parfois, des ruptures avec d'anciens paradigmes vont l'influencer, comme l'introduction étatique du système officiel de santé en Équateur. Ces continuités et ces changements modulent les représentations autour de la naissance et influencent les pratiques.

Je définis les cultures de la naissance comme un rite de passage. Que l'accouchement se produise dans un hôpital ou à domicile, avec des créneaux horaires établis (comme Davis-Floyd le décrit) ou lors d'un travail d'accouchement sans limite temporaire, qu'il se fasse par déclenchement artificiel, sans médicaments ou avec des infusions, des plantes ou des onguents

provenant d'animaux, la naissance est un moment de transition et les pratiques qui l'entourent font partie de ce rite de passage ou de transition dans toutes les cultures (Davis-Floyd 1993).

2.1.2. La culture de la naissance, une façon de concevoir une nouvelle révolution des femmes ?

Nous ne sommes pas juste un vagin qui va accoucher et tu dois donc ouvrir tes jambes. Nous sommes une déesse ? Une femme qui va accoucher, une femme qui s'assume (empoderada), va se connecter avec le mammifère animal intérieur et elle va construire l'accouchement qu'elle désire. (...). C'est une façon de « révolutionner⁵⁵ » pas juste la femme, mais toute la famille, « révolutionner » le monde. Cette femme, même avec ses peurs, est en train de passer à une autre conception de la vie. C'est sentir une façon différente d'être une femme, car l'accouchement est une façon d'être une femme, de s'exprimer. C'est une révolution car lorsque la femme accouche et dit je ne veux pas qu'on m'asseye, je veux être accroupie, elle est en train de faire une révolution. Elle est en train d'aller contre un système, car le système de santé est clairement traversé par un système patriarcal. Elle est en train de produire cette révolution. C'est une révolution qui émerge dès son cœur et non pas à partir de la force. Il ne s'agit pas de vouloir nous ressembler aux hommes, mais à partir de nos propres potentialités. Nous sommes les seules à pouvoir accoucher, nous avons une possibilité exceptionnelle et nous sommes capables de produire ces changements. (María Isabel Yáñez, doula en Équateur).

Cette doula évoque la naissance comme une possibilité pour les femmes de se redécouvrir et d'opérer un changement profond personnel et aussi sociétal. On retrouve les mêmes propos chez Antonio Ferreira (sage-femme domiciliaire à Coimbra). Selon lui, la société est trop formatée par le corporatisme médical, établi à partir des années 1950 afin de garantir l'accès de la femme aux prestations hospitalières. Il considère qu'à partir des années 2000, il y a eu une « révolution féminine », au cours de laquelle la femme a réalisé que les protocoles hospitaliers allaient à l'encontre de sa dignité en tant que femme. « Ils attaquaient ses libertés et sa possibilité de s'exprimer pendant la naissance ». Elles ont commencé, affirme-t-il, à se révolter contre le système. Elles ont créé des mouvements sociaux qui revendiquaient la naissance comme un acte qui leur appartenait. À partir de là, une fraction dissidente du modèle obstétrique

⁵⁵ Le verbe évoqué en espagnol est « revolucionarnos ». Ce terme n'existe pas, c'est un néologisme que María Isabel utilise pour signifier « faire une révolution » en soi, provoquer un changement interne.

a aussi émergé. Une partie des professionnels obstétriciens ne se retrouvait plus dans le modèle hospitalier, dans le modèle technocratique. Ils ont développé un mouvement appelé « l'humanisation de l'accouchement » ou « l'accouchement humanisé ».

Ces deux informateurs expriment leurs désaccords face à une culture de naissance ancrée dans un Système Officiel de Santé où la femme est assujettie à la technologie et au personnel soignant. Elle n'arrive pas à être actrice de son propre accouchement.

Cette idée est reprise par Davis-Floyd, pour qui les rites à l'hôpital ont aussi la fonction de diffuser et de transmettre le modèle et des valeurs sociétaux. Ce système technocratique est présent dans le quotidien avec l'utilisation de la technologie et avec l'idée qu'il incarne le développement et le bien-être. Pour cette auteure, une dépendance envers la technologie se produit, celle-ci constitue elle-même un nouveau rite dans la culture de l'accouchement. Selon Davis-Floyd, ce paradigme naît avec le dualisme cartésien qui conçoit le corps séparément de l'esprit.

Au contraire, notre dépendance exagérée envers la technologie et notre peur de l'accompagnement des processus naturels ont conduit à la « ré-ritualisation » de la naissance sous le modèle technocratique d'une manière plus élaborée qu'on n'a jamais connue jusqu'à présent dans le monde culturel⁵⁶. (Notre traduction) (Davis-Floyd 1993 : 2).

Davis-Floyd décrit ce qu'il appelle le « modèle technologique de la naissance » comme un paradigme caractéristique d'un modèle sociétal. Cette gestion de l'accouchement dans les milieux médicaux est constituée de rites qui lui sont propres.

L'effet ultime de la série répétitive de messages symboliques envoyés à travers le rite peut être extrêmement puissant, agissant pour cartographier le modèle de la réalité présentée par le rite sur les croyances individuelles et le système de valeurs du destinataire ; alignant ainsi le système

⁵⁶ *On the contrary, our exaggerated dependence on technology and our accompanying fear of natural processes has led to the "re-ritualization" of birth under the technocratic model in a manner more elaborate than anything heretofore known in the cultural world (Davis-Floyd 1993: 2).*

*cognitif individuel avec celui de la société en général*⁵⁷ (notre traduction) (Davis-Floyd 1993 : 2).

L'auteur décrit la naissance médicalisée comme un rite de passage enrobé de représentations et de métalangages. L'hôpital constitue pour lui une « fabrique technologique très sophistiquée » où la naissance devient une production qui obéit à « des contrôles de qualité ». Les protocoles médicaux tels que la position allongée sur le dos (avec les variantes sur les côtés parfois) pour l'accouchement, l'asepsie du corps de la mère, dont le vagin doit être rasé, le lavage des intestins, puis le port des vêtements de l'hôpital, parfois des épisiotomies (incision du périnée faite au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant, pour éviter des déchirures) constituent des rites qui font partie du rite de passage contemporain.

Les protocoles obstétriques construisent un sentiment « d'ordre culturel » qui s'impose au chaos de la nature (Davis-Floyd 1993 : 8-9). Ce sentiment, présent dans plusieurs sociétés humaines par le truchement du système biomédical se traduit par une relation de dépendance envers une science et une technologie omniprésentes.

Dans cette approche physiologique de la naissance « l'utérus est un muscle involontaire, le travail de l'accouchement se déroule de façon mécanique comme une réponse à des signaux hormonaux » (Ibid. 12). Il s'agit d'une conception morcelée du corps de la femme et de la femme en soi. Depuis Vésale (XVI s.), la représentation du corps est dissociée de l'esprit et de son côté émotionnel (ce point sera expliqué en détail dans le sous-chapitre suivant) (Le Breton 1990).

⁵⁷ *Thus the ultimate effect of the repetitive series of symbolic messages sent through ritual can be extremely powerful, acting to map the model of reality presented by the ritual onto the individual belief and value system of the recipient, thereby aligning the individual cognitive system with that of the larger society* (Davis-Floyd 1993: 2).

Face à cette construction aliénante de la femme et de son corps, une prise de conscience est évoquée par plusieurs informateurs pendant mon terrain. Elle est considérée par Antonio Ferreira comme une « révolution féminine »⁵⁸. Dans les articles de Davis-Floyd, il s'agit d'une « résistance au modèle technocratique ». Quel est le rapport de la culture de la naissance à cette nouvelle révolution féminine née à partir des années 2000 ? Où intervient le discours de genre dans la culture de la naissance ?

*De même que le mouvement de l'accouchement naturel des années soixante-dix et quatre-vingt a été largement assimilé par l'hégémonie technocratique, les modèles holistiques d'accoucheuses/sages-femmes domiciliaires pourraient être complètement englobés par le paradigme technocratique*⁵⁹. (Notre traduction) (Davis-Floyd 1993 : 14).

Cette thèse est soutenue par deux auteurs : Ester Massó Guijarro (2013) et Antoinette Fouque (2007). La première évoque le « lactivisme » (mouvement qui se développe en Espagne, fédéré surtout par la FEDALMA (Fédération d'Associations pour l'Allaitement maternel) comme un acte de revendication féministe. Massó effectue une déconstruction des discours du féminisme traditionnel voyant dans l'allaitement une relation de dépendance de la mère avec son enfant qui limite son émancipation et son accès au marché du travail. Pour Massó, le féminisme orthodoxe a poussé les femmes à rentrer dans le système économique et à devenir productives dans le monde public, autrefois réservé aux hommes. Ce modèle patriarcal ne met pas en valeur la femme et son rôle maternel. L'auteur défend la formulation suivante :

- *les soins des enfants ont été traditionnellement une tâche féminine et traditionnellement dévalorisée ;*
- *revendiquer la valeur et le prestige de cette activité est un objectif féministe ;*
- *(ergo) pratiquer l'allaitement constitue un exemple de pratique féministe* (Massó Guijarro 2013 : 171).

⁵⁸ Bien qu'en France cela date des années 1968-70, avec le slogan « mon corps m'appartient », et de la lutte pour le droit à l'avortement, et que la Révolution féminine date de ces années, Ferreira et Yánez réutilisent le terme pour désigner une « nouvelle Révolution féminine » qui revendique une réappropriation du corps.

⁵⁹ *As the natural childbirth movement of the 70s and 80s has been largely coopted and subsumed into the service of technocratic hegemony, so the holistic models of lay midwives and homebirthers could be completely overrun by the technocratic paradigm* (Davis-Floyd 1993: 14).

Cette pratique est un droit pour l'enfant et aussi pour la mère qui s'oppose au système imposé, mais aussi « suppose une extension de la rupture des limites individualiste des corps » (Ibid. 174).

Fouque critique certains propos du Mouvement de Libération des Femmes (MLF). Elle décrit ce saut dans les logiques « patriarcales », dans un esprit de productivité, comme une sorte « d'hommosexualisation » du MLF, comme un déni des capacités inhérentes à la femme. « De là où la féminité m'apparaît comme travestie, il me semble approprié de l'écrire « homosexualité » (Fouque 2007 : 31). Pour l'auteure, la psychanalyse a occulté chez les hommes l'envie de l'utérus des femmes et de leur faculté de concevoir (et de porter l'enfant). Ces envies sont remplacées par un contrôle masculin symbolique de la procréation féminine, de cet utérus. Cela est évoqué dans les livres sacrés ou dans les représentations des civilisations antiques. Dans l'Ancien Testament, « Dieu ouvre et ferme les utérus des femmes à sa convenance, rend fertile ou stérile » ; dans le Nouveau Testament, « Marie produit le fruit avec ses entrailles mais elle est vierge » ; chez les Grecs anciens, ce sont les philosophes (des hommes) qui maîtrisent l'art de la maïeutique socratique (qui est par définition l'art de faire accoucher les esprits), « la femme a sans doute un utérus et des ovules, mais elle est privée de sa capacité créatrice que seul l'homme peut lui donner » (Ibid. : 165). Du point de vue psychanalytique de Fouque, ce serait une négation de son utérus et de sa capacité procréatrice :

En conséquence, la « libération sexuelle » a été une libération de la sexualité des hommes à laquelle on a soumis les femmes : en dissociant la sexualité de la procréation du champ de la sexualité... (Ibid. 2007 : 269).

Selon elle, « les femmes sont trois fois travailleuses », elles sont chargées en même temps de la procréation, du travail domestique et du travail professionnel (Fouque 2007 : 140, 142). La volonté de « s'émanciper » et d'intégrer le marché du travail, soutient Fouque, induit chez les femmes la négation de la sphère du privé, de la maternité et souvent de sa possibilité d'enfanter. La femme n'est payée, donc reconnue et mise en valeur que quand elle travaille

(Ibid. : 199), ce qui est interprété par l'auteure comme une sorte de colonisation de l'utérus (Ibid. : 168).

Les argumentations de Fouque, de Massó Guijarro et de Davis-Floyd expliquent les représentations culturelles autour du corps et de la maternité. Pour ces trois auteures, la culture a construit une notion de corps captif qui s'adapte au modèle technocratique, aux besoins du marché de travail. Dans ce contexte, la maternité (et l'allaitement) sont perçus comme un assujettissement dont il faudrait s'émanciper.

Pour résumer ce sous-chapitre, les cultures de la naissance sont des rites de passage pour la mère, pour l'enfant, pour leur entourage qui se manifestent à travers différentes pratiques. Qu'il s'agisse de sociétés avec des systèmes de santé traditionnels ou qui ont recours au système officiel de santé, des discours valident les pratiques mises en place. Au sein du système technocratique biomédical, plusieurs contextes s'observent.

Des nouveaux acteurs (tel que les sages-femmes domiciliées ou les *doulas*) et de nouvelles façons d'appréhender la naissance et la maternité se mettent en place. Quelques informateurs perçoivent cette émergence d'altérité comme une nouvelle « révolution féminine » qui correspond aux approches hétérodoxes de certaines féministes qui travaillent ce sujet, telles qu'Antoinette Fouque et Ester Massó Guijarro. Les cultures de la naissance renferment plusieurs approches, plusieurs enjeux, plusieurs discours et compréhensions.

La culture de la naissance est en relation avec la conception du corps de la femme. C'est pour cette raison que je vais me pencher dans le sous-chapitre suivant sur une analyse des constructions du corps et sa relation dialectique avec les systèmes de santé.

2.2. Cultures du corps et son rapport aux systèmes de santé

La naissance est un moment traversé par la relation que la femme a avec son corps, avec son entourage, par la représentation du corps des agents de santé qui l'accompagnent. Pour cette raison, dans cette partie seront exposées la construction et l'évolution du concept du corps.

2.2.1. La construction du « corps machine »

« Le corps est une construction symbolique, non une réalité en soi » affirme David Le Breton dans son ouvrage *Anthropologie du Corps et Modernité* (1990 : 13). Le concept du corps diffère selon les cultures. Dans la construction occidentale, tel que Durkheim l'affirme, le corps est une barrière qui sert aux personnes à se distinguer des autres, à s'individualiser. C'est ainsi que « par son corps, l'être humain est en communication avec les différents champs symboliques qui donnent sens à l'existence collective » (Ibid. 1990 : 26).

Le Breton décrit celle des Dogons. Chez ce peuple du Mali on retrouve encore ce rapport avec la nature, dont le concept du corps n'est pas dissocié. Pour eux la personne est composée de :

1. Un corps, partie matérielle qui comprend quatre éléments : l'eau (le sang et les autres liquides du corps), la terre (le squelette), l'air (le souffle vital) et le feu (la chaleur animale).
2. Huit grains symboliques (qui constituent la base de leur nourriture) localisés dans les clavicules qui sont associés aux différentes sexualités (féminines et masculines).

3. La force vitale (le *nàma*) qui est commune aux animaux, végétaux, dans les êtres surnaturels et dans la nature et qui chez les êtres mortels se présente dans le sang.

4. Les huit *kikinu* qui sont les principes spirites de la personne. Ils peuvent être mâles ou femelles, intelligents ou bêtes. Ils sont localisés dans divers organes du corps. (Ibid. 1990 : 26-27).

Cette représentation Dogon de l'être montre que la vision occidentale dichotomique corps/âme, et même le concept de l'« âme » ou de « esprit » ne sont pas omniprésents dans toutes les cultures. Mais où prend naissance cette séparation et en quoi cela vient jouer sur la culture de la naissance ?

Pendant le Moyen Âge et même la Renaissance, « l'homme n'est pas discernable de son corps, le monde n'est pas discernable de l'homme » (Ibid. 1990 : 30). À l'époque la représentation qui ressort est celle du corps social. Lors des fêtes médiévales, les corps se mêlent, tous participent dans une effusion collective. Les corps débordent, ils transgressent les limites quotidiennes établies. Cela mène à une libération des pulsions et surtout à un esprit collectif, même si dans les fêtes des couches aisées la hiérarchisation sociale se fait sentir. Dans la logique de la société médiévale, ce corps n'est pas considéré comme un « corps grotesque » qui se crée postérieurement. Ce n'est qu'au XVI s. que les couches savantes commencent à intégrer l'idée d'un corps « séparé des autres en position d'extériorité avec le monde, fermé sur lui-même » (Ibid. 1990 : 32). Le concept du « corps individualisé » se construit progressivement. Au XV s., la peinture passe des tableaux collectifs, souvent avec une thématique religieuse, à des portraits individuels des personnages importants ou aisés de l'époque.

Le grand saut dans la rationalité s'effectue lors de l'affleurement du concept de « corps machine ». Au Moyen Âge, les dissections sont interdites, car elles sont considérées comme une violation de l'être humain qui était aussi présent dans son corps. Les premières dissections ont eu lieu, au XIV s., dans des universités italiennes, mais toujours sous le contrôle de l'église. Celles-ci sont réalisées avec une finalité pédagogique pour un public constitué de chirurgiens, barbiers, médecins et étudiants. En 1543, le médecin belge anatomiste, André Vésale, publie « *De corporis humani fabrica* ».

Cet ouvrage paraît la même année que le « *De Revolutionibus* » de Copernic. Ces deux ouvrages opèrent des changements significatifs dans la *cosmovisión* de l'époque. D'un côté, le paradigme anthropocentrique ancré sur la religion se voit graduellement remplacé par l'héliocentrisme. Le déclin de l'anthropocentrisme donne aussi naissance au positivisme, au détriment de la religion.

D'un autre côté, à partir de Vésale et des anatomistes, le corps prend la dimension de chair détachée de son être : on passe à « avoir un corps » et non plus « d'être son corps ». La compréhension de la maladie et de sa guérison par le biais de la religion disparaît. Le corps perd son symbolisme sacré pour être interprété à partir d'une logique du profane.

Les causalités miraculeuses cèdent devant les causalités physiques, dans un monde où tout est conçu sur le modèle du mécanisme. La perspective théologique s'efface. La machine donne la formule de ce nouveau système : « L'univers est une machine où il n'y a rien du tout à considérer que les figures et les mouvements de ses parties » (Le Breton 1990 : 66).

Cette désacralisation est décrite par Bonnet del Valle⁶⁰ qui évoque une sorte de translation de cette sacralité à la biomédecine et aux médecins. La science médicale devient une nouvelle religion et la pratique des agents officiels de santé la condition de vérité.

⁶⁰ Cet ouvrage (Bonnet del Valle 2000) est cité plusieurs fois car l'auteur fait un travail ethnographique sur plusieurs terrains (France, Mexique, Inde, Brésil) qui élargit les exemples de cette thèse. La répétition des cas dans d'autres terrains différents de l'Équateur et du Portugal confirme mes données.

Ignorante de mes responsabilités, j'ai mis mon pouvoir de donner la vie entre les mains des nouveaux prêtres à blouse blanche. Jeune et inconsciente, je ne mesure pas ce qui vient de se jouer par le sacro-saint corps médical : viol de la Nature en provoquant l'accouchement, irrespect de la Vie, de la Femme, du Nouveau-né. (Bonnet del Valle 2000 : 55).

De plus, Descartes avec son syllogisme lors du doute méthodique « *cogito ergo sum* » (je pense (ou quelque chose en moi pense), donc je suis) met en avant cette idée de l'existence individuelle puisqu'il ne s'agit plus d'un « cogitâmes » collectif, mais d'une action et une existence individuelle du soi. Nous assistons à la naissance de l'« individu » comme dynamique sociale. D'après ce philosophe, le rationnel et la pensée ne sont pas des attributs du corps, qui devient une entité désacralisée, mais de l'esprit qui demeure une condition sous la tutelle divine. Cette âme, qui pour Descartes constitue le soi, existe indépendamment du corps.

Il est certain que moi, c'est-à-dire mon âme, par laquelle je suis qui je suis, est entièrement et véritablement distincte de mon corps, et qu'elle peut être ou exister sans lui (Descartes dans Le Breton 1990 : 70).

Le positivisme s'ébauche avec « la mathématisation des phénomènes naturels » (Le Breton 1990 : 70). Dans ce contexte, se consolide la médecine où le corps est comparé à une machine qu'on doit comprendre, dresser, imiter ou réparer.

L'homme-machine de La Mettrie (médecin et philosophe matérialiste du début du XVIII s.) est à la fois une réduction matérialiste de l'âme et une théorie générale du dressage, au centre desquelles règne la notion de « docilité » qui joint au corps analysable le corps manipulable. (Le Breton 1990 : 79).

Quel est donc le rapport entre cette représentation du corps et les différents systèmes de santé ? « Le savoir biomédical est la représentation officielle en quelque sorte du corps humain aujourd'hui » (Le Breton 1990 : 84).

2.2.2. Le corps et les représentations de la propreté

Les représentations de la propreté de chaque culture et de chaque système médical modulent les rapports au corps qu'elles construisent. Pour comprendre les représentations

construites autour du corps, je présente leur évolution dans le système biomédical afin de pouvoir les comparer avec celles de mes deux terrains.

Lorsque Bonnet del Valle décrit l'accouchement hospitalier au XVII s., elle évoque un rapport de février 1660 sur une section spéciale de 24 lits réservés aux parturientes, placée dans une pièce du sous-sol de l'Hôtel-Dieu, ancien hospice situé sur les rives de la Seine :

Les conditions d'hygiène sont inexistantes. En trop grand nombre, les femmes se retrouvent à quatre ou cinq par lit, et la salle obstétrique subit les crues du fleuve dans lequel se déversent les égouts. Ignorant l'asepsie, médecins et étudiants passent allègrement de la salle d'autopsie à la pièce de naissance, sans se laver les mains. Les infections puerpérales se développent rapidement et seule une femme sur vingt survit à l'épidémie en 1746 (Bonnet del Valle 2000 : 69).

Au XIX s., Pasteur découvre que les streptocoques hémolytiques sont responsables des infections chirurgicales et cela va changer le cours de la médecine dans le sens d'un paradigme hygiéniste.

En 1875, en Angleterre, le médecin Benjamin Ward Richardson prononce le discours « Hygéia, une cité de la santé », dans laquelle, selon les mots de Frédérique Lab, « les habitants sont définis avant tout comme des contaminateurs potentiels » (Richardson et Lab 2006 : 14).

Dans la plupart des villes de notre royaume, le système de blanchissage du linge est extrêmement dangereux. Les vêtements d'un père de famille en bonne santé et ceux de ses enfants sont, sans qu'il n'en sache rien, mêlés avant, pendant, et après le lavage, à des draps ou peut-être à des vêtements appartenant à quelqu'un atteint d'une maladie contagieuse. C'est de cette façon que certaines des épidémies les plus graves auxquelles j'ai été confronté se sont développées. (Richardson et Lab 2006 : 70).

Dans cette logique, dans les hôpitaux les malades doivent être isolés des gens sains afin de ne pas propager les maladies. Si la chambre devient contagieuse, elle doit être « démontée, désinfectée et mise à côté, prête à remplacer une autre chambre qui pourrait nécessiter une éviction temporaire » (Ibid. 2006 : 71).

Le corps actuel subit ce que Le Breton décrit comme une exposition du corps qui bascule vers le culte du corps et, en même temps, son effacement. Cet effacement du corps, dans une approche hygiéniste, cherche à supprimer « l'animalité de l'homme : ses odeurs, ses sécrétions, son âge, sa fatigue sont proscrits » (Le Breton 1990 : 136).

Le système biomédical s'est établi dans un contexte culturel occidental, duquel il ne peut pas faire abstraction. Les concepts, les pratiques et les représentations existantes sur le corps ont influencé aussi le système biomédical et ses usagers. Les protocoles visent à supprimer les sécrétions, les poils pour avoir un corps stérilisé.

Cette volonté d'effacement du corps est une évidence dans des protocoles médicaux, tels que le rasage des poils pubiens ou le lavage intestinal avant l'accouchement, qui continuent de se pratiquer dans plusieurs pays dont l'Équateur, malgré les recommandations de l'OMS de 1985 qui soutiennent qu'elles ne sont pas nécessaires. Lors du contrôle citoyen réalisé à la Maternité Isidro Ayora (Comité de usurias/os de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia del Distrito Metropolitano de Quito, Comisión de control cívico de la corrupción 2007), le rasage des poils pubiens a été effectué auprès de 91% des femmes dans l'institution de santé.

Le lavage intestinal se pratiquait à l'hôpital, mais pas lors des accouchements domiciliaires, sauf si la femme avait des problèmes digestifs. Celestina Carvalho, sage-femme domiciliaire à la retraite à Fonte Longa, dit que cette procédure était utilisée chez les femmes ayant « *l'intestin endurci* », ce qui pouvait être diagnostiqué suite à une palpation : « *il faut laver, désinfecter, mettre des gants pour voir comment va le bébé* ». Après avoir rasé la zone pubienne, elle appliquait de la Bétadine (antiseptique à base d'iode utilisé afin de lutter contre la multiplication des bactéries). Son discours véhicule l'idée que le corps de la mère est un agent de contamination. Cette représentation est aussi présente dans les milieux hospitaliers dont le modèle est hygiéniste.

Maria José Bairros utilisait aussi de la Bétadine après avoir lavé et « *nettoyé la femme* ». Elle fait une différence entre les protocoles qu'elle appliquait à l'hôpital où elle rasait les poils pubiens et procédait au lavage intestinal et lors d'une prise en charge domiciliaire où elle ne les pratiquait pas. Lurdes Pereira, ancienne sage-femme portugaise, mettait en place ces protocoles, lorsqu'elle avait le temps. En évoquant ce sujet, elle dit : « *on faisait tout ce qui devait être fait* ». Cette affirmation met en évidence que selon les représentations ces protocoles sont la manière correcte de gérer un accouchement : il faut que le corps de la femme soit « *propre* » et « *stérilisé* » et donc enlever toute trace de poils et de sécrétions, conçus comme sales.

Les *habildosas* de l'époque avaient une toute autre représentation du corps. Les femmes se lavaient elles-mêmes avec de l'eau et du savon ou parfois c'était l'accoucheuse qui le faisait. Les poils pubiens n'étaient ni coupés ni rasés. Le rite du rasage était réservé aux accouchements à l'hôpital : « *on rasait uniquement lorsqu'on allait chez le médecin ou c'était plutôt le médecin qui le faisait. Chez nous c'était 'tel qu'on était'* » (Maria de Luz Correa). Aucune femme interviewée ayant accouché à domicile ne s'est rasée ni n'a fait de lavage intestinal. Le lavage intestinal n'était pas pratiqué ni même connu comme une pratique destinée à l'accouchement. Le corps de la femme (ni son corps, ni ses poils, ni ses sécrétions) n'est pas perçu comme contaminant.

En Équateur, les deux accoucheuses Métis Isabel Verdesoto et Virginia Vizcaíno recourent au rasage si elles ont le temps. Isabel le pratique parfois car « *le sang reste dans les poils et c'est sale* ». Normalement, elle lave le vagin de la parturiente à l'eau et au savon ou à l'eau de vie. Beatriz Paredes, accoucheuse Métis, ne fait pas de rasage, elle se limite à laver le vagin ou à demander aux femmes de le faire.

Un médecin a conseillé à Mario Garcés, accoucheur *Kichwa*, d'utiliser un rasoir et de raser cette zone. Face à cette proposition, sa réponse a été « *à quoi ça sert de la raser, l'enfant*

ne va pas sortir par-là ». Il n'a pas trouvé de rapport logique entre raser la zone pubienne et avoir une infection.

Les accoucheuses *Kichwas* partagent la même représentation du corps que les *Habilidosas* portugaises : les poils et les sécrétions ne sont pas un signe de saleté. Des accoucheuses comme Gladys Grefa ou Estela Grefa encouragent et aident les femmes à prendre une douche ou lavent la zone vaginale avec des décoctions de plantes. Gladys utilise des décoctions de *chugri yuyu*⁶¹ ou *paki panká*, *maria panká* et la feuille de la plante du citron sauvage ou de montagne. Estela Grefa les fait avec du basilic, de la *hierba luisa* (*cymbopogon citratus* –citronnelle, verveine des Andes ou lemongrass), *pachina*, des feuilles de *achiote* (*bixa orellana*, roucou en français).

Elles font ces lavages lorsqu'elles ont le temps, sinon c'est juste à l'eau. Certaines d'entre elles ne lavent pas la femme : « *on ne la lave pas, (on la prend) (así no más) (juste comme elle est)* », dit Antonia Chimbo. Pour Graciela Grefa, ce n'est pas nécessaire pour l'accouchement de prendre une douche ou de se laver, « *les femmes se douchent lorsqu'elles sont sales* ». Ana do Mare, portugaise de 73 ans, affirme la même chose. Lorsque j'ai demandé si elle avait pris une douche avant d'accoucher, elle m'a répondu « *moi j'étais toujours propre. J'ai tressé mes cheveux...* ». Elle ne se sentait pas sale. En revanche, tresser ses cheveux était une priorité pratique pour accoucher plus importante que de se laver. « Laurinha » à Afurada rappelle qu'à l'époque, il n'y avait pas de salle-de-bain dans les maisons et que pour se laver il fallait récupérer de l'eau au fleuve. Les conditions matérielles n'aidaient pas les femmes à se laver, même si elles considéraient qu'elles étaient sales. En général, dans le rite de naissance Kichwa

⁶¹Ce sont leurs noms en *kichwa*. Son nom scientifique est *bryophyllum pinnatum*, source Aguinda Vargas 2015. Voir : <http://repositorio.uea.edu.ec/bitstream/handle/123456789/153/AGUINDA%20VARGAS%20JANETH%20KARINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté en mai 2016)

et pour les femmes portugaises qui accouchaient à domicile autrefois, le corps n'est pas sale, donc il ne faut pas forcément le laver.

Les *doulas* et les sages-femmes à domicile critiquent aussi cette représentation de la propreté. Luisa Condeço, Lurdes Rodea, Mary Zwart, Antonio Ferreira Ester de León, au Portugal, et María Isabel Yáñez, en Équateur, ne sont pas d'accord avec ces deux protocoles. Antonio le fait si la femme lui demande, par respect envers ses désirs. Lurdes Rodea qui pratique actuellement le métier de sage-femme domiciliaire réalise que cela fait quatre ou cinq ans que les femmes ont commencé à se raser ou s'épiler la zone pubienne, de façon quotidienne, pas pour l'accouchement. C'est une nouvelle esthétique, une mode. À la base, elle n'est pas d'accord avec ce protocole pour l'accouchement et elle affirme que le lavage intestinal « *n'est pas recommandé* ».

Luisa Condeço pense que si le lavage intestinal peut mettre la femme en confiance, elle n'est pas contre. Pour elle, c'est normal de nettoyer les sédiments : « *le bébé sort un peu, il y aura un peu de sédiments, un peu le bébé, un peu les sédiments. On nettoie, c'est ce qu'on fait* ».

La présence des sédiments n'est pas pernicieuse pour le nouveau-né, pour ces informateurs faisant partie du système alternatif de santé, qui partagent le même point de vue. Rodea l'explique ainsi : « *le bébé a les immunoglobulines (protéine qui a le rôle d'un anticorps) auxquelles il est déjà habitué. Lors de l'accouchement, le visage de l'enfant rentre en contact avec les fesses de sa mère ; donc il devient résistant à ses bactéries (en développant son système immunitaire)* ». Mary Zwart et de Luisa Condeço vont dans le même sens. Cette dernière argumente :

Pourquoi dieu aurait mis une zone de divertissement à côté d'une zone de saleté ? Le bébé naît par le vagin qui se trouve à côté de l'anus. Il y a une raison. Si cela ne se passait pas comme cela, le bébé, un champ stérilisé comme une boîte pétri, lorsqu'il sortirait, il serait colonisé par la première bactérie. Quand le bébé naît il est colonisé par les bactéries de la mère, pour lesquelles il a déjà des anticorps. Un bébé qui naît par césarienne aurait beaucoup plus de risque d'avoir des problèmes respiratoires, d'hémorragies, parce que les premières bactéries

qui vont le coloniser sont celles de l'hôpital qui sont nocives, qui sont pathologiques. C'est pour cela qu'ils naissent par le vagin. (Luisa Condeço).

Esther de León est d'accord avec cette affirmation et rappelle que le bébé lors du don du colostrum recevra encore une dose d'anticorps pour faire face aux bactéries auxquelles il est exposé pendant et après sa naissance.

Les accoucheuses en Équateur n'évoquent pas tous ces arguments théoriques. Cependant, elles ont les mêmes procédures : elles ne font pas des lavages intestinaux et elles nettoient les sédiments pendant l'accouchement (entretien de Rosa Chiguango). Beatriz Paredes évoque les parturientes qui, lors de l'expulsion, ressentent l'envie de faire leurs besoins et elle les rassure en leur disant « *continuez, ce n'est pas du 'caca', c'est le bébé qui est en train de sortir* ».

Dans ce modèle hygiéniste du système biomédical, il n'y a pas que le corps qui doit être propre. L'hôpital doit être stérilisé, on doit le désinfecter des bactéries et microbes des malades, et ainsi éviter la propagation des maladies (Richardson et Lab 2006). La stérilisation est un des éléments du rite de passage moderne à l'hôpital. L'hôpital doit être et paraître aseptisé, il doit sentir les produits de nettoyage. C'est la représentation du propre dans la société que valorise le SOS. Comment se passe l'accouchement à domicile ? Il y a-t-il une volonté de stériliser aussi le chez-soi de la parturiente ? Quelles sont les mesures d'hygiène appliquées lors des soins des accoucheuses ? Quelles sont leurs conceptions du propre ?

Rappelons d'abord que le concept de « propre » n'est pas univoque. Lors des entretiens avec Elvia Barreno, Métis, et Estela Grefa, un double sens du mot « *limpieza* » (propreté) est ressorti. Faire une « *limpia* » est un rite de nettoyage énergétique que font les guérisseurs ou les sorcières. Cette idée du propre s'oppose à la relation antagonique du corps et de l'esprit établie depuis Vésale dans le système biomédical. Le nettoyage n'est pas seulement physique, mais aussi spirituel dans cette culture.

À Arajuno, j'ai accompagné le couple de Luis et Marcela. Marcela devait accoucher dans sa maison, composée d'une pièce. Ils avaient ramené des poussins pour pouvoir prendre soin d'eux. Les poussins, très jeunes, circulaient dans leur chambre et Marcela leur donnait à manger du riz sur le sol. Lors des contractions, le couple n'a pas cherché à nettoyer d'avantage l'espace. Lorsque Gladys Grefa est venue contrôler l'avancement de l'accouchement, elle n'a pas demandé le nettoyage de la pièce. Antonio Ferreira, sage-femme portugaise l'explique par le fait que « *si la femme arrive à vivre dans cet endroit, cela veut dire que l'endroit est propre. Si elle était malade, alors on pourrait penser que l'endroit est contaminé* ». Pour lui, lors de l'accouchement, il n'est pas nécessaire de faire un nettoyage particulièrement intensif, le nettoyage quotidien suffit.



Photo : Maison d'Arajuno de Luis Tapuy et Marcela Andy

Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Source : Maria Fernanda Acosta A.

Luisa Condeço partage cet avis. Elle admet que la maison ne sera jamais aussi stérilisée qu'un hôpital, mais elle est adaptée pour que les gens qui y habitent puissent y vivre sans risque. « *Pour cela il ne faut rien froter, ni rien stériliser* ».

Cette représentation que la propreté de la maison est suffisante pour accoucher n'est pas toujours présente chez mes informatrices. « Florentina », à Beja, considère que « on ne peut pas être aussi hygiénique qu'un hôpital », « là ils ont des gants, ailleurs non. C'est complètement différent ». Pour elle, qui a accouché à son domicile et à l'hôpital, l'hygiène est meilleure à l'hôpital qu'à la maison et elle va se sentir plus rassurée dans l'institution de santé. Elle termine son argumentation par « l'hygiène est tout ». Laura Pérez estime au contraire que l'hôpital est nettoyé et stérilisé davantage car l'hôpital est un espace de contamination : « il y a des maladies et des bactéries dans l'hôpital. C'est le pire endroit pour qu'un enfant naisse ». (Luisa Condeço).

À Porto, la seule chose que Julia Durão faisait pour préparer sa maison pour l'accouchement, était de mettre un drap plastique pour protéger son matelas du sang. Paula Marques et Laura Pérez se souviennent d'avoir fait un nettoyage approfondi de leur maison avant d'accoucher. *« Je ne sais pas pourquoi, mais je devais le faire. J'ai lavé avec de l'eau les vitres, le sol, la literie ».* *« Cette manie des femmes de vouloir tout nettoyer »*, Laura la nomme *« l'instinct du nid »*. Elle se souvient qu'avant la naissance de sa fille Africa, elle a passé un mois à nettoyer sa maison.

Gladys Grefa, pendant son suivi chez Marcela, avait des gants et du « savlon » (antiseptique) que des médecins français lui avaient offert. Elle m'a avoué ne pas toujours les utiliser. Le Ministère de Santé leur a suggéré l'utilisation des gants. Cependant, cette habitude n'a pas été prise. Les accoucheuses les utilisent rarement. J'ai pu constater lors de l'accouchement suivi par Antonia Chimbo au sous-centre de santé qu'elle ne les a pas utilisés. Selon Maxi Andi, ce sont aussi les parturientes qui les refusent.

Cependant, les accoucheuses et les accoucheurs insistent sur le fait qu'ils/elles lavent leurs mains et qu'ils/elles désinfectent leurs outils (le fil pour attacher le cordon, ou pour le couper, les ciseaux ou les morceaux de *caña guadúa* (bambou) chez d'autres accoucheuses), avec de l'eau bouillante, de l'alcool ou de l'eau de vie. Souvent, elles font bouillir le fil et les ciseaux. Les accoucheuses portugaises faisaient aussi bouillir de l'eau pour laver la femme après l'accouchement et pour laver le nouveau-né. Elles faisaient également bouillir les ciseaux et les fils ou elles les trempaient dans de l'alcool. L'accoucheuse de Natalia dos Santos a utilisé

de l'eau distillée. Selon mon informatrice à Casa Branca, à propos de son accoucheuse, « *elle s'est lavée les mains et tout, elle était très propre* ». Ces mesures d'hygiène lui ont paru suffisantes.

María Isabel Yáñez, la *doula* d'Équateur reprend le concept de « propreté » dans un sens large. Pour elle, le nettoyage avant l'accouchement doit être un nettoyage émotionnel et pas seulement physique :

Chez toi tu peux avoir tes acariens, tes microbes ; mais si tu n'as pas un nettoyage émotionnel, il y a de la peur, de l'angoisse, même si l'accouchement est chez toi, ça va être une expérience moche. Je crois qu'il doit avoir un nettoyage émotionnel, un nettoyage spirite, corporel et puis, dans une cinquième ou sixième place je dirais un nettoyage de stérilisation... La stérilisation fait partie de l'accouchement médicalisé et instrumentalisé. Moi je vais plus loin dans le concept de nettoyage. Au moment que le bébé est allaité, les histoires des microbes se finissent (María Isabel Yáñez).

En général, les accoucheuses traditionnelles au Portugal et en Équateur n'ont pas une conception du corps comme une entité sale devant être stérilisée pour l'accouchement. Le corps doit être lavé et nettoyé pour certaines accoucheuses. Pour d'autres, femmes ou accoucheuses, si la toilette quotidienne est faite, le corps n'est pas sale. Le nettoyage de l'espace n'est pas une préoccupation lors de l'accouchement domiciliaire. Il doit être propre comme au quotidien. Certaines femmes ont « l'instinct du nid », mais ce nettoyage en profondeur n'est pas une désinfection ou une stérilisation comme dans le modèle hygiéniste de l'hôpital.

Concernant les représentations de la propreté à l'hôpital, les avis sont partagés : pour celles qui adhèrent au modèle technocratique et biomédical, l'hôpital et sa propreté les rassurent. D'autres femmes considèrent que la propreté de l'hôpital est relative : elles reconnaissent que l'hôpital est propre, mais en même temps cette stérilisation les renvoie à la représentation de l'hôpital comme une source de contamination, donc comme un endroit pas adapté pour des accouchements. La représentation du propre n'est pas homogène. Le « propre » peut même décrire des niveaux émotionnels et spirites.

2.2.3. Corps, rôles et rapports

Le Breton reprend Vésale pour décrire le système biomédical. Dans les postulats de ce dernier il distingue trois caractéristiques. Le Breton le qualifie comme « un triple retranchement » (Le Breton 1990 : 186) :

L'homme est coupé de lui-même (distinction entre homme et corps, âme-corps, esprit-corps), coupé des autres (passage d'une structure sociale type communautaire à une structure type individualiste), coupé de l'univers (les savoirs de la chair ne puisent plus à une homologie cosmos-homme, ils deviennent singuliers, propres seulement à la définition intrinsèque du corps). (Le Breton 1990 : 186).

Ces trois conditions sont présentes lors de la prise en charge biomédicale en Équateur⁶² et au Portugal. Tout d'abord, il existe un morcellement du corps, propre de la logique des spécialisations présente dans le système biomédical. Il y a un spécialiste pour la prise en charge de chacune des fonctions du corps. Il n'y a pas une vision d'ensemble du corps, ni des différentes composantes de l'univers de la personne, telle qu'une compréhension qui intègre les aspects physiologiques, émotionnels, psychologiques, sociaux, culturels (croyances religieuses ou représentations transcendantales incluses). Même si la médecine intégrale le propose, cette vision d'ensemble s'oppose à la spécialisation des champs de connaissance.

La prise en charge de l'accouchement biomédical se déroule dans un environnement médicalisé étrange pour la parturiente qui est coupée de son entourage familial et quotidien. La famille n'est pas intégrée dans le dispositif des soins hospitaliers lors de l'accouchement, à l'exception souvent d'un proche dans certains établissements (généralement privés ou, en

⁶² La description dans le cas de l'Équateur s'applique jusqu'en 2008, date des réformes dans le plan de la santé, notamment l'introduction de l'approche de santé interculturelle qui prend en compte le système de santé traditionnel.

Équateur, dans les centres publics qui ont mis en œuvre les réformes issues de la « santé interculturelle » (supra note 14)).

Le médecin compte sur la confiance des parturientes et de ses patients, mais il ne fait pas partie de leur monde quotidien. Il possède en soi un statut de par ses connaissances académiques qui va être reconnu par ses patients et par lui-même lors de ces rapports avec les usagers ou « les malades » :

La présomption d'ignorance appliquée au malade (ou aux médecins qu'elle ne contrôle pas), qui garantit l'institution médicale dans la certitude et la supériorité de son savoir, nourrit aussi les réticences et les désertions d'une clientèle qui cherche ailleurs une meilleure compréhension. (Le Breton 1990 : 196).

Le récit de la naissance de la première fille de María Isabel Yáñez, *doula* en Équateur, montre cette relation de pouvoir qui passe par un discours infantilisant. Lorsque cette femme rappelle au médecin qu'elle ne voulait pas accoucher allongée et qu'elle ne voulait pas de perfusion, non seulement il a ignoré ses demandes, mais il répondait en éludant les questions. « *Non, tranquille, tout va être bien, quand ta fille sera née, tu vas constater que tout passe* » Lorsqu'elle exprimait sa douleur quand ses jambes étaient sur les étriers, il répondait : « *non, non, tranquille (« mija ») ma fille, tout va bien se passer* ». Il l'a dépossédée de son droit à décider de son corps. Le ton condescendant et les paroles infantilisantes étaient destinés à la rassurer, mais aussi à établir un rapport de pouvoir dans lequel seul lui savait et décidait. C'est la parole du système technocratique sur les choix de la femme et les droits sur son corps.

Selon les *doulas* et sages-femmes portugaises, lors de l'accouchement hospitalier l'attention est surtout attirée vers les pathologies et ses possibles préventions. Dans l'ouvrage de Bonnet del Valle, ces dynamiques hospitalières régies par la technocratie sont décrites par Salomé, une ancienne sage-femme de la maternité des Lilas, en France, en décrivant ses premières années de service :

Au CHU où je travaillais, arrivaient toutes les pathologies environnantes et l'accouchement consistait à ne pas quitter des yeux le monitoring et à surveiller le goutte à goutte. Les femmes étaient infantilisées et dépouillées de leur personnalité... (Bonnet del Valle 2008 : 170).

La construction du corps dans le système biomédical a aussi des incidences dans d'autres sphères. Par rapport à l'aspect relationnel entre les patient(e)s et les agents de santé biomédicaux, Le Breton distingue les médecins, les infirmières et les aides-soignantes. Ce sont ces dernières qui ont un contact plus direct avec les patients tandis que pour les médecins le relationnel n'est pas essentiel. Ces professionnels « valorise(nt) plutôt l'aspect technique de (leur) métier » ; « la consultation ou la visite au chevet du malade est réduite au seul recueil des informations nécessaires au diagnostic » (Le Breton 1990 : 189).

Les témoignages recueillis lors des terrains en Équateur et au Portugal révèlent que les rapports entre les femmes enceintes et les accoucheuses traditionnelles sont de proximité. Souvent elles sont voisines, amies, apparentées ou des personnes connues du village. Avec le personnel de santé, les relations entretenues sont plus distantes pour plusieurs raisons : la distance médecin/patient, parfois les différentes origines ethniques, économiques ou socioculturelles (et même linguistiques dans le cas des populations qui ont pour seule langue le *kichwa* ou qui ne sont pas complètement hispanophones).

La relation étroite existant à l'intérieur de la communauté fait que l'accoucheuse n'est pas une inconnue, ni la parturiente pour l'accoucheuse. Le rapport s'est déjà créé avant l'accouchement et même avant la grossesse. Selon Gladys Grefa, les parturientes disent souvent d'elle qu'elle est très câline, incapable de crier (bien qu'elle reconnaisse que d'autres accoucheuses le font). « *Moi j'ai plutôt envie de pleurer en les voyant pleurer avec leurs douleurs* », ajoute-t-elle. Pendant son étreinte, lui disent les femmes, la douleur passe.

Étymologiquement, beaucoup des anciens termes qui désignent les accoucheuses traditionnelles se composent de mots qui désignent des membres de la famille. *Matrone* vient de « *mater* » qui signifie « mère », « *commare* » (commère en italien) est utilisé aussi dans le sens d'accoucheuse, le terme se construit des mots latins « *cum* » avec et « *mater* ». En allemand, le terme est « *Heballe* » qui naît des mots « *heben* » tenir et « *ana* » grand-mère. En alsacien le nom employé pour désigner la sage-femme est « *Hewamm* », dérivé de l'allemand (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 6).

Ces termes dénotent une accoucheuse traditionnelle perçue comme la mère, la grand-mère, comme une personne proche de la parturiente et qui l'assiste. Ce rapport contraste avec la distance professionnelle instaurée entre les agents de santé et les patientes, selon Le Breton.

Dans les pratiques observées dans nos deux pays, y a-t-il cette idée de l'accoucheuse-commère ? Dans l'Amazonie de l'Équateur, les femmes demandent aux accoucheuses de devenir les marraines des enfants qu'elles ont aidé à naître. Maria Chimbo a accepté de l'être. Gladys Grefa ou Beatriz Paredes n'ont pas accepté car cela impliquait « *trop de responsabilités* ». Cependant, un lien privilégié s'établit entre les accoucheuses, les femmes, les nouveau-nés et les familles. Au Puyo, Beatriz Paredes est connue comme « *Mama Bachita* ». De même, à San Jorge, Isabel Verdesoto est connue comme « *mama Chavica* » (Bachita est un surnom affectueux donné aux Beatriz ainsi que Chavita l'est pour Isabel). Au Portugal, en parlant de l'accoucheuse qui l'a assistée, « Maria » dit qu'elle « *a été comme une mère pour moi. Elle me manque, je ne l'oublierai jamais* ».

Cette pratique de demander aux accoucheuses de devenir les marraines des enfants est de moins en moins courante. Selon Violeta Andy, « *avant, elles (les accoucheuses) étaient même les marraines, mais maintenant non, elles viennent juste les chercher* ». À Arajuno et à Santa Clara, il y a un rite une semaine après que l'enfant soit né ; la marraine prend le nouveau-né dans ses bras, fait le tour du pâté de maison avec la famille qui fait sonner des casseroles. Ce rite a pour objet de présenter le bébé au voisinage.

Au Portugal, la *habildosa* n'est pas la marraine, mais dans toutes les régions, c'est elle qui porte l'enfant jusqu'à l'église au moment du baptême et le donne aux parrains. Elle devient une sorte de « marraine de fait ». Selon Paula Marques, « *on dit que lorsque tu assistes à l'accouchement, tu es la marraine* ». Même dans des cérémonies très discrètes, il y a au moins les parents de la mère et du père, les parrains et l'accoucheuse.

Une relation très étroite se tissait entre l'accoucheuse et la famille, l'accouchée et les enfants. J'ai été témoin d'une rencontre entre Maria José Bairros Lema et l'une des enfants qu'elle avait aidé à naître. Âgée de 33 ans, elle avait eu à son tour un enfant. J'ai été également témoin d'une rencontre entre Isabel Verdesoto et l'une des filles qu'elle avait aidé à naître, Mery, qui avait deux enfants qui appelaient l'accoucheuse « *mama Chavica* ». Dans les deux cas, les rapports entre les accoucheuses et les femmes étaient très étroits et affectueux. Ce rapport se conservait dans le temps : « *nous restions très liées (...) elle passait prendre des nouvelles des enfants, savoir si tout allait bien avec moi, si j'avais besoin de quelque chose. Et puis elle partait et elle faisait sa vie* » (Maria Augusta Capela, Portugal)

Au vu des entretiens, les accoucheuses font partie du quotidien des parturientes : souvent elles sont leurs voisines et même leurs amies, parfois elles font partie de leurs familles. Ana do Mare le résume ainsi : « *les accoucheuses étaient d'ici* ». Il y a un sens d'appartenance commune, dans cette affirmation qui connote un sentiment de rapprochement et d'identité partagée. Parfois, elles sont simplement des voisines. Dans d'autres cas, elles sont et voisines et amies, ou bien l'accoucheuse est amie de la mère de la parturiente.

Le rapport entre l'accoucheuse et la parturiente est différent de celui qui se met en place entre le médecin et la « *patiente* ». Dans ce dernier cas, ils ne font pas partie du même univers quotidien et une « distance professionnelle » est établie.

À propos du rapport accoucheuse/femme pendant l'accouchement, la portugaise Maria Augusta Capela dit : « *Elle était très affectueuse, elle ne nous grondait pas* ». Estela Grefa, accoucheuse équatorienne, raconte qu'elle essaie de soulager les femmes qui accouchent avec elle par des phrases rassurantes telles que : « *mija (ma fille), tu ne dois pas faire comme ça, tu peux tuer le bébé, tu dois faire ainsi. Tu dois être forte* ». Elle donne des conseils aux femmes. Bien que la relation entre l'agent de santé et la parturiente est différente dans les deux systèmes

de santé (le biomédical et celui de la tradition), dans les deux cas il y a un discours normatif sur les pratiques d'accouchement. Dans le cas des médecins, le protocole doit être suivi impérativement et dans le cas des accoucheuses, ce discours peut être un impératif ou une recommandation. Dans le cas où le discours est formulé sous la forme d'un ordre, la femme a moins de possibilité de décider de son corps.

En général, la relation entre l'accoucheuse et la femme est plus étroite que celle du médecin. Dans plusieurs cas, elle se met à la place de la femme. « *On doit aider la pauvre femme qui a des douleurs, la pauvre est dans le besoin, on doit prendre soin d'elle et lui donner notre collaboration* » (Estela Grefa).

Virginia Vizcaíno est une exception dans mes entretiens. Elle avoue qu'elle parlait fort, en disant « *poussez, poussez, caramba* (interjection qui pourrait être traduite par 'zut') », un peu fâchée à l'égard des femmes « *pour qu'elles réagissent* ». Après l'accouchement, dit-elle, la famille de la femme est très reconnaissante. C'est la seule accoucheuse dans les deux contextes qui reconnaît avoir des rapports un peu autoritaires et morigéner les parturientes.

Concernant la rémunération de la prise en charge, il y a différentes façons de faire. Lorsque la parturiente fait partie de la famille ou de l'entourage proche (amies), les accoucheuses (au Portugal ou en Équateur) ne font pas payer leurs services. Luz do Céu dit « *non, je ne me suis jamais fait payer* ». Pour la fille de Candida dos Anjos, « *ce n'était pas pour l'argent, ni rien, elle ne recevait rien* ». L'*habilitosa* d'Afurada affirme « *payer ? À cette époque personne ne payait. Tout se faisait gratuitement* ». À Arajuno, le discours des accoucheurs et accoucheuses est le même : « *on ne se fait pas payer, Dieu un autre jour va nous compenser* » (Estela Grefa). « *Certaines disaient « pakrachu » (merci en Kichwa), merci, on ne se fait pas payer, Dieu vous aide, c'est le plus important pour nous* ».

Leurs services contribuent à construire une cohésion sociale dans leur communauté (ou dans leurs *freguesias* dans le cas du Portugal). La foi chrétienne rend possible une rémunération symbolique : Dieu postérieurement paiera cette action. Bien que l'argent ne soit pas accepté entre les proches (à moins que la voisine ait beaucoup de moyens (Natalia dos Santos, Portugal), la rétribution en biens n'est pas refusée. Au Portugal, la femme donnait une « *lembrança* » (un souvenir) dans la plupart des cas qui consistait souvent en un vêtement (une blouse ou une jupe). Dans le cas des accoucheuses *Kichwas*, c'est plutôt de la nourriture : « *l'époux de la femme me donne un coq. Moi j'ai répondu « donne à ta femme » et lui il m'a dit « non, toi aussi tu as souffert ».* C'est notre coutume chez les *Kichwas*, quand tu aides, on te donne quelque chose ».

Chez les *Kichwas*, lorsque la parturiente ne fait pas partie de l'entourage proche, la famille demande souvent à l'accoucheuse combien elle doit payer. La réponse est généralement : « *lo que sea su voluntad* » (ce qui est votre volonté). Cette expression très répandue est un moyen d'éviter de fixer un tarif et de laisser la responsabilité à la famille qui doit tenter de compenser l'effort de l'accoucheuse en donnant une somme convenable.

Bien que les populations d'Arajauno et de la région Puyo-Tena (Santa Clara, Rey de Oriente, San Jorge et Capricho) soient en majorité *kichwas*, on note une approche différente de la rémunération de la prise en charge de l'accouchement.

À Arajuno, il s'agit d'un service que les accoucheuses et accoucheurs rendent à la communauté. Ils insistent sur la gratuité. Arajuno est aussi un *cantón* où il y a quatre associations qui travaillent sur les droits culturels. La sauvegarde des connaissances ancestrales en médecine est l'une de leurs priorités. Les accoucheuses sont une figure référentielle pour la communauté. La reconnaissance en tant qu'accoucheuses leur confère déjà un statut social.

Au *cantón* de Santa Clara, faire payer les gens qui ne sont pas proches des accoucheuses semble aller de soi. Cela peut s'expliquer. En 1962, Guillermina Gavilanes devient religieuse de l'ordre catholique des *Murialdinas*. Auparavant, elle avait été médecin à l'hôpital de Santa Clara (Bellotto 2012). Elle commence à prendre en charge les accouchements de la population et à faire des formations obstétriques pour les accoucheuses. D'après mes informateurs, elle est décédée en 2011. Selon Esperanza Padilla, cette religieuse lui a dit de se faire payer : « *je prends cinq dollars, la sœur Guillermina a dit qu'il faut demander dix dollars. Dans d'autres cas on m'a donné la moitié d'un quintal de pommes de terre, des fruits et dix euros* ». Ce discours se répète chez plusieurs accoucheurs de la zone : Rosa Guatatocha et Xavier Grefa (à Santa Clara). Il est probable que le discours de la sœur Guillermina a influencé les représentations de la prise en charge de l'accouchement au sein de cette population. Pour ces accoucheurs, la prise en charge peut être marchandisée si la parturiente n'est pas proche ou membre de leur famille.

Dans les cas des accoucheuses Métis en Équateur, la prise en charge de l'accouchement, au contraire des accoucheuses *Kichwas*, n'a pas une fonction de cohésion sociale. C'est une activité qui doit être rémunérée. Pour Elvia Barreno et Isabel Verdesoto, le prix de la prestation est établi par la famille. Elles demandent aux familles « *su voluntad* » (sa volonté), qui peut être entre dix et vingt dollars.

Pour Beatriz, il s'agit d'un métier où l'expérience lui attribue le droit de fixer un tarif progressif.

J'ai commencé en demandant très peu, à l'époque cinq sucres (monnaie de l'Équateur jusqu'en 2000) (...) il faut 'hacerse valer' (que les autres reconnaissent que c'est un travail et le rémunèrent). Le dernier accouchement j'ai pris quarante dollars ». Cependant, elle a des tarifs différenciés : « c'est d'après la condition de la personne, quand ils sont très pauvres, je ne leur demande rien. (Beatriz Paredes)

Claudia Jaramillo est du même avis, elle se sent libre de fixer le tarif d'après l'effort et l'investissement que la prise en charge demande. « *Cinquante, quarante, soixante (dollars), ça*

dépend. Il y a des accouchements où des complications se présentent et vous devez passer toute la nuit... ».

Même si les femmes qui ont recouru à ces accoucheuses sont très reconnaissantes, il n'y a pas le même lien qu'avec les accoucheuses *Kichwas* où la prise en charge constitue un acte non marchand qui contribue à la cohésion sociale.

Le service des *enfermeiras parteiras* (sages-femmes) était couvert par la « sécurité sociale ». Dans certains cas, les accouchements domiciliaires étaient rémunérés en dehors du salaire. Maria José Bairros prenait 120 *contos* dit-elle (mais ça doit être des *escudos*, car les *contos* ont disparu en 1911), tandis qu'elle ne touchait pas des frais supplémentaires pour les accouchements qu'elle assistait à l'hôpital. Pour les accouchements assistés par Lurdes Pereira, c'était le médecin qui récupérait ce supplément salarial.

Bien que le système de santé couvrait ces frais, des femmes ont aussi payé leurs services « *Ce qu'elles voulaient le plus c'était l'argent et partir (...) Je devais les payer, rien n'était gratuit* » (Adeilada Zaraiba). Emma, à Mindelo, se souvient que la famille lui donnait « *des fruits, des oignons, ou ce qu'ils avaient* » comme un moyen symbolique de rétribution. Mais comme elle avait déjà son salaire, cela la dérangeait un peu, « *ils étaient tellement pauvres... lorsqu'ils avaient un peu plus d'argent j'acceptais. Mais je n'aimais pas trop qu'ils m'en donnent* ».

Actuellement, les *doulas* et les sages-femmes domiciliaires sont des professionnels de la santé, souvent à leur propre compte. Leur prise en charge est considérée comme une prestation médicale. Ils ne font pas forcément partie de la population où les parturientes habitent. Les femmes assistées sont dans une logique du marché du travail. La représentation du travail dans

ce contexte est celle d'une activité rémunérée. Le fait que ce service soit payé ne choque ni les prestataires ni les usagères.

Les sages-femmes prennent entre 900 et 2000 euros (Lurdes Rodea), 1000 euros Antonio Ferreira et 1200 euros Mery Zwart. Ce tarif inclut aussi les contrôles post-partum. Les tarifs des *doulas* sont moins élevés : Luisa Condeço prend entre 350 et 400 euros pour l'accouchement avec une visite post-partum comprise et 35 euros des visites domiciliaires pendant la grossesse. Esther de León demande 350 euros pour l'accouchement, quatre consultations pendant la grossesse et une après. María Isabel Yáñez demande 280 dollars pour 20 heures de préparation à l'accouchement et 300 euros pour l'accompagnement pendant l'accouchement. Ces deux dernières *doulas* font payer les femmes selon leur situation économique, elles mettent en place des tarifs différenciés. María Isabel accepte aussi le troc.

Bien que ce service soit une transaction commerciale, des rapports assez forts se construisent entre ces agents de santé (surtout les *doulas*), la femme et les enfants qui naissent grâce à leur assistance. Luisa me racontait que parfois, les femmes qu'elle a accompagnées sont devenues ses amies. Il arrive qu'elles la sollicitent pour garder leurs enfants. Pour María Isabel et pour Laura Pérez qui ont eu aussi une *doula*, la relation est d'ordre sororal. Elle ne relève pas du quotidien, mais de l'intensité du sentiment. « *Avec ma doula, on ne se voit pas régulièrement, mais à chaque fois qu'on se voit c'est une fête : on s'enlace, elle est comme une sœur pour moi* » (Laura Pérez, Fonte Longa).

Selon María Isabel, le rôle de la *doula* occupé à l'heure actuelle dans une société imprégnée pas le système officiel de santé a toujours existé : c'étaient les grand-mères, les mères qui accompagnaient la femme. Cette affirmation corrobore le cas de Nunkuy Nunkay, à Taisha. Cette population *shuar* n'a pas de *doulas*, ni de sage-femme ni de médecin pour accoucher. C'est le mari, avec la mère ou la belle-mère de la parturiente qui assiste cette

dernière. Mi-temps de jeu de la pop en orthographe. Parce que Nadia travail en affaires comme elle

Alors que dans le système biomédical cette distance est instaurée, dans la médecine traditionnelle il y a habituellement un accompagnement de la personne qui a un côté psychologique. Dans ces pratiques, il existe souvent un temps consacré à la parole et l'écoute et même une sorte de restitution au sujet de « sa pleine responsabilité dans la prise en charge de ses troubles » (Le Breton 1990 : 199). C'est tout le contraire dans la biomédecine où le rôle de l'utilisateur est d'être « patient » et d'attendre la guérison proposée par le médecin. Dans un accouchement non-hospitalier, la femme a souvent la possibilité d'avoir un rôle plus actif, point qui sera développé dans le chapitre consacré à l'accouchement.

Au terme de la section de ce chapitre intitulée « Tu enfanteras dans la douleur », j'analyserai les représentations de la maladie, de la douleur, de la peur, de la mort et du monde du sacré dans la culture de la naissance sur nos deux terrains, sous l'influence de la religion catholique.

2.3. Tu enfanteras dans la douleur

Plusieurs expressions du langage quotidien évoquent le moment de l'accouchement : en Équateur, on parle « *du voyage* », ou on utilise l'expression « *se va a enfermar* » (elle va être malade), pour dire « elle va accoucher ». Dans les entretiens du Portugal, j'ai repéré « *fazia o nininho* » (elle a fait le petit enfant) ou « *quando eles vinham à boca do corpo* » (lorsqu'ils (les nouveau-nés) viennent à la bouche du corps). Ces expressions très imagées dénotent les représentations sous-jacentes de l'accouchement.

2.3.1. Constructions et perceptions de la douleur

Indépendamment des origines socio-économiques et culturelles, dans les récits des accouchements, lors des entretiens et même dans des discussions informelles, ressort le thème de la peur et de la douleur, soit implicitement soit dans une attitude de déni. La peur est associée soit à la douleur, soit à la mort, sujet qui n'émerge pas au premier abord.

Bien que la douleur lors de l'accouchement (sans antidouleur) soit ressentie par pratiquement toutes les femmes en tant qu'un phénomène biologique, ses manifestations extérieures diffèrent d'une culture à l'autre (ainsi que, probablement, la manière dont la douleur est ressentie). La douleur est un fait à la fois physiologique, individuel et collectif, les réponses apportées à cette douleur étant modulées selon les contextes culturels. « ... en effet, chaque société ressent la douleur, la situe, lui donne une signification, à un niveau original qui est fonction de toute l'organisation sociale » (Revault d'Allonnes 1991 : 63).

Tandis que dans les sociétés à forte présence de la biomédecine il y a une volonté de réduire (et même nier) la douleur avec des procédures telle que l'Accouchement Sans Douleur⁶³, la péridurale ou épidurale, dans d'autres sociétés la douleur lors de l'accouchement est minimisée. « Certaines sociétés semblent les (les expressions de la douleur) ignorer totalement ; d'autres les autorisent ; certaines les interdisent. Il y a des sociétés qui minimisent les expressions de la douleur, les négligent, les traitent comme des événements anecdotiques sans portée et sans signification. » (Revault d'Allonnes 1991 : 63).

⁶³ « C'est l'ensemble de ces courants de recherche qui a servi d'appui à Nicolaïev (1936), Platonov (1940), Velvovski (1950) pour apporter en force en 1951 à la conférence sur l'analgésie de l'accouchement (réunie par l'Académie de médecine de l'URSS) des informations et des résultats très favorables venant de Karlov, Moscou et Leningrad. Dès juillet 1951, le gouvernement a pris un décret étendant la Méthode Psychoprophylactique à toutes les maternités de l'URSS, décret qui transforma pour un temps le pays en champ d'application et d'expérimentation » (Revault d'Allonnes 1991 : 29). Repris dans la culture de la naissance.

À Alor, une île indonésienne, « la naissance est considérée comme un processus courant et facile », les difficultés rencontrées ne sont pas « amplifiées ». Les parturientes soupirent doucement et transpirent parfois. Ces accouchements sont décrits par Du Bois comme « l'antithèse parfaite » de l'accouchement dans les sociétés occidentales (Du Bois dans Revault d'Allonnes 1991 : 64).

En espagnol populaire, mais aussi en français et portugais, au lieu de parler du travail de l'accouchement ou des contractions, de nombreuses personnes utilisent l'expression "*los dolores de parto*" (les douleurs de l'accouchement). Pendant l'accouchement, le terme « contractions » est complètement éliminé et substitué par « douleur ». Cet usage rend synonymes les deux termes. Suivant cette logique, les contractions doivent être douloureuses. « La douleur est liée de façon constante à la contraction utérine efficace (pas les contractions pendant la fin de la grossesse, mais celles du travail de l'accouchement) ; à tel point qu'on peut écrire l'équation : contraction utérine d'accouchement = douleur. » (Revault d'Allonnes 1991 : 73).

La question est encore plus évidente si l'on analyse la tradition judéo-chrétienne. L'accouchement douloureux, dans la souffrance, est considéré comme une punition du péché capital. Dans l'Ancien Testament, suite à la consommation du produit interdit, Dieu parle à Ève et lui dit « Tu enfanteras avec douleur » (Genèse 3-16) (La Bible 1910). Par conséquent, la délivrance est construite dans un cadre de culpabilité, hérité culturellement de la religion. Pendant que je faisais le contrôle citoyen (2007), dans la Maternité « *Isidro Ayora* », une informatrice disait que lorsqu'elle s'était plainte des douleurs pendant la dilation, une infirmière lui avait cité un dicton : « *et oui c'est comme ça, 'por donde se peca se paga'* (par où on pêche on paie) ».

On retrouve ici la « culture de la culpabilité » propre aux représentations chrétiennes. La sexualité féminine est associée au péché (notamment le péché capital), à la faute qui ramène la femme à un rôle passif. Dans une approche psychologique Revault d'Allonnes décrit la sexualité féminine comme étant passive, mais aussi perçue de façon dichotomique : soit comme étant ardue, douloureuse, lourde, sale, soit oblatrice, dans le don de soi, le sacrifice.

Tout l'exercice réel de la vie sexuelle féminine (...) mais aussi la venue des règles, la défloration, les grossesses, les avortements, les fausses couches, les accouchements, la maternité, la ménopause, etc., sont autant d'expériences typiquement féminines, vécues soit comme pénibles, sales, douloureuses, soit comme oblatrices. Ces expériences requièrent le plus souvent de la femme l'acceptation de leur caractère douloureux, la résignation, le sacrifice, le don de soi. (Revault d'Allonnes 1991 : 53).

Dans les cultures chrétiennes il y a une forte référence à la Vierge Marie, icône construite sur sa maternité : Marie est reconnue pas seulement par le fait d'être une femme, mais comme mère de Jésus. Dans son rôle maternel, elle est présentée comme soumise et dévouée.

La vierge, dans de nombreuses iconographies religieuses, est le symbole de la maternité et de la souffrance. Il existe même la vierge « la Dolorosa » ou d'autres vierges qui sont présentées comme étant dans la souffrance. La vierge « Dolorosa » ci-dessous est représentée avec un cœur transpercé par des épées, qui symbolise sa souffrance lors de la crucifixion de son fils.

Pour les femmes, la vierge est surtout un symbole de maternité et de souffrance. En tant que mère de Jésus, elle a souffert car elle fut témoin de la mort de son fils. Ces éléments combinent la maternité à la souffrance sur un concept unique : celui de la mère souffrante (notre traduction) (Melhus 1993 : 98).



Figure 2 : Image de la *Virgen dolorosa*

Source : Nuevo Diccionario de Mariología (2010)⁶⁴,

Les représentations de certaines femmes dans des contextes marqués par la foi catholique associent la maternité à un acte de sacrifice. Vivre l'accouchement, le début de la vie de l'enfant, dans la douleur et dans la souffrance fait partie de cette logique.

Les actes concernant la sexualité, notamment la perte de la virginité chez les femmes qui marque le début de la vie sexuellement active, sont marqués par le signe du péché. De par cette « faute », lors de l'accouchement, la femme trouve une voie pour se racheter, pour faire pardonner son péché originel, les rapports sexuels, avec sa douleur et sa souffrance et son sacrifice en tant que mère.

Ce péché (les rapports sexuels) est impératif si elle s'accomplit en tant que femme, c'est-à-dire en tant que mère. En sacrifiant sa virginité, elle se couvre de honte : et à travers sa chasteté, elle maintient sa pureté. Uniquement à travers la souffrance, les femmes peuvent se rapprocher de l'idéal de la Vierge. La souffrance est l'expression active de la pureté de la femme, elle est faite

⁶⁴ Voir : http://www.corazones.org/maria/dolorosa_virgen.htm (consultée en août 2015).

pour souffrir. Ainsi la souffrance devient une vertu et les femmes, leurs victimes (Melhus 1993 : 59)

Mes informatrices équatoriennes évoquent surtout des représentations religieuses pendant qu'elles parlent de l'accouchement. Le discours de la naissance est imprégné de la représentation chrétienne. La vierge Marie est un repère de « maternité » très présent. La maternité est perçue comme entourée de douleurs et de sacrifices : « *On a des enfants comme la vierge qui a eu des douleurs (...) mais c'est mieux qu'elles aient des douleurs pour qu'elles sachent ce que c'est d'avoir des enfants* » (Isabel Verdesoto).

La douleur est ainsi naturalisée : presque toutes les personnes interviewées ont répondu positivement à la question « est-ce que la douleur est normale lors de l'accouchement ? », sauf les *doulas*, quelques sages-femmes qui revendiquent l'accouchement domiciliaire et deux accoucheuses qui ont été témoins d'accouchements vécus autrement. Selon Claudia Jaramillo, pour accoucher il faut avoir des douleurs, sinon elle ne pourra pas accoucher. « *Dieu a laissé ainsi pour nous, comme pour Ève ; toutes les femmes on doit souffrir* », ajoute Graciela Grefa.

C'est le résultat du péché d'Ève : « *parce que Ève a mangé la pomme, c'est pour cela que ça fait mal* » (Gladys Grefa). L'accouchement est un acte de rachat, c'est « une cruelle épreuve douloureuse » (Revault d'Allonnes 1991 : 55) : « *Dieu a dit à Ève : 'tu as péché c'est pour cela que tu as des douleurs (...) et c'est comme ça que Dieu a créé les douleurs* » (Antonia Chimbo). « *C'est la paie du péché des femmes* » (Beatriz Paredes).

À cette référence religieuse de la mère sacrifiée et dévouée vient s'ajouter la souffrance éprouvée par Jésus lui-même, image rédemptrice dans la représentation commune chrétienne. « ... les doctrines et les pratiques chrétiennes accordent aux souffrances physiques et morales une valeur personnelle de formation, et une valeur cosmique de rachat » (Ibid. 1991 : 70).

La médecine, à travers la technique, vise à supprimer cette douleur et symboliquement cela serait une sorte de défi face au châtement. Alors que pour certaines femmes la douleur doit être subie comme une voie d'expiation de leur sexualité, pour d'autres il faut échapper à cette douleur. Le système technocratique offre une alternative. La médecine a un discours dans lequel la douleur est niée, elle doit être supprimée. Sur ce point Luisa Condeço, *doula*, affirme :

Il existe un mythe très grand à propos de la douleur : la douleur doit disparaître, elle ne peut pas être présente. À la télévision, il y a des médicaments qui ont pour slogan 'deux fois plus rapides pour éliminer la douleur'. Deux fois plus rapide ? Alors on est des voitures ? Des TGV ? On est tous dans une société qui ne valorise pas la douleur. La plupart des femmes pensent que la douleur de l'accouchement est une douleur qui doit être absolument évitée. Il y a des gens qui écrivent des articles qui affirment que les femmes qui veulent ressentir de la douleur sont des femmes primitives, parce qu'actuellement il y a plus d'un médicament pour l'éviter. Le rôle de la doula est, au-delà de la théorie, des études, de la pratique, de faire un travail émotionnel (avec la femme). Pour qu'une femme puisse exercer son métier de doula, elle doit découvrir quelles sont ses peurs, quelles sont ses croyances limitantes, pour qu'elle puisse alors les distinguer, les identifier chez l'autre.

Tous les moyens technologiques pour éviter la douleur sont pertinents dans la représentation de certaines femmes, qu'il s'agisse de l'épidurale (ou péridurale (lombaire) dans le cadre obstétrique, technique d'anesthésie locale consistant en une injection dorsale afin de bloquer la douleur) ou de césarienne⁶⁵.

La péridurale est perçue comme l'alternative moderne pour les accouchements : « *avant ce n'était pas comme ça. Juste pousser et accoucher (...) J'ai eu beaucoup de douleur. Avant ce n'était pas comme maintenant* » dit Julia Durão (Porto) ; « *il y a 55 ans tout était différent, il n'y avait pas tout ce qu'il y a maintenant* » (Natalia dos Santos, Coimbra). Dans les discours ressort l'idée que cette procédure constitue une évolution : « *maintenant elles ont déjà l'épidurale, elles n'ont plus de douleurs* » (Celestina Carvalho, sage-femme). Pour Celeste de Conceição (Alagoa, Portugal) la césarienne (qui n'existait pas quand elle a accouché) est une

⁶⁵ Larousse médical <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/p%C3%A9ridurale/15264> (consulté en mai 2015)

possibilité pour la femme qui « *ne veut pas souffrir* » et pour le médecin qui « *ne veut pas passer son temps* » à attendre un accouchement par voie basse.

Selon Isabel Verdesoto, la peur des douleurs pendant l'accouchement pousse les femmes à demander des césariennes, « *elles se font couper* » dit-elle. Ce témoignage est renforcé par l'expérience de la *doula* Luisa Condeço qui, sur le conseil de son gynécologue a décidé d'une césarienne programmée, sans avoir de justification médicale. Dans le contexte technocratique, la césarienne et la péridurale sont perçues comme la norme, comme des protocoles qui évitent aux femmes la douleur, qui semble devenir anormale. Malgré ce discours, Celestina Carvalho (elle-même sage-femme à la retraite) n'est pas complètement convaincue des bienfaits généraux de cette procédure. « *Je ne suis pas arrivée à une conclusion. Lorsqu'on faisait des épisiotomies, la femme perdait beaucoup de forces* ».

Les femmes portugaises âgées disent qu'elles auraient voulu éviter le châtiment de la douleur. Muriel Bonnet cite le discours d'une jeune femme française qui va dans ce même sens :

Sa femme Alexandra, tout juste maman, vient d'accoucher sous anesthésie péridurale. Il s'agit d'une injection dans l'espace péridural, situé au-dessous de la deuxième vertèbre lombaire, m'explique-t-elle tout en donnant le sein à une jolie petite fille. Le produit injecté anesthésie toute la partie inférieure du corps, sans paraît-il, aucune conséquence pour l'enfant. Je n'ai rien senti : C'est génial. (Bonnet del Valle 2000 : 53).

Pour les femmes qui ne sont pas mises sous anesthésie, l'accouchement constitue une épreuve face à laquelle la femme doit être « *courageuse et forte* » (Estela Grefa), ce qui fait partie du succès pendant ce rite de passage dans ces sociétés. Parfois, les primipares peuvent être « *cobardes* » (lâches ou douillettes) (Beatriz Paredes), mais après elles sauront comment accoucher sans se plaindre ; « *il faut supporter* » dit Antonia Chimbo, Arajuno. Ce comportement est valorisé socialement. Dans les cas portugais assistés par des accoucheuses (avant la prise en charge du SOS) ou dans ceux de l'Amazonie de l'Équateur actuellement assistés aussi par une accoucheuse traditionnelle, la douleur est conçue comme normale, la

femme doit avoir une attitude courageuse, tandis que dans d'autres sociétés où le système médical est très présent, comme en France, la douleur doit être évitée et la procédure de l'épidurale est un protocole commun lors de la prise en charge des naissances. D'ailleurs, Emma, sage-femme retraitée (Mindelo, Portugal), se souvient que les parturientes à l'hôpital crient beaucoup plus que celles qui accouchaient chez elles. À l'hôpital, la représentation est de nier ou éliminer la douleur, tandis que dans le système traditionnel la douleur fait partie de la naissance.

Dans les récits des accouchements, la perception de l'intensité de la douleur n'est pas identique. Selon Maria Augusta Capela (Serra de Gêres, Portugal), « *certaines souffrent plus que d'autres* ». Quelques informatrices, en Équateur et au Portugal, disent que les douleurs sont très fortes. Maria Augusta Capela (Serra de Gêres, Portugal) répéta au moins trois fois l'adjectif « *horrible* » pendant son récit : « *l'accouchement était horrible* ». La douleur était intense, mais elle n'a pas « eu besoin » d'épisiotomie. Olivia Soafix décrit son accouchement ainsi : « *Je ne m'en souviens même plus. C'était une douleur tellement forte, tellement forte, tellement forte que je ne m'en souviens plus (...)* C'était quelque chose d'horrible ». La doula María Isabel Yáñez à Quito se souvient aussi avoir eu des retours négatifs de ses amies et de sa famille sur l'accouchement : « *accoucher est la chose la plus horrible, c'est fatal* ».

Pour Laura Pérez (Fonte Longa, Portugal), avoir des douleurs est une possibilité lors de l'accouchement ; cependant elle distingue la douleur de la souffrance.

Souffrir est une expérience négative. Si on te laisse la liberté de mouvement, si t'es dans une position inconfortable, toute seule... tu souffres. Ça fait encore plus mal car quand t'as mal c'est important d'essayer de se relaxer. Plus tu es tranquille moins mal tu auras.

Dans cette représentation du corps qui s'émancipe des protocoles imposés, ce qui est revendiqué est de décider des conditions de l'accouchement. Le système technocratique est

critiqué y compris la maîtrise de la douleur par des biais chimiques. Cette dernière est perçue comme faisant partie du processus normal de la naissance.

Dans cet éventail des perceptions de la douleur, il y a aussi les cas où l'accouchement n'est pas associé à la douleur. Maria Augusta Capela (Portugal) met en perspective son accouchement qu'elle décrit comme ayant été très douloureux avec d'autres accouchements de certaines connaissances qui n'avaient pas « les mêmes douleurs » et qui accouchaient comme si elles « *allaient faire un pique-nique* ». Graciela Grefa (Équateur) déclare que dans certains accouchements qu'elle a assistés pour que les femmes « *ne souffrent pas trop* », elle leur donnait une infusion. Il s'agit d'une infusion de dent ou de griffe de *guanta*⁶⁶ (elle râpe la dent ou la griffe et elle met ses morceaux dans l'eau bouillie). Cette accoucheuse attribue à cette préparation la propriété d'endormir les femmes. Elle affirme même qu'après l'accouchement certaines femmes avouent qu'elles pensaient être en train de rêver.

Elles sont endormies et elles sont en train de pousser. Ma belle-sœur a accouché endormie. La douleur se calme. Ma belle-fille criait et disait 'j'ai mal, j'ai mal' (...). Elle souffrait trop et je la lui ai donnée. Elles sont endormies, mais elles se rappellent de tout. Elles se réveillent et font des gémissements comme si elles étaient en train de rêver, mais elles se réveillent...

Cet état d'endormissement est aussi décrit par d'autres informateurs comme un « *état modifié de conscience* » (Luisa Condeço et Lurdes Rodea au Portugal), un « *état de conscience différente* » (María Isabel Yáñez, en Équateur) ou un « *état de transe* » (Antonio Ferreira et Laura Pérez, au Portugal). Antonio Ferreira l'explique ainsi : « *elles sont en transe à cause des hormones. Vers la fin de l'accouchement, il y a un pic hormonal. N'importe quelle femme qui a beaucoup d'endorphine, vit une transe, dans un état obnubilé* ». Laura décrit son

⁶⁶ Nom scientifique : *Cuniculus paca*. La *guanta* est un gros rongeur qui habite dans le continent Américain. (Dictionnaire linterna@ute. Voir : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/cuniculus-paca/> (consulté en mars 2016).

accouchement, dans cette narration, le temps passe de façon différente, elle a une perception de réalité distincte de celle du quotidien.

Je fermais les yeux, j'étais comme en transe. Je ne savais même pas combien de temps s'était écoulé. À un moment donné, elle (l'accoucheuse) m'a dit : 'à partir de maintenant, tu ne peux plus fermer tes yeux. João (son compagnon) va venir et il va être ton repère'. À partir de ce moment elle a fait une connexion à la terre (à la réalité), moi j'étais en « Accoucheland » (partolandia). (...) Je regardais João, il était comme la terre, comme être là dans l'instant présent, dans la réalité. Là j'ai poussé, je crois cinq fois, jusqu'à ce que la tête de Africa sorte. Ils ont dû faire cette connexion car j'étais en train de partir dans les nuages. L'accoucheuse était une figure qui était entre les ombres, il n'y avait pas de lumière dans la chambre. La doula, par contre, m'a murmuré quelques indications dans l'oreille, au moment où la tête allait sortir (...) Ils ont vu qu'elle (l'enfant) avait le cordon autour du cou et ils m'ont demandé d'arrêter de pousser ; mais moi je n'en pouvais plus. Et bouuum tout est sorti (le corps du nouveau-né). C'était comme une hallucination, j'ai entendu les gens crier et applaudir. 'Regarde c'est ta fille', mais tout était en ralenti. Après j'ai discuté avec eux et ils m'ont dit que personne n'avait crié, qu'il n'y a pas eu de bruits en effet...

María Isabel (doula en Équateur) présente aux femmes qu'elle accompagne cette possibilité d'accouchement : « si je te dis que ton accouchement peut être plaisant ? ». Elle leur propose d'abandonner la peur et l'appréhension de la douleur et de permettre à leurs corps de s'ouvrir de façon plus décontractée. Cette formulation correspond aux théories de préparation et d'accompagnement de l'accouchement à partir de Dick-Read en 1933 (Revault d'Allonnes 1991), (ceci sera développé dans le quatrième chapitre).

Michel Odent explique ce phénomène aussi par la sécrétion de différentes hormones dans le cerveau des femmes pendant l'accouchement. Ainsi, si la femme secrète de l'adrénaline, l'accouchement sera moins plaisant que si elle secrète des endorphines et de l'ocytocine. C'est dans des conditions de taux élevés d'ocytocine que la femme peut atteindre des états modifiés de conscience.

Les différentes hormones secrétées par la mère et le bébé pendant l'accouchement ne sont pas éliminées immédiatement après la naissance, et chacune d'entre elles joue un rôle spécifique dans l'interaction mère-bébé : l'ocytocine, les œstrogènes, hormone sexuelle qui renforce l'effet de l'ocytocine, accompagnées de la chute brutale des taux de progestérone au moment de l'accouchement favorisent le comportement maternel, la prolactine hormone du maternage, les endorphines pour l'attachement et les hormones de la famille des adrénalines pour tenir la femme en alerte. Pour les humains, la plupart des inhibitions au cours de la naissance (ou de toute autre expérience sexuelle) sont liées à l'activité du néocortex. Sur le plan pratique, cela

signifie que le besoin fondamental d'une parturiente est de la protéger de toute stimulation du néocortex comme la lumière, le langage, respecter son intimité et qu'elle se sente en sécurité, ce qui lui permet d'accéder à un état de conscience modifié. Par exemple, une femme ne se sentant pas en sécurité, secrètera de l'adrénaline, cette activation du système « lutte-ou-fuite » bloque la libération de l'ocytocine, l'hormone clé dans l'accouchement, responsable du « réflexe d'éjection du fœtus ». Ce concept nous vient de Niles NEWTON, il a été développé par le Dr Michel ODENT (14) (L'amour scientifique. Les mécanismes de L'amour). Ce réflexe s'apparente à d'autres, tels que les réflexes d'éjection du lait ou du sperme, qui impliquent les mêmes hormones, et met en lumière l'accouchement comme un épisode de la vie sexuelle. (Lethu Abtey 2008 : 21).

2.3.2. La peur dans l'accouchement

Dans l'ouvrage de Bonnet del Valle, la peur est aussi présente avant son premier accouchement : « ... une question me hante : comment le bébé qui est dans mon ventre pourrait-il passer à travers mon sexe ? La disproportion entre sa tête et l'orifice m'inquiète de plus en plus à mesure que s'approche l'événement » (Bonnet del Valle 2000 : 52).

Pour Lurdes Rodea, la douleur doit être perçue différemment. La douleur est un signal d'un changement dans le corps, « *une sorte d'alerte naturelle que le corps envoie* ». Elle décrit la douleur de l'accouchement comme étant « ancestrale », elle indique à la femme « *comme elle est* (son propre état) » et l'état de la progression de l'accouchement. Elle considère que toutes les femmes ont peur de l'accouchement et de la douleur et que cette peur est aussi une construction culturelle. Pour elle, la douleur physique peut être soulagée avec des techniques comme les massages, mais elle existe aussi dans le corps sous l'effet de facteurs comme le conditionnement religieux qu'elle nomme « *la douleur sociale* ». Celle-ci correspond au rôle assigné à la femme par la société et par la religion chrétienne : « *les femmes doivent souffrir, c'est leur rôle, souffrir pour la famille, pour le mari, pour ses enfants, pour n'importe quoi. Il existe encore une notion très forte du sacrifice* ». Cette représentation de la « femme sacrifiée » va aussi contribuer à l'existence des douleurs et à leur crainte.

Une deuxième peur autour de l'accouchement est celle de la mort. Ce phénomène pourrait être interprété comme l'opposé de l'accouchement, surtout dans la culture chrétienne. Cependant, cette interprétation dualiste de la naissance ou de la vie versus la mort n'est pas universelle.

En Amérique Centrale, la mort est étroitement liée à la naissance. Les Mayas sont persuadés que l'âme venant se réincarner dans le fœtus est celle d'un défunt ayant passé une longue période dans le ciel. C'est pourquoi, avant de naître, l'enfant est déjà un membre de la communauté ; les nouveau-nés n'appartiennent pas qu'à leurs mères » (Bonnet del Valle 2000 : 108). « On ne doit pas pleurer un mort pour ne pas mouiller le chemin du ciel » (Bonnet del Valle 2000 : 109).

Une autre caractéristique de la biomédecine est que la mort est perçue comme un échec et la vie doit être prolongée au maximum. C'est, selon Le Breton, une médecine qui nous « désapprend à mourir » (Ibid. 1990 : 236). C'est un sujet tabou dont on ne parle pas, ceci est souligné par des informatrices et par des membres de l'Association « Nos tout-petits de Nice »⁶⁷ qui est formée par des parents qui traversent des deuils périnataux⁶⁸ rencontrés lors d'une présentation sur ce sujet. Lorsque ces familles ont perdu leurs enfants, le personnel hospitalier souvent éviter d'en parler par exemple.

La mort, pour Lurdes Rodea, sage-femme, est un sujet qu'elle n'évite pas. Au contraire, elle en parle avec les femmes enceintes avant l'accouchement et lors de leur suivi pendant la grossesse. « *Elle est mal comprise, dit-elle, je l'aborde comme un passage. L'approche de la mort est en lien avec la question sociale. Elle est perçue comme une perte, comme un échec, un*

⁶⁷ <http://www.nostoutpetits.fr/parteneriat/nos-tout-petits-de-nice/> (consulté en mars 2015).

⁶⁸ La périnatalité est la « période qui s'étend de la 28^e semaine de la grossesse jusqu'au 8^e jour suivant la naissance » (Centre National de Ressources Textuels et Lexicals voir : <http://www.cnrtl.fr/definition/p%C3%A9rinatalit%C3%A9> (consulté en mars 2016).

échec de la science... ». Elle évoque le fait que le personnel de santé dans les hôpitaux partage fréquemment ce sentiment, donc il faut « *s'en débarrasser vite* », les parents ne sont pas encouragés à voir le corps ni à faire un deuil réel, bien qu'il existe des services psychologiques et religieux dans le centre de santé.

Luisa Condeço, *doula*, décrit l'accompagnement d'un deuil. Elle raconte que la femme qu'elle accompagnait avait un discours très structuré et logique sur la mort de son nouveau-né, mais elle ne s'était pas permise de pleurer. Normalement, poursuit-elle, dans la prise en charge, on oublie de demander à la femme : « comment te sens-tu ? » « Qu'est-ce que tu voudrais faire ? ». La mort est souvent perçue comme un phénomène seulement physique. Elle aborde aussi la question de la mort lors de la préparation de l'accouchement. C'est une peur présente avant l'accouchement et souvent cachée, dont habituellement personne ne parle mais qui peut ressortir lors de l'accouchement, précise-t-elle.

Luisa Condeço et Lurdes Rodea accordent à la mort un rôle important. Face à la peur cachée, estiment-elles, il est important que pendant la grossesse les femmes puissent en parler et l'affronter.

En Équateur, ce sujet est peu évoqué par les informateurs. Lorsque la question est posée aux accoucheuses, avouer la mort de l'enfant ou de la mère constitue un échec. Même si elles reconnaissent avoir affronté des complications, aucune n'a parlé de la mort, sauf Beatriz Paredes qui mentionne le cas de deux femmes qui sont venues la voir après la mort du bébé. Gladys Grefa rapporte la mort de sa petite-fille, 'Carlita', qui a connu des complications pendant sa grossesse. La mort s'est présentée à Carlita sous la forme d'un rêve dans lequel elle sentait des couteaux poignarder son dos. Quand elle s'est réveillée, elle a su qu'elle allait mourir. Le *shaman* que la famille a consulté l'a aussi perçu, il a dit « *pourquoi tu la ramènes ici, demain ou après-demain elle va mourir* ». La mort, dans ce cas, reste un phénomène inexplicable, mais

qui est ressentie par *Carlita* et par le *shaman* comme un acte métaphysique. L'énigmatique et l'indéchiffrable l'entourent, bien qu'elle soit perçue et même personnifiée comme un être qui « poignarde ».

Si l'accouchement comporte un risque mortel, la question se pose de savoir s'il est perçu comme une maladie ? Quelles sont les représentations de la maladie et l'accouchement ?

2.3.3. Naître, une maladie ?

Olivia Soafix (Portugal) est la seule à avoir dit que « à l'époque », l'accouchement était une « *maladie horrible* », mais qu'il ne l'est plus aujourd'hui. C'est elle qui s'est plainte des « *douleurs horribles* ». Dans ce cas, il y a une association entre la douleur et la maladie. S'il y a de la douleur, il y a une maladie. Ces représentations de la douleur et de la maladie ressemblent à celles décrites par le système biomédical qui a pour tâche « d'enlever la douleur ».

L'accouchement à l'hôpital est décrit effectivement comme une maladie par Esther de León (*doula* au Portugal en même temps médecin généraliste). Les procédures chez la parturiente sont les mêmes que chez un malade quelconque : « *tu l'amènes à l'hôpital, on t'enlève tes vêtements, dans ta feuille de suivi on écrit 'malade numéro...', t'es la malade du lit tel* ». Ses perceptions sont particulières venant d'un médecin généraliste. Tout en faisant partie du système biomédical, elle est très critique à son égard. Pour elle, le système biomédical s'attribue un rôle « *antagonique* » : « *c'est une médecine du 'contre'* », de la lutte, du conflit, de 'l'anti'. « *La plupart des médicaments sont 'anti' tout : antithermique, antibiotique, antihistaminique, anti...* ». Pour Esther de León, cette compréhension de la maladie provoque une forte médicalisation de la prise en charge de l'accouchement et une association de la femme qui va accoucher avec la maladie.

Cette vision est partagée par les *doulas*. Selon María Isabel Yáñez (Équateur), les discours qui décrivent l'accouchement comme dangereux ou douloureux l'associent à la maladie. Elle présente aux femmes qu'elle accompagne l'accouchement (surtout celui qui est fait à domicile) d'une façon différente. Elle leur dit qu'elles peuvent choisir leurs positions, respirer, même chanter pendant l'accouchement ; qu'elles peuvent manger et boire au contraire des contraintes présentes dans les protocoles de l'accouchement hospitalier. Leurs besoins et désirs sont écoutés et il n'y a pas les mêmes contraintes. Bien que l'association 'accouchement/maladie' ne soit pas présente explicitement chez les agents de santé du système biomédical (aucune des sages-femmes interviewées considère l'accouchement comme une maladie), les informatrices du système alternatif soulignent que cette association existe dans la façon de traiter l'accouchement en milieu hospitalier.

Lorsque j'ai demandé à mes informateurs sur l'accouchement domiciliaire si l'accouchement était une maladie, tous (à l'exception d'Olivia Soafix) m'ont répondu de façon négative. Ma question a même été perçue comme absurde : « *comment ça pourrait être une maladie !* » m'a répondu Isabel Verdesoto (Équateur). D'autres arguments étaient avancés : « *si c'était une maladie, les gens mourraient* » (Magdalena Vargas, Équateur) ; « *ça ne peut pas être une maladie, sinon personne n'aurait des relations pour faire des bébés* » (Elvia Barreno, Équateur). La plupart de ces femmes continuaient à travailler et à vivre normalement jusqu'au moment où les contractions étaient trop fortes. Alors elles allaient au lit (Maria Augusta Capela). Pour Claudia Jaramillo (Équateur), l'accouchement n'est pas une maladie en soi, mais l'appréhension de ce moment peut provoquer de l'anxiété et d'autres problèmes de santé indirectement. Bien que la maladie ne soit pas présente dans les représentations de l'accouchement dans cette région, lorsque j'ai travaillé avec deux accoucheuses *kichwas* des montagnes dans les vallées de Quito, toutes deux appelaient l'accouchement « *la hora de*

enfermarse » (l'heure de « tomber malade »). Cette expression est absente dans le discours de mes informatrices au sein de la population étudiée.

Dans les pratiques traditionnelles des sages-femmes qui revendiquent les accouchements domiciliaires, l'accouchement est peu associé à la maladie (sauf les deux accoucheuses des vallées des Quito interviewées en 2005), contrairement au système hospitalier où une sémiotique de la maladie entoure cette prise en charge.

Issue de cette question sur la maladie, émerge pour moi une nouvelle réflexion sur la prise en charge de l'accouchement : cette intervention est-elle purement technique et profane ? l'accouchement est-il perçu comme faisant partie du monde quotidien ? Ou, au contraire, y aurait-il des contextes dans lesquels sa prise en charge touche le domaine du sacré et dépasse le contexte purement technique et quotidien ?

2.3.4. L'accouchement, du sacré ou du profane ?

En Équateur, la plupart des accoucheuses interviewées ont (ou avaient), surtout dans les villages, une activité économique : l'agriculture, l'élevage des animaux, en plus de leurs tâches ménagères, indifféremment du fait d'être métisse ou indigène.

Certains des accoucheuses et accoucheurs rencontrés étaient en même temps guérisseurs ou guérisseuses (ou reconnues socialement comme la « sorcière de santa Clara »), comme par exemple : Elvia Barreno et Xavier Grefa (village de Santa Clara), Mario Garcés (ville de Puyo).

Elvia est originaire de Pelileo, une ville de montagne. Elle est métisse et catholique pratiquante. Sa pratique, lors des *limpias*, répond à un syncrétisme culturel entre sa foi chrétienne et la culture locale, les représentations issues de la culture *Inka*. Elle se confie à la

Vierge du cygne qui est une Vierge du sud du pays. Or pendant les accouchements, elle n'utilise pas ces pratiques qui concernent plus les maladies locales associées à un problème d'énergie. Ce phénomène est aussi décrit par doña Remigia qui implore la Vierge Marie pour les préserver de la maladie, or cette vierge est assimilée à la déesse de la lune, propre à la culture Maya (Ibid. 2000 : 107).

Lors de la prise en charge de l'accouchement, les soins sont plutôt ceux du corps, tout en prenant en compte l'état d'esprit de la femme, mais dans les *limpias* les soins sont en rapport avec l'énergie comme dans le cas de doña Elvia (Cf. photo 4).

Xavier Grefa (Cf. photo 2) et Mario Garcés (Cf. photo 24) sont deux hommes qui, en plus d'avoir des connaissances sur l'accouchement, ont été initiés au shamanisme, issu de la culture *kichwa*. Ces deux guérisseurs associent leurs connaissances à la culture *kichwa* et ne font pas appel à une icône catholique pendant leurs soins. Les pratiques de guérison des shamans se basent surtout sur des *limpias* (des nettoyages énergétiques avec souvent du tabac, des œufs ou de l'*ayahuasca*⁶⁹).

Bien que les *limpias* et l'enfantement puissent paraître complètement dissociés, ce n'est pas le cas de Xavier Grefa. Pour savoir comment va se passer l'accouchement lors d'une grossesse compliquée, en plus de son diagnostic issu de l'auscultation de la femme enceinte, il allume une bougie trois fois et fume du tabac en buvant de l'eau de vie. À la troisième fois, « un écran apparaît » et il peut savoir si l'accouchement va se dérouler normalement ou s'il va falloir l'amener à l'hôpital. Pour lui, certaines difficultés lors de l'accouchement sont provoquées par des ensorcellements, lorsqu'on lui « fait *una maldad* (ensorcellement méchant) ». La femme peut passer une semaine en travail sans que cela aboutisse à l'accouchement. Dans ce cas, le

⁶⁹ Une décoction de plusieurs plantes qui produit des effets de conscience modifiée et qui est utilisée dans des rituels de guérisons dans les régions amazoniennes.

guérisseur effectue une *limpia* afin d'enlever l'enchantement, alors les « douleurs » s'arrêtent et les contractions ne réapparaissent que lors du vrai travail d'accouchement.

Cette vision de l'accouchement fait écho à la lutte menée par le shaman cuna (peuple ancestral qui habite dans des territoires du Panama et de la Colombie) dans le cas des accouchements compliqués (Lévi-Strauss 1949). Dans ce contexte, le shaman commence une confrontation contre les abus de *Muu*, « la puissance responsable de la formation du fœtus » (Lévi-Strauss 1949 : 6), qui a une emprise excessive sur *purba*, l'âme de la mère. À travers des chants, il invoque les « esprits protecteurs » qui l'aideront « à arracher » ce *purba* à « l'esprit malin qui l'a capturé » (Ibid. 1949 : 7). La parturiente cuna accepte « les esprits protecteurs et les esprits malfaisants, les monstres surnaturels et les animaux magiques » qui font partie du « système cohérent » de la conception. « Ce qu'elle n'accepte pas ce sont les douleurs incohérentes et arbitraires » qui sont personnifiées (Ibid. 1949 : 16-18).

Chez les cunas, Lévi-Strauss décrit cette intervention comme une « manipulation psychologique (Ibid. 1949 : 12), le shaman ne touche pas le corps de la femme, son travail vise à, à travers les chants, exorciser les forces et les esprits qui empêchent la femme d'accoucher. Cela contraste avec les procédures des shamans de l'Amazonie équatorienne où *la maldad* est extraite du corps de la femme grâce des pratiques thérapeutiques consistant à toucher le corps de la femme.

Pour nettoyer la *maldad*, Xavier Grefa aspire sur les mains qui sont jointes (comme un geste de prière), sur le sommet de la tête (sur la couronne) et il peut souffler ou aspirer sur la bouche. Une fois qu'il a aspiré *la maldad*, il doit la recracher pour ne pas l'introduire dans son corps. Après cette opération, « *la poussée arrive tout de suite* » dit-il, la femme retrouve sa force et l'enfantement se déroule sans problème.

Quand la parturiente est fatiguée, il souffle sur la couronne et entre les mains, « *nous aidons toujours en soufflant, 'nous (lui) donnons (la) force'* » et elle récupère ses forces. Il agit de la même façon face à une hémorragie, pour restituer les forces à la femme.

Le cas de Xavier Grefa contraste avec les autres accoucheuses qui ont une pratique sur le corps en tant que matière physique, mais pas sur l'énergie du corps, ni métaphysique (au-delà du corps physique), ni dans une approche de spiritualité. Certaines m'ont avoué qu'avant l'accouchement elles se confient à Dieu, mais il n'y a pas une pratique directe liée à la religion.

Dans le cas du Portugal, surtout dans la région de Tras-Os-Montes, la foi catholique est très présente. Les façades des maisons des villages abritent des statuette des saints qui protègent la famille, statuette que l'on retrouve sur les chemins. Cependant, les témoignages des accouchements ne révèlent pas de rites ni de pratiques de l'ordre du spirite. Les informatrices évoquent la prière à *Santa Margarida* pour la délivrance du placenta : « *Santa Margarita, nem estou prenha nem estou parida* » (Sainte-Marguerite, je ne suis ni enceinte ni accouchée). Elles répètent cette invocation pour qu'elle vienne à leur aide jusqu'au moment de l'expulsion du placenta. Ces moments sont très dangereux car une rétention du placenta ou une complication pendant sa livraison peut provoquer des hémorragies et la mort de la femme (témoignages des informateurs). La présentation de cette pratique sera développée dans le dernier chapitre de cette thèse.

Bien que *Santa Margarida* soit citée de façon récurrente pour la délivrance, Maria do Céu reconnaît qu'elle demande de l'aide à Dieu et surtout à la vierge Marie pour le travail de l'accouchement et pour l'expulsion du nouveau-né, car Marie incarne la mère qui protège les autres mères : « *Notre Dame est la mère et Notre Dame est aussi la vierge Marie* ». Après l'accouchement, pour la délivrance du placenta, Maria do Céu substitue à ces prières la prière à *Santa Margarita* qui est la sainte désignée pour cette étape de l'accouchement. Au Mexique,

Bonne del Valle signale que l'accoucheuse *doña Remigia* priait un autre saint : *Nino de Atocha* qui est le « protecteur des matrones » (Bonnet del Valle 2000 : 113).

En Équateur, lorsque je posais la question sur la relation entre la Bible et l'accouchement, les accoucheuses répondaient généralement que c'est Dieu et aussi, parfois, la vierge Marie qui les aident. « *Dieu me guide* », affirme par exemple Xavier Grefa. Cependant, les quatre accoucheuses métisses Virginia Vizcaíno, Isabel Verdesoto, Elvia Barreno et Claudia Jaramillo font de façon spontanée des allusions à Dieu. Pour Isabel et Virginia Vizcaíno, c'est Dieu qui leur a donné le don de savoir aider les femmes à accoucher et c'est leur foi qui les aide pendant chaque accouchement.

Comment opèrent ces pratiques thérapeutiques ? Lévi-Strauss (1949) l'explique par l'efficacité symbolique qui « garantit l'harmonie du parallélisme entre mythe et opération » (Lévi-Strauss 1949 : 23). Il compare les pratiques thérapeutiques du psychanalyste avec celles du shaman (dans cette recherche, nous allons élargir sa théorie aux agents de santé traditionnels). Le shaman cuna chante tandis que le psychanalyste a un « chant silencieux », Xavier Grefa a des pratiques sur le corps de la femme, les accoucheuses traditionnelles portugaises faisaient la prière à *Santa Marguerita*. La cure shamanique et les invocations des accoucheuses correspondent au domaine du rite et se présentent à travers des symboles tissés socialement. Pour Lévi-Strauss, la guérison/l'accouchement/la délivrance du placenta s'effectue grâce à un « double mécanisme de transfert » (Ibid. 1949 : 19).

En fait, la cure shamanistique semble être un exact équivalent de la cure psychanalytique, mais avec une inversion de tous les termes. Toutes deux visent à provoquer une expérience ; et toutes deux y parviennent en reconstituant un mythe que le malade doit vivre, ou revivre. Mais, dans un cas, c'est un mythe individuel que le malade construit à l'aide d'éléments tirés de son

passé ; dans l'autre, c'est un mythe social que le malade reçoit de l'extérieur et qui ne correspond pas à un état personnel ancien (Ibid. 1949 : 21).

Le cas de Claudia Jaramillo est particulier car elle oppose les pratiques biomédicales à « *ce que la Bible dit de faire* ». Pour elle, les problèmes dans la sexualité sont issus du fait que les médecins ne coupent plus le cordon ombilical comme il faut. « *Pour moi, ce n'est pas normal, parce que la Bible le dit, ça doit être une coupe normale, qu'on doit couper avec une mesure précise (à peu près sept ou huit centimètres)* ». C'est comme un crime, ils sont en train de transgresser une loi. Les médecins, selon elle, ne laissent que deux centimètres de cordon et cela induit chez les hommes soit un organe sexuel trop petit et donc des problèmes de couple, soit l'homosexualité. Chez les femmes, la conséquence serait des hanches trop étroites et la souffrance pendant l'accouchement. Dans ce cas, il s'agit d'un système de croyances qui opèrent dans ses représentations sur la sexualité.

Le tableau ci-dessous présente certaines généralités rencontrées dans les pratiques et les représentations dans les cultures de la naissance dans les différents systèmes de santé (cf. Ortega, supra).

	<i>BIOMÉDICAL</i>	<i>TRADITIONNEL</i>	<i>ALTERNATIF</i>
RELATION	Distance professionnelle/ "patiente"	Voisine, amie ou famille	Professionnel proche surtout les doulas
ÉCHANGE	Travail rémunéré par l'état	Si la parturiente ne fait pas partie de ses proches, sinon différentes possibilités de pratiques de réciprocité ("lembanza", soudure des liens sociaux...)	Travail rémunéré et relation proche
CULTURE CATHOLIQUE : accouchement comme rachat du péché			
CORPS	Assujettissement du corps par le biais des protocoles médicaux. Corps morcellé pas en lien avec l'émotionnel	Pratiques établies avec un discours légitimeur (adaptées aux besoins des femmes) . Relations d'empathie (relations de voisinage ou d'amitié)	Ecoute des besoins du corps de la femme. Corps perçu comme une entité physiologique, émotionnelle et même spirituelle (dépend des cas)
PROPRE	Paradigme hygiéniste, "stérilisation" du corps (poils et sécrétions) et de l'environnement	Pas de "stérilisation" ni du corps ni de l'environnement (parfois, nettoyage/ lavage).	Quelques pratiques de stérilisation (gants, outils stérilisés), mais pas de d'altération du corps ni stérilisation de l'entourage
DOULEUR	Combat contre la douleur ou "naturalisation"	naturalisation de la douleur : "elle est normale"	"Signe" qui met en évidence le changement, pas central dans l'accouchement (ce n'est pas un châtement (chrétien)
PEUR	Présente, liée à la douleur et à la mort (pas travaillée)	Présente, liée à la douleur et à la mort (pas travaillée)	Présente, liée à la douleur et à la mort (évoquée et plus travaillée)
SACRÉ	Désacralisation de la prise en charge. Naissance dans une approche physiologique.	Désacralisation de la prise en charge, même si il y a souvent une invocation divine pour la prise en charge ou Santa Margarida (Portugal). Naissance dans une approche physiologique. (sauf dans le cas du <i>shamanisme (Xavier Grefa)</i>)	Naissance dans une approche physiologique, mais aussi transcendentale (unique et spirituelle)

Conclusion du chapitre

En Équateur, les soins dispensés par les accoucheuses traditionnelles sont toujours d'actualité. Elles pratiquent leurs métiers en parallèle des agents de santé du système biomédical. Ces accoucheuses mettent en place les accouchements domiciliaires, les sages-femmes exercent dans des milieux hospitaliers. Au Portugal, ces soigneurs ont été complètement remplacés par ceux du Système Officiel de Santé qui répond à des protocoles biomédicaux établis internationalement. De nouveaux acteurs émergent pour revendiquer des pratiques autres que celles des procédures médicales, tels que les *doulas* et les sages-femmes domiciliaires. J'ai constaté la présence de trois types de systèmes médicaux : celui de la tradition, le biomédical ou (SOS dans le cas de l'Équateur ou du Portugal) ou le système alternatif (au SOS). Chaque système de santé porte un discours qui légitime les pratiques qui lui sont associées.

La compréhension de l'accouchement, de la maternité, de la naissance n'est pas universelle. Les pratiques dépendent du système de santé, des conditions de l'accouchement, de la culture : représentations construites autour de la naissance et du corps, la peur, la douleur, la religion, la propreté, entre autres.

Une fois défini ce rite de passage qu'est la culture de la naissance, les questions qui se posent tournent autour du lien existant entre la tradition et la modernité, entre le monde des savoirs ancestraux et/ou traditionnels et celui du système de santé biomédical. Existe-t-il une frontière clairement établie ? Des passerelles et des liens entre les deux mondes sont-ils possibles ? À quelles conditions ?

TROISIÈME CHAPITRE : Soigner au pluriel : entre la médecine traditionnelle et le système biomédical

Introduction

La culture de la naissance se construit de façon hétérogène selon le contexte, les traditions, la présence ou l'absence du Système Officiel de Santé, l'empreinte locale prise par ce système ainsi que les possibles partages et passerelles entre les différents systèmes de santé. Le SOS a-t-il pris universellement le dessus sur la médecine traditionnelle ? Y a-t-il un rapport de force entre les systèmes de santé ? Existe-t-il des points d'entente ou de conciliation entre eux ? Dans ce chapitre, sur les deux terrains étudiés, le regard se focalisera sur les systèmes de santé présents et, finalement, les liens entre la tradition et la modernité.

3.1. Les liminaires de la tradition et de la modernité dans les cultures de la naissance

Lorsque je rédigeais le projet de thèse (le français n'étant pas ma langue maternelle, ni même celle parlée quotidiennement à l'époque), j'ai trouvé dans le dictionnaire que « sage-femme » était la traduction de "*partera*". Un problème de traduction et conceptuel s'est présenté : le terme "*partera*" en espagnol se rapporte plus aux accoucheuses traditionnelles (qui sont empiriques et qui n'ont pas été scolarisées) qu'aux sages-femmes (qui retrouvent une correspondance dans le système académique de santé en Équateur), les "*obstetrices*" qui ont le même rôle, une formation universitaire et les mêmes conflits d'intérêt que les sages-femmes en France.

Afin de vérifier si ce problème se posait uniquement dans le dictionnaire que j'ai utilisé ou si c'était une généralité, j'ai consulté plusieurs sources, pas seulement les traductions dans des dictionnaires bilingues, mais également des dictionnaires de synonymes. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) présente comme synonyme de « accoucheuse » ou « accoucheur », les termes gynécologue, maïeuticien (qui a pour seul synonyme accoucheur), médecin et obstétricien (qui a lui aussi pour seul synonyme accoucheur). Gynécologue a pour synonymes : accoucheur, médecin et sage-femme.

Dans cette même source, voici l'étymologie de ces mots :

- Sage-femme est un terme qui est reconnu dans les dictionnaires au XIII s. et qui constitue l'assemblage de « sage » et de « femme » : une femme qui est sage, une femme qui sait, qui connaît (CNRTL). Au XIV s., apparaît la figure de la « sage-femme accréditée » qui doit passer un examen « devant certaines de ses paires déjà reconnues en présence de deux représentants de la municipalité et des guildes (Association confraternelle ou économique (CNRTL)) pour prêter ensuite serment d'allégeance aux règles de la profession... » (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 5). En définitive, le terme savant semble avoir été emprunté au langage courant.
- Le terme “*partera*” en espagnol ou “*parteira*” en portugais naît du mot latin « *partu* » qui connote la séparation physique entre la mère et le nouveau-né lors de l'accouchement (Ibid. 6).
- Le concept de gynécologue est moins ancien : en 1832, le dictionnaire Raymond enregistre le terme « gynécographe », « celui qui s'applique particulièrement à l'histoire de la femme » et pour 1901 le terme « gynécologue » apparaît, le « médecin qui s'occupe des maladies de la femme ».

- Maïeuticien : la définition de maïeutique est « l'art d'accoucher les âmes » (spécialement en parlant de la méthode d'enseignement de Socrate) », donc un maïeuticien serait celui ou celle qui gèrerait l'« art d'accoucher », un accoucheur ou accoucheuse.

- Bien que le verbe « accoucher » existe déjà depuis le XII s. (vers 1160), il ne s'emploie pas pour désigner la naissance, il signifie « se coucher », « s'aliter » (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 3). Même si les termes existent déjà, leur sens en tant que « donner naissance » n'apparaît qu'avec la définition d'accoucheuse/eur en date de 1677 : « L'accoucheur méthodique qui enseigne la manière d'opérer dans les accouchements naturels et artificiels » (CNRTL).

- Un autre nom utilisé jadis est le « parturologue » qui vient du latin « *parturire* » qui signifie « être en couches » et qui provient du terme latin « *parere* » (produire). (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 8).

- Le terme « accoucheuse » apparaît en tant que synonyme d'obstétrique dans plusieurs dictionnaires, notamment dans le CNRTL. Il est aussi lié à « *haec ostetrix* » : « *haec* » ou « *hic* », en latin, démonstratifs qui signifient celui ou celle. « *Obstetrix* » vient du latin aussi, c'est l'union entre *ob*, devant, et « *stetricem* » qui vient du verbe « *stare* », au passé « *steti* » et qui veut dire « rester » ou être ; c'est celle ou celui qui « reste devant ». La définition est « celui ou celle qui donne assistance à celle qui accouche et en accueille la délivrance » (F. L. Pulle ; Harvard College library 1907).

Le premier nom français pour appeler les accoucheuses (XII s.) est « ventrière » (et « ventrée » pour la parturiente) qui vient du latin « *venter* » qui désigner le ventre. Sous Louis

XI, matrone est acceptée comme synonyme de ventrée (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 4).
Matrone vient du mot latin *matris* qui signifie « mère », il existe depuis le XIV s. (ibid. : 5).

En français contemporain, un autre terme désigne le personnel médical qui s'occupe de la santé reproductive de la femme, l'« obstétricien/ne ». Ce concept a pour origine le mot « obstétrique », la « branche de la médecine relative à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites » et c'est un « médecin spécialisé en obstétrique » (Dictionnaire CNRTL en ligne).

... depuis dix ans, l'obstétrique s'est transformée. Avant la guerre, trois problèmes constituaient une hantise pour l'accoucheur : l'hémorragie, l'infection, la « toxémie » gravidique menant à l'éclampsie. (...) vers les années 50, les obstétriciens devenaient disponibles pour d'autres tâches. Celles-ci allaient s'orienter dans deux directions simultanées : la « psychologie » et le confort de la mère, avec l'accouchement sans douleur et la santé du fœtus et du nouveau-né. (Le Monde dans CNTL, 7 janv. 1976, p.13.)

Cette citation rend compte du changement d'approche dans la pratique médicale pendant les années 1950. Les conditions de santé semblent s'améliorer. Dans ce texte de 1976, la limite entre les représentations des obstétriciens et les accoucheurs est floue : les deux termes sont synonymes dans les dictionnaires. Dans les représentations, il n'y a pas de différence entre la médecine traditionnelle incarnée par l'« accoucheur » et la biomédecine.

J'ai voulu savoir si ce phénomène se produit aussi dans d'autres langues. Sur les traducteurs en ligne, accoucheuse traditionnelle est traduit par « *levatrice* » en italien, mais pour sage-femme le résultat est le même.

Le problème se pose-t-il dans l'usage courant du langage, par exemple en italien ? Le but n'est pas d'approfondir la représentation elle-même, mais de vérifier dans l'usage quotidien l'utilisation et le sens des termes donnés dans les dictionnaires. J'ai consulté cinq personnes (qui habitent à Nice) de différentes régions de l'Italie d'entre 30 et 50 ans environ, un homme et quatre femmes, ont traduit le mot : 1. « accoucheuse » ? 2. « sage-femme » ? et ont décrit la différence entre les deux. Dans les cinq cas, la réponse à la première question fût la même que

pour la deuxième (soit « *levatrice* » - une fois - soit « *ostetrica* » - dans les autres quatre cas). Après leurs réponses, il y a eu un silence et un moment de réflexion, une « auto révision » des termes. Puis ils ont redéfini les termes, car ils se sont rendu compte qu'il s'agissait de deux concepts différents. Ces personnes m'ont posé des questions, elles cherchaient des précisions afin de bien pouvoir cibler les différences conceptuelles. Cette expérience pourrait indiquer que la différence entre les deux termes n'est pas très claire dans l'usage quotidien. Je retrouverai également cela sur mon terrain (infra).

« *Levatrice* », accoucheuse en italien, est une dérivation du verbe « *levare* » qui veut dire alléger, soulager ou soulever (Dizionario Treccani) : l'accoucheuse serait donc soit celle qui allège ou soulage la douleur pendant l'accouchement, soit celle qui soulève le nouveau-né. Une définition vient confirmer la deuxième explication étymologique : en latin « *Lěvāna* » est la « déesse qui protégeait l'enfant nouveau-né soulevé de terre (acte par lequel le père reconnaissait l'enfant) (Dictionnaire Gaffiot).

En italien, « Levatrice », qui signifie accoucheuse, fait allusion au geste rite de soulever le nouveau-né et de le présenter au monde, de le faire reconnaître par la société. La « levatrice » coupe et accueille, soulève et élève et se fait responsable de la dimension verticale propre à l'être humain (notre traduction)⁷⁰ (Buitrón, de Luca, de Marco et al. 2002 :7).

Cette citation met aussi en évidence le rôle spirite que l'accoucheuse avait à l'origine dans la vie du nouveau-né et qui est présent dans le terme en soi. Elle était chargée, par cet acte métaphorique, de le soulever vers le ciel, avec le double rôle d'accompagnement et de présentation sociale et sacrée.

⁷⁰ Así mismo en Italiano “Levatrice” que significa partera alude “al gesto ritual de levantar al recién nacido y de presentarlo al mundo, de hacerlo reconocer a la sociedad. La “levatrice” corta y acoge, “sol-leva” (alza) y “al-leva” (cria) se hace responsable de la dimensión vertical propia del ser humano”. (Buitrón, de Luca, de Marco et al. 2002:7)

Les autres termes anciens pour désigner les accoucheuses en italien sont *commare* ou *raccogliatrice* qui trouve ses origines dans le verbe latin *raccogliere* qui signifie ramasser, récolter ou accueillir (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 6).

En anglais, le nom “*midwife*” naît de l’union du préfixe “*mid*” qui signifie avec, et du nom commun “*wife*”, femme. Que ce soit la sage-femme, “*the midwife*” ou l’accoucheuse “*traditional midwife*”, le terme désigne la personne qui accompagne la femme, qui est « avec la femme » (Ibid. : 6). Cependant en anglais, même si le même terme est employé dans les deux cas pour se référer à l’accoucheuse, l’idée de la tradition est introduite. C’est ce qualificatif qui fait la différence entre les deux rôles.

En néerlandais, dérivé des mots de l’ancien allemand, le mot pour se référer aux sages-femmes est “*vroedvrouw*”, qui vient de “*vroed*” qui signifie « prudent ». “*Baker*” peut également être utilisé pour connoter la « garde de l’accouchée » (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 4) ainsi que pour les accoucheuses (entretien de terrain ; Bart Francken, belge néerlandophone).

Dans l’ouvrage de Laurence Pourchez, les termes pour évoquer les accoucheuses traditionnelles sont « matrones » à la Réunion, « *dayi* » (« accoucheuses traditionnelle d’origine indienne » (Pourchez 2011 : 113)) à l’Île Maurice et « *fam-saj* » à l’île Rodrigues.

Fam-saj était l’autre nom donné aux matrones réunionnaises qu’on appelait aussi parfois fam-saj marron, sans doute en référence au marronnage des esclaves en fuite contraints de se dissimuler. Le terme renvoyait aussi aux « femmes sages, jugées et expérimentées » inscrites sur les registres du XVIIIe siècle. Ainsi, la fam-saj marron était, dans une certaine mesure, le contraire de la sage-femme reconnue officiellement : une femme non formée par la médecine savante, qui avait appris son métier auprès d’autres femmes et qui l’exerçait de manière non officielle. À Rodrigues, le terme de fam-saj désigne aujourd’hui encore les sages-femmes traditionnelles qui ont d’ailleurs obtenu un agrément du Ministère de la santé de Maurice. (Ibid. 42).

Cet extrait montre qu’en créole, dans cette région, les limites ne sont pas claires non plus. Il existe une ressemblance entre les deux termes. « Sage-femme » évoque le métier issu de la

formation académique. L'inversion des termes qui a pour résultat « fam-saj » signifie « son contraire » : la femme qui a la même tâche face à l'accouchement, mais dont les savoirs naissent d'une transmission générationnelle empirique. Cet écart entre la tradition et la biomédecine n'est pas toujours clair et tranché. Dans ce cas, par exemple, le Ministère de Santé (qui représente le système biomédical) donne aussi des agréments à ces sages-femmes traditionnelles. Même dans des pays où les deux systèmes de santé coexistent, il y a souvent des passerelles qui les relient et qui font en sorte que les frontières ne soient pas rigides et infranchissables.

Ce problème linguistique peut sembler anodin, mais il est à la base d'une problématique de fond : quelles sont les limites entre les représentations portées par la tradition et par la modernité, sur la médecine traditionnelle et le biomédical ? sur la formation empirique et la formation académique ? Quelle est la frontière qui les sépare ? Et surtout, pour les membres de ce système culturel, ces limites sont-elles reconnues ? Dans ces représentations, y a-t-il de vraies différences entre une sage-femme et une accoucheuse ?

Dans le cas du Portugal, j'ai cherché sur le terrain des accoucheuses, dont la nomination textuelle est "*parteira*". Dans plusieurs cas, les gens m'ont proposé des noms d'accoucheuses. Or lorsque j'y suis allée, il s'agissait de sages-femmes diplômées qui assistaient souvent les femmes chez elles avant l'accouchement. Cette prestation était prise en charge par l'état. Avant les réformes du système de santé dans les années 1970 (ce point sera expliqué de façon plus détaillée dans ce chapitre), il y avait des accoucheuses et des sages-femmes qui pratiquaient l'accouchement domiciliaire.

Les termes les plus courants pour désigner une accoucheuse traditionnelle étaient « *habilidosa* » (femme habile) ou « *curiosa* » (femme curieuse). J'ai alors ajouté de nouvelles questions dans mon questionnaire : quelle est la différence entre ces trois termes : « *curiosas* »,

« *habilidosas* » et « *parteiras* » ? Les réponses n'étaient jamais les mêmes. Souvent, mes informatrices hésitaient beaucoup avant de répondre. Elles disaient que, en somme, il n'y avait pas de différence. Les « *habilidosas* » sont perçues comme des « femmes du peuple », elles ne sont pas « *parteiras* » ni infirmières, “*mais sabia(m) muito bem*” (mais elle assurai(en)t) (Ana do Mare, São Pedro de Afurada). « Maria », à Casa Branca, les décrivait comme étant « *très bonnes (...) très honnêtes, très propres* », elle disait qu'elles avaient beaucoup d'expérience. Bien qu'elle m'ait dit que la femme qui l'avait assistée lors de l'accouchement était une *curiosa*, lorsque nous discutons, elle la désignait comme étant la “*parteira*”. La différence n'était pas clairement établie dans son discours. Conceição Silva, femme du Village de Paredes, ayant accouché deux de ses trois enfants avec une “*habilidosa*” les décrit ainsi :

Lorsqu'une femme allait accoucher, elle venait pour aider et elle était bonne (performante). Elles étaient les femmes qui avaient observé les personnes (accoucher) et puis elles apprenaient comment faire.

Conceição établit une différence basée sur l'efficacité entre les « *habilidosas* » et les « *curiosas* » :

Les « curiosas » commencent à pratiquer sans rien savoir. Elles ne connaissent rien. Une « habilidosa » sait où elle met ses pieds. Les habilidosas ont leurs astuces (dar o jeito), tandis que les curiosas veulent gagner de l'argent sans rien savoir. Elles échouent, elles tuent des gens et elles se font bien payer, aux alentours de 300, 500 euros...

Cette distinction ne tient pas dans tous les cas car, dans la plupart des entretiens, les accoucheuses portugaises (*curiosas* ou *habilidosas*) ne faisaient pas payer leurs services à leurs amies ou voisines.

Dans la plupart des entretiens, une petite distinction entre *curiosa* et *habilidosa* apparaît, mais Conceição est la seule à établir une différence de façon aussi marquée. La *habilidosa* a cette « habilité » (par définition) qui lui permet d'être plus efficace lors des accouchements. Les « *curiosas* » ont appris leur métier « par curiosité ». Elles accompagnaient leurs mères, grand-mères ou une autre accoucheuse lorsqu'elles prenaient en charge un accouchement. En

observant, elles commençaient à apprendre, puis elles avaient progressivement un rôle plus actif. Les « *habilidosas* » ont eu elles aussi un apprentissage empirique, mais elles n'étaient pas seulement motivées par la curiosité, elles avaient un vrai talent reconnu socialement : elles étaient habiles lors de l'accouchement. Pour la plupart des femmes interviewées qui ont accouché chez elles, il était plus rassurant d'enfanter avec une *habilidosa*. Cette reconnaissance était due à leur performance.

La distinction entre ces deux catégories n'est pas claire, ni dans les représentations des habitants des villages, ni entre les accoucheuses. Lorsque je demandais aux habitants s'ils connaissaient une *parteira* traditionnelle ou une ancienne accoucheuse, ils évoquaient des *curiosas* ou des *habilidosas* (c'est-à-dire des femmes qui n'avaient pas fait d'études ni suivi de formation mais dont l'apprentissage avait été empirique) sans faire véritablement une distinction. Pour la plupart des personnes interviewées, les deux termes sont synonymes.

L'une des accoucheuses que j'ai interviewées s'est définie comme *curiosa*, à la différence de sa mère qu'elle considérait comme *habilidosa* :

Ma mère était habilidosa et aussi mon oncle. Il n'y avait pas de médecin qui faisait mieux. Il enlevait des kystes et il faisait même des points de suture, les personnes habiles... Moi, j'étais curiosa et non pas habilidosa. J'aime observer, s'il y avait un malade j'y allais pour regarder ce qui se passait. Lorsque le médecin arrivait j'étais là, près de cette personne. (Luz do Ceu Moreira, Seixo de manhoses)

La "*parteira*" (*enfermeira parteira*) se différencie des "*habilidosas*" et des "*curiosas*". Elle avait une reconnaissance sociale. Cependant, au Portugal, cette notion reste confuse car le terme pour désigner la sage-femme est "*enfermeira parteira*" (infirmière-accoucheuse). Même si les femmes ne savent pas toujours si la personne qui les assistait était une *curiosa*, une *habilidosa*, ou une *enfermeira parteira*, la différence est qu'une *parteira* fait une formation, « une *curiosa* est juste une *curiosa*, elle fait par instinct (...) elle n'a pas de formation » (Alice

Bisanto, Monchique). Celestina Carvalho, *enfermeira parteira*, de Vila Nova de Poaires commente :

Elles apprennent juste en regardant. La mère allait avoir son fils. On appelait une dame qui enseignait à une autre personne qui voulait apprendre comment elle assistait un accouchement. Elles n'avaient rien. Elles étaient des personnes habiles (habildosas) plus que parteiras professionnelles. Elles étaient des personnes amies.

Cette ressemblance entre les termes *parteira* et *enfermeira parteira* (souvent appelée également *parteira*) provoque des confusions : dans les deux cas, il s'agit de celles qui « savent ». Parlant des accoucheuses, la sage-femme Emma (Mindelo) dit : « *c'était une génération plus vieille.* (Ma question : - Elles étaient bonnes dans leur métier ?) E : - *Elles pensaient qu'elles étaient bonnes, mais pas toutes l'étaient* ». Dans le premier cas, sa connaissance est issue d'une formation empirique, dans le second, c'est une connaissance apprise dans le système officiel d'éducation, à savoir un diplôme universitaire. À l'heure actuelle certaines *enfermeiras parteiras* revendiquent l'importance de l'accouchement domiciliaire. Cette prestation n'est aujourd'hui plus couverte par l'état qui encourage l'accouchement hospitalier.

Sur cette différenciation qui semble être la norme pour les informateurs, Lurdes Rodea utilise d'autres concepts. Pour elle, le terme *parteira* est davantage associé à l'accouchement « naturel » (sans interventions médicales – ce point sera analysé dans le chapitre suivant) tandis que *enfermeiras obstetras* serait davantage lié à l'accouchement hospitalier. Cependant, ce dernier concept n'est pas ressorti pendant les entretiens.

Au Portugal, cette différenciation entre les divers agents de santé autour de l'accouchement reste assez ambiguë. Les termes utilisés dénotent une frontière flottante et quasi inexistante entre les agents du système de santé traditionnel et ceux de la biomédecine. La frontière entre la modernité et la tradition, dans ce domaine, reste floue.

En Équateur, les mots reflètent les dynamiques d'une société contrastée. Les termes *partera* (accoucheuse) et *obstetriz* (sage-femme) ne sont jamais confondus. Le modèle « blanchi » qui prédomine instaure une logique dominante : celle du monde « moderne » et « civilisé », celle du monde européen, du colonisateur. La *obstetriz* entre dans ce modèle biomédical de santé (tout en étant à un échelon inférieur par rapport au médecin gynécologue).

Dans les représentations de la plupart des métis et même des non métis (indigènes, noirs, « *montubios* », blancs et autres), le système biomédical incarne la technocratie et le modèle civilisateur. Belén Arequipa, sage-femme d'Arajuno (Équateur), insiste sur l'acquisition d'une connaissance des phrases telles que : la sage-femme est « *celle qui sait véritablement* », « *les sages-femmes, nous avons étudié* », « *nous, nous nous sommes formées* », c'est un savoir « scientifique ». Ces phrases sont récurrentes. Le positivisme et l'éducation officielle (universitaire) constituent un argument d'autorité qui contraste avec le savoir-faire des accoucheuses qui est « juste empirique ». Dans ce discours, la transmission intergénérationnelle des connaissances ancestrales n'est pas une voie d'apprentissage légitime. Seul le système d'éducation garantit une prise en charge valide et adéquate.

En Équateur, les « accoucheuses » sont reliées à la tradition, à la façon ancienne de faire, mais aussi à une condition ethnique. Souvent l'accoucheuse est associée à l'ethnicité. Dans la représentation sociale et même étatique, les accoucheuses sont indigènes ou noires. D'ailleurs, le programme d'état qui cherche à intégrer les accoucheuses traditionnelles au système officiel de santé est considéré comme un programme de « santé interculturel ». Sur le terrain, surtout dans les villes mais aussi dans les villages, j'ai rencontré des accoucheuses métisses qui pratiquaient l'accouchement domiciliaire et qui avaient, elles aussi, des connaissances ancestrales sur l'utilisation thérapeutique de plantes (un peu différentes que celles des populations indigènes), ce qui sera développé dans le chapitre sur l'accouchement. Du coup, en

Équateur, les frontières entre tradition et modernité dans la prise en charge de l'accouchement sont marquées beaucoup plus clairement qu'au Portugal, où la passerelle entre les concepts est plus vague.

Il y a des cas exceptionnels de médecins équatoriens qui, tout en ayant une formation universitaire, se revendiquent accoucheurs ou accoucheuses et pratiquent des accouchements domiciliaires (telles que les sages-femmes portugaises). J'ai eu connaissance de deux personnes seulement dans ce cas-là.

Après cette analyse des représentations des accoucheuses traditionnelles, il importe de comprendre comment les frontières entre la modernité et la tradition se sont instaurées, afin d'expliquer les nuances existantes entre le système traditionnel de santé et la prise en charge biomédicale. En quoi consistent ces différences entre les cultures de la naissance ? Quelles sont les représentations de la maladie, du corps pour chacune d'entre elles ? Dans un second temps, à partir d'une définition des divers systèmes de santé, j'exposerai les relations éventuelles entre eux.

3.2. Entre les empreintes et les emprunts, les relations éventuelles entre les différents systèmes de santé : une possibilité de partage ?

Dans cette section, j'explique et présente un contexte : l'empreinte de la biomédecine dans une approche historique, dans le but de la comparer avec les représentations du système traditionnel de santé⁷¹ décrit ensuite.

⁷¹Ortega distingue trois systèmes de santé : le système de santé officiel ou « d'attention à la maladie », le système traditionnel et le système alternatif. (Ortega 2008 : 50)

Dans le contexte d'un état, d'un pays où plusieurs cultures et peuples partagent un même territoire (ce qui implique des relations entre elles), il y a différentes façons de comprendre les interactions. Miriam Hernández Reyna (dans son article *Sobre los sentidos de multiculturalismo e interculturalismo*) fait dialoguer les concepts de « multiculturalisme », « interculturalisme », « interculturalité » et « multiculturalité » chez Beuchot, Bartolomé et Olivé pour conclure que tandis que le « multiculturalisme » dénote l'existence d'une « multiplicité de cultures dans une société », « l'interculturalisme » décrit une « réunion entre les cultures et les relations et interactions entre elles »⁷² (nos traductions) (Hernández Reyna 2007 : 436).

Dans le domaine de l'anthropologie médicale, les distinctions entre ces concepts mettent en évidence les différentes relations possibles entre les cultures d'un même pays ou société. Soit les cultures vivent indépendamment les unes des autres sans avoir de liens, dans ce cas entre les différents systèmes de santé, soit il y a des relations entre ces systèmes, ce serait le cas de l'interculturalité dans la santé, analysée par Myrna Cunningham dans son texte publié par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Cette auteure analyse les rapports politiques, dans les discours ou dans le quotidien entre les différents systèmes de santé d'une société⁷³, bien que dans certains cas il n'y ait pas de frontière absolument rigide entre eux et qu'ils puissent partager des éléments. Par conséquent, on peut parler de relations interculturelles dans les approches de santé (Cunningham 2002 : 8) :

1. L'interaction⁷⁴ paternaliste ou intégrationniste

2. L'interaction culturaliste

⁷² « (El Interculturalismo se refiere a) una reunión entre culturas y a las relaciones e interacciones que se den entre ellas. En cambio, en el multiculturalismo lo que se afirma es la existencia de una multiplicidad de culturas en una sociedad » (Hernández Reyna 2007 : 436).

⁷³ Tels que son propre réseau de significations et de types de pratiques concernant l'accouchement et la consommation du colostrum chez les accoucheuses traditionnelles, dans le cas spécifique de la recherche menée.

⁷⁴ Le terme original dans le texte de Cunningham est « approche », mais ma traduction sera « interaction ».

3. L'interaction de la coexistence

4. L'interaction de l'“*empowerment*”⁷⁵ ou autonome

L'interaction paternaliste ou intégrationniste, tout en reconnaissant la diversité culturelle formelle, défend le système de santé officiel comme système valide, avec son paradigme biomédical. Les manifestations culturelles des autres groupes ethniques sont reconnues comme faisant partie d'une diversité culturelle, mais sont caractérisées comme intéressantes et folkloriques. Dans la pratique, ce système promeut une approche médicale officielle qui ne tient pas compte des particularités culturelles. Les caractéristiques de cette approche paternaliste sont :

- Manque d'intérêt pour incorporer la langue non officielle à la pratique biomédicale, même si c'est la langue de la population qui utilise le service.
- Des politiques publiques avec une répartition équitable des ressources entre les différents systèmes de santé.
- Absence de reconnaissance de la sagesse, des connaissances, des pratiques et des savoir-faire des agents de la santé ancestrale.
- Manque d'espaces de participation de la population sur la santé qu'elle reçoit.
- Absence d'intérêt du système biomédical pour la complexité culturelle de la population locale et sa conception des maladies.

⁷⁵ Ce terme n'a pas une traduction exacte, mais il est relié à la revendication d'avoir du pouvoir sur soi-même, à la possibilité de décider dans son propre domaine.

Cette approche, teintée de relations de verticalité et de domination du système académique sur un système de santé ancestral subalternisé, est exemplifiée dans la citation suivante :

*Lorsque le Dr Manuel, résumant la pensée de la plupart des médecins sur les accoucheuses traditionnelles, explique qu'elles sont des "indigènes, paysannes, autochtones bêtes qui s'habillent en jupes et vivent avec des animaux, elles n'ont pas d'hygiène, elles n'ont pas de connaissances des soins infirmiers, elles ne sont pas rationnelles ni scientifiques comme les blancs ; elles ne savent rien ni comprennent rien, mais elles sont nécessaires, car elles aident les paysans pauvres avec lesquels elles partagent une culture traditionnelle*⁷⁶ (notre traduction) (Goblet Malve 1993:59).

L'interaction culturaliste reconnaît le pluralisme culturel et revendique le droit aux différences culturelles, mais celles-là sont définies comme des différences linguistiques ou des manifestations folkloriques. Cette approche n'ébranle pas les conditions réelles de domination, car elle ne suppose pas des espaces de participation sur la prise de décisions en matière de santé. La participation se limite à des référendums organisés par l'état sans débat sur le sujet. Le système dominant ne cherche pas à comprendre les représentations culturelles ni les principes de la médecine de l'autre culture. Dans le domaine de la santé, les populations locales sont considérées comme des « promoteurs » du système de santé officiel, sans un véritable processus de dialogue des savoirs qui tienne compte de la culture ou des besoins réels de la population. Les promoteurs ont également le rôle de traducteurs de la langue de chaque peuple dans la langue dominante, ils sont des interprètes dans le cadre d'un système de santé dominant (Cunningham 2002 : 9).

L'interaction de la coexistence est la possibilité que les deux systèmes agissent en parallèle et soient connectés entre eux. Elle naît principalement du fait des vagues de migration

⁷⁶ Texte originel : *Cuando el Doctor Manuel, resumiendo el pensamiento de la mayoría de los doctores, dice de las parteras que son todas "indígenas, campesinas, autóctonas brutas que se visten con polleras y viven junto a los animales, no tienen aseo, ni conocimiento de enfermería, no son racionales ni científicas como los blancos, no saben ni entienden nada, pero son necesarias porque ayudan a la gente pobre del campo que comparte con ellas una cultura tradicional"*(escenario dos), *aparecen claramente varios discursos hegemónicos* (Goblet Malve 1993:59).

et du contact interculturel. L'approche de la coexistence défend le contact entre les différents systèmes de santé qui implique une connaissance d'une culture et l'incorporation d'éléments culturels d'autrui. Le dialogue interculturel est encouragé. Or souvent les relations de pouvoir qui s'exercent lors de cette rencontre ne sont pas clairement établies et le risque est que la culture subalternisée intègre des éléments de la culture dominante sans une réciprocité réelle et profonde qui implique un dialogue des connaissances.

Enfin, l'interaction de *l'empowerment* ou d'autonomie consolide ces processus autonomes dont les droits à l'autodétermination, la participation effective dans les espaces de décision. La culture et la *cosmovisión* de chaque village ou groupe ethnique sont respectées. Des processus d'autogestion des systèmes de santé se mettent en place à partir d'une participation réelle aux décisions et de la reconnaissance de la technologie propre des peuples minoritaires dans le cadre d'une incorporation des normes traditionnelles de santé. La politique publique nationale garantit la pratique ancestrale de santé et les droits de connaissances intellectuelles collectives (Cunningham 2002 : 8-11).

Ces quatre approches ou interactions permettent d'avoir un panorama des différents rapports entre les systèmes de santé. Cet outil théorique permet d'identifier non seulement l'existence d'emprunts entre les cultures et leurs médecines, mais aussi la qualité de ces emprunts : s'ils sont traversés par la négation d'un paradigme, s'il y a des rapports folklorisants et de domination d'un système sur l'autre, s'il y a du dialogue, des emprunts et des partages entre les systèmes dans une situation de reconnaissance et de respect, ou s'il s'agit de systèmes indépendants et autonomes sans aucun emprunt.

Les relations possibles entre les systèmes étant maintenant établies, définissons l'empreinte du système biomédical. Comment le système biomédical s'est constitué en Système Officiel de Santé ?

3.3. Empreintes de la biomédecine, contexte historique de légitimation du paradigme biomédical

Avec la création des états, plusieurs pays ont fait de la santé un enjeu institutionnel. Les soins naguère procurés par la famille, les proches, les amis ou même par des accoucheuses traditionnelles ou d'autres guérisseurs sont devenus des sujets de politique publique. Comment ce changement a-t-il eu lieu ?

Le texte "*Witches, Midwives, and Nurses. A History of Women Healers*" (1973) de Barbara Ehrenreich et Deirdre English explique la marginalisation des accoucheuses traditionnelles, souvent associées à des sorcières et chassées lors de l'Inquisition en Europe. Ce sujet présente des enjeux « sexiste(s), raciste(s), et de classes socio-économiques » (notre traduction).

Étant donné que l'église médiévale, avec le soutien des monarques, des princes et des autorités séculaires contrôlait l'éducation et la pratique de la médecine, l'Inquisition (avec la chasse aux sorcières) constitue, entre autres, un des premiers exemples de mécanisme pour remplacer les pratiques artisanales par les « professionnels » et l'intervention de ces derniers au détriment du droit des « non-professionnels » pour s'occuper de la prise en charge des pauvres. (Tomas Szasz dans Ehrenreich et English 1973 : 4).

La chasse aux sorcières commence au XIV s. en Allemagne et dure jusqu'au XVII s. Les « sorcières » étaient considérées comme une « menace politique, religieuse et sexuelle par les églises catholique et protestante, mais aussi par l'état » (Ibid. : 5). Entre le XV s. et le XVI s., il existe des registres de milliers d'exécutions en Allemagne, Italie, Portugal, Espagne et autres pays. La moyenne d'exécutions fut de 600 par an dans certaines villes d'Allemagne, dans la région de Wertsberg 900 « sorcières » ont été tuées en une année, dans la région de Como 1000 « sorcières » furent tuées en un seul jour et à Toulouse, 400 personnes le furent aussi en un seul jour (Ibid. : 5).

En 1484, les religieux Kramer et Sprenger publiaient le guide « *Maleficarum Malleus* » qui décrivait les procédures qui devaient être mises en place contre ces femmes. Trois accusations principales étaient prises en compte :

1. « Les crimes sexuels » tels que jouir de l'acte sexuel. L'église pensait que toute jouissance féminine émanait du démon. Le plaisir sexuel chez les femmes naissait seulement lors d'un rapport sexuel avec le diable. Lors du rapport charnel avec les hommes, les femmes propageaient leurs pêchés en contaminant les hommes. Le seul but de l'acte sexuel chez les femmes devait être la reproduction. Pour l'église le pouvoir essentiel des femmes naissait du fait d'avoir une sexualité.
2. La conspiration. Les autorités en place soupçonnaient les « sorcières », ou des femmes qui se réunissaient souvent pour échanger des connaissances comme celles concernant les plantes ou pour transmettre des informations au sein de la population. Elles craignaient que pendant ces réunions les femmes organisent des révoltes populaires. Cet espace féminin était perçu comme risqué car il permettait d'améliorer les contacts entre les villages et les communes, il facilitait l'organisation entre les paysans et la circulation de l'information, il réaffirmait un esprit de solidarité et encourageait l'autonomie des paysans. Les femmes étaient essentielles, donc il fallait trouver une façon de les arrêter.
3. Soigner autrui. Souvent lesdites « sorcières » étaient les seules à prendre en charge les soins de santé dans les villages, où il n'existait pas d'hôpitaux et où les personnes ne pouvaient pas payer un médecin. Les accoucheuses traditionnelles étaient fréquemment considérées comme des sorcières (Ibid. : 7).

Les méthodes employées par ces accoucheuses constituaient un danger pour l'église car elles avaient des connaissances empiriques issues de l'observation pendant des générations de l'effet des plantes. Ces savoirs empiriques étaient basés sur leurs sens et une longue tradition de transmission, et non pas sur la foi religieuse chrétienne selon laquelle pour guérir le corps il fallait prier et guérir l'âme. L'église était complètement anti-empirique et se méfiait des sens et du monde matériel. Pour elle, toute étude des phénomènes physiques et des lois naturelles était inutile (Ibid. : 7-11). D'ailleurs, saint Augustin soutient que le mal (dont le démon) s'exprime à travers les sens : il « se cache derrière les figures et les formes, se confond avec les sons, se colle aux sons (...) remplit tous les canaux de l'intellect humain » (Ibid. : 12).

L'église autorisait les soins prodigués par les médecins aux élites ainsi que la monarchie qui employaient les protocoles hippocratiques⁷⁷ et galéniques⁷⁸ et qui n'était pas considérés comme pernicieux. Les soins des sages-femmes étaient considérés d'autant plus dangereux qu'ils rendaient les paysans plus autonomes et moins dépendants de la foi divine pour résoudre leurs problèmes de santé, grâce aux connaissances des accoucheuses, utilisées pendant des siècles en Europe, telles que l'utilisation de la belladone pour prévenir les avortements (utilisée à l'heure actuelle comme antispasmodique pour prévenir la contraction involontaire des muscles) ou de l'ergot pour prévenir les hémorragies, accélérer les contractions et diminuer la douleur, par exemple (Ibid. : 11). Or l'église considérait la douleur comme une expiation du péché capital.

Elles faisaient confiance à leur capacité pour trouver des façons d'agir sur les maladies, les grossesses et les accouchements, soit en administrant des médicaments soit avec des

⁷⁷ (460 env.-env. 370 av. J.-C.) « Hippocrate de Cos appartient à une prestigieuse lignée de médecins issue du nord de l'Asie mineure. Contemporain de Platon, il vécut au IV^e siècle. » *Encyclopædia Universalis et Jouanna* (n/d). Voir : <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/hippocrate-de-cos/> (consulté en mars 2016)

⁷⁸ (131 env.-env. 201) « Galien a abondamment écrit et, bien que les deux tiers seulement de son œuvre nous soient parvenus, ses ouvrages (très tôt traduits en arabe) constituèrent la base des connaissances médicales ; ils furent admis sans beaucoup d'opposition jusqu'à la Renaissance ». Brossollet et *Encyclopædia Universalis* (n/d). <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/claude-galien/> (consulté le 15 mars 2016).

pratiques magiques. En résumé, leur « magie » était la science à l'époque (notre traduction) (Ibid. : 11).

Pendant huit siècles – du V s. au XIII s., l'église a empêché le développement de la médecine. À partir du XIII s., grâce au contact avec le monde arabe, la médecine commence à se constituer en Europe comme une science laïque et une profession. Cependant, cette science était constamment contrôlée par l'église, les médecins ne pouvaient pas agir sans la présence d'un religieux. Jusqu'à la fin du Moyen Âge, les étudiants de médecine étudiaient Platon, Aristote et la théologie chrétienne (Ibid. : 12-13).

Les sorcières étaient parvenues à avoir une large connaissance des os et des muscles du corps, les herbes et médicaments, alors que les médecins continuaient à fonder leurs diagnostics sur l'Astrologie et l'alchimie, tentant de transformer le plomb en or. La connaissance des sorcières était tellement vaste qu'en 1527, Paracelse, considéré comme le « père de la médecine moderne », brûla son manuel en pharmacologie et confessa que « tout ce qu'il savait, il l'avait appris des Sorcières » (Ibid. : 13-14).

La création des universités a exclu les femmes du système académique de santé, puisqu'à l'époque aucune femme ne faisait d'études supérieures. À la fin du XIV s., la campagne des médecins diplômés contre les guérisseuses urbaines instruites avait abouti à ses fins : elle induit le monopole absolu de la prise en charge de la santé des classes les plus aisées dans toute l'Europe par le système de santé académique. L'alliance entre l'église, l'État et la profession médicale réussit à éradiquer la majeure partie des femmes guérisseuses et leurs expertises et les médecins commencèrent à se constituer en tant « qu'experts » (Ibid. : 15).

En France, c'est au XVI s. que les chirurgiens barbiers s'intéressent à l'accouchement. Cette figure masculine n'est pas bien acceptée, ils sont appelés les « sages-femmes à culotte ». Ce n'est que sous Louis XIV que les accoucheurs sortent de la clandestinité, après que Julien Clément assistât la naissance de son petit-fils, le duc de Bourgogne (Bonnet del Valle 2000 : 69).

La chasse aux sorcières n'a pas réussi à supprimer toutes les guérisseuses traditionnelles, mais ce processus les discrédite et les stigmatise tellement qu'entre le XVII^e s. et le XVIII^e s. les médecins ont pu s'attaquer aussi aux accoucheuses qui avaient été moins ciblées. En France, c'est autour de 1700 que le concept de « matrone-sorcière » apparaît (Bonnet del Valle 2000 : 69).

Ce monopole se constitue aussi en passant par l'institutionnalisation, c'est-à-dire l'imposition du statut « professionnel » pour prodiguer des soins et obtenir des guérisons. Pour Adam Philippe et Claudine Herzlich, les « professionnels » dans le domaine de la santé « se distinguent des autres métiers par un haut niveau de formation abstraite et spécialisée et une « orientation de service » envers la population à laquelle correspond l'idée de vocation » (Adam et Herzlich 2011 : 31).

Les médecins, catégorie dominante, avaient beaucoup d'autonomie dans l'exercice de leur profession, voire dans un autocontrôle. Ils ont créé leurs propres associations (l'Ordre des médecins) et décidé de leurs propres contenus d'études. Les autres agents, même dans le système officiel de santé, sont à la marge du cadre – les infirmières, les kinésithérapeutes – « ils sont considérés comme de statut inférieur et leur sont généralement soumis » (Ibid. : 31).

Certains auteurs, comme les structuro-fonctionnalistes (William J. Goode, Talcott Parsons) expliquent ce phénomène par des changements de l'organisation du travail dans les sociétés industrielles urbaines, organisation qui demande une division des tâches. Eliot Freidson, issu de l'école de Chicago et de l'interactionnisme symbolique⁷⁹, rejette cette

⁷⁹ L'expression « interactionnisme symbolique » désigne globalement un courant sociologique d'origine américaine fondé sur l'idée que la société est le produit des interactions entre les individus. L'épicentre historique de ce courant est le département de sociologie de l'université de Chicago au milieu du XX^e s. Précisons que l'expression « interactionnisme symbolique » désigne diverses réalités, tantôt d'ordre théorique, tantôt d'ordre organisationnel. En outre, ces réalités ne sont pas les mêmes aux États-Unis et en Europe, en France en particulier. Bref, l'interactionnisme symbolique est bien, comme l'ont dit Berenice Fisher et Anselm Strauss, devenu une « salle

hypothèse et soutient que cette hiérarchisation n'est pas seulement due à la division du travail, mais aussi à un processus de nature politique où certains acteurs sociaux (les médecins) ont bénéficié de la capacité de l'autocontrôle et du soutien institutionnel de l'état (Adam et Herzlich 2011 : 32). Au vu des mes données de terrain, j'estime moi aussi que la prise en charge de l'accouchement par les agents de santé issus de la biomédecine ne répond pas exclusivement à une division de tâches, mais aussi à des enjeux politiques et économiques. Les médecins voulaient avoir le pouvoir dans ce domaine.

En général, ce phénomène s'est reproduit dans tous les pays occidentaux, avec des spécificités, mais le résultat a été la création d'une hégémonie médicale dirigée par les médecins qui subordonnent les autres métiers dans le système académique de santé et de façon plus marquée chez les agents de santé périphériques à la biomédecine.

En France, au début du XIX s., la population pauvre ne fait pas toujours appel aux médecins et ceux susceptibles de faire partie de leur clientèle ne sont pas nombreux, ce qui fait que les honoraires des médecins sont faibles et rarement payés. La concurrence est constituée par des « officiers de santé » – soigneurs rapidement formés lors de la Révolution Française pour se charger des blessés aux champs de bataille –, des praticiens empiriques, des accoucheuses traditionnelles et des soigneurs religieux, pour qui « soigner est un devoir de charité » (Ibid. 33).

Ce n'est qu'en 1892 que les médecins français ont réussi à consolider leurs hégémonie, grâce à la publication d'une loi dans le domaine de la santé qui leur donne le droit de se rassembler en syndicat professionnel et « supprime les officiers de santé, punit sévèrement l'exercice illégal de la médecine et reconnaît donc aux médecins le monopole des soins

des ventes » où l'on apporte et achète ce que l'on veut. (Encyclopédie Universalis. n/d. Voir : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/interactionnisme-symbolique/> (consulté en juillet 2015).

médicaux » (Adam et Herzlich 2011 : 33). C'est donc une réussite pour l'établissement du statut de la profession. Le terme « illégal » implique une discrimination sous la forme de la diffusion d'un système de valeurs idéologiquement soutenues par ces élites médicales : elles ont le droit d'exclure du cadre « légal » toute la concurrence dépourvue des mêmes diplômes, de la même formation ou du même système de significations.

Dans les mots de Le Breton, il s'agit d'une « victoire de l'idéologie médicale » qui affirme la médecine « hors du cadre social et culturel comme parole de vérité, seule « scientifique » et par la même intouchable » (Le Breton 1990 : 184). Cette idée est reprise aussi par Davis-Floyd :

En même temps, pendant sept décennies, la profession médicale a convaincu le public que le déplacement de la naissance à l'hôpital représentait la de-ritualisation de ce qui avait été jusqu'à présent un processus primitif, géré par des accoucheuses arriérées et chargé de superstitions et tabous « folkloriques »⁸⁰ (notre traduction). (Davis-Floyd 1993 : 2).

Adam et Herzlich expliquent ce phénomène en France par l'industrialisation qui a provoqué une amélioration des conditions de vie de la population, une augmentation du pouvoir d'achat et donc une croissance des « clients » potentiels et aussi par une lutte collective des médecins qui a eu des effets incontestables face aux classes populaires.

Un autre cas intéressant (Dussault 1985) est le contexte dans lequel le système biomédical est devenu hégémonique au Canada, comment il a réussi à imposer une empreinte dans un contexte de domination. La validation de la médecine issue du rationalisme d'Occident a été fortement motivée par les intérêts économiques des médecins qui commençaient à avoir une formation académique dans le domaine de la santé et voulaient assurer leurs honoraires.

Au Québec, c'est au XIXe siècle que les conditions permettant à quelqu'un de se consacrer à plein temps à la médecine et d'espérer y gagner raisonnablement sa vie sans dépendre de quelques riches bienfaiteurs, ont été créées à la faveur de la croissance de la population et de sa concentration géographique ainsi que la hausse du niveau de vie (...) En même temps, cette

⁸⁰ *Concomitantly, the medical profession convinced the public seven decades ago that moving birth into the hospital represented the de-ritualization of what had heretofore been a primitive process, managed by backwards midwives and laden with "folkloristic" superstition and taboo (Davis-Floyd 1993 : 2).*

concurrence eut pour effet de provoquer chez certains une prise de conscience de leur communauté d'intérêts. Les médecins avaient généralement en commun d'avoir fait un investissement de temps et d'argent substantiel dans leur éducation et leur installation (Dussault 1985 : 4).

En cherchant à garantir leur participation dans le « marché en expansion » de la santé, les médecins au Canada sont les premiers à se regrouper en associations pour se protéger des autres guérisseurs. Cependant, il fallait aussi établir leur crédibilité, laquelle a été bâtie sur l'argument que seuls les agents de santé ayant reçu une « formation appropriée » étaient en mesure de formuler un diagnostic et prescrire un traitement (Ibid. : 5). Leur formation était validée par l'université qui les accréditait et donc par l'éducation officielle. Leur pratique était protégée par des assurances.

Il fallait établir également un cadre juridique qui les reconnaisse comme les seuls agents habilités pour agir dans le domaine de la santé. C'est ainsi qu'en 1788 apparut la Loi médicale, actualisée en 1847, qui instaura le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada et établit que « personne ne pourra pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans le Bas-Canada, à moins que telle personne ne soit dûment licenciée pour pratiquer » (S. C. dans Dussault 1985 : 5).

Une fois garantie leur position de dominance, il leur fallait aussi assurer le maintien de leur crédibilité en établissant un processus de standardisation de la formation du secteur de la santé :

... en créant un univers symbolique (titres, équipement, vocabulaire) qui conférait un prestige aux activités de leurs membres ; en discréditant les pratiques alternatives ; enfin, de façon générale, en exerçant des pressions continues pour obtenir ou conserver le soutien des institutions qui contrôlent les ressources nécessaires au maintien de leur position de dominance (Ibid. : 5).

Selon Dussault, deux stratégies sont mises en place : la première visant à éliminer la possible concurrence et la deuxième s'employant à subordonner et contrôler les occupations

auxiliaires telle que l'infirmier, en établissant une division du travail et une professionnalisation de la santé avec des spécialisations.

Aux États-Unis, en 1910, le rapport Flexner légifère l'activité des agents de santé habilités à prendre en charge un accouchement et, dans ce contexte juridique, les accoucheuses restent en marge. Jusque-là, 50% des naissances étaient gérées par des accoucheuses, la plupart d'entre elles « noires ou ouvrières immigrées » (Ehrenreich et English 1973 : 26).

Dussault cite le cas de l'Angleterre où entre 1915 et 1920 les professionnels dentaires ont réussi à empêcher la formation d'une nouvelle catégorie de personnel en charge des services de santé scolaire (Dussault 1985 : 5).

Les états eurent un rôle prépondérant dans le procès de monopolisation de la santé (du côté des agents de santé diplômés) et l'exclusion et la marginalisation des thérapies alternatives, des connaissances traditionnelles et de certains agents de santé. Des outils juridiques se sont mis en place pour établir une hiérarchisation idéologique du système biomédical qui est devenu dans plusieurs cas le système officiel de santé.

Une autre figure intéressante est celle de l'infirmière. L'infirmière ou « dame de la lanterne » naît comme agent de santé au XIX s. C'est Florence Nightingale, une femme anglaise d'origine bourgeoise, qui créa le concept. Il s'agissait d'une « femme de bon cœur » qui aidait de façon bénévole les blessés lors de la guerre de Crimée. Suite à ce conflit, aux États-Unis et en Angleterre, plusieurs écoles d'infirmières sont créées. Au début, ce métier consistait à faire du « travail domestique mal rémunéré » (Ehrenreich et English 1973 : 29-30).

La conséquence fut que cette formation n'attira que des femmes de classe ouvrière et « classe moyenne basse » qui apprenaient les valeurs culturelles des femmes des classes dominantes. Une partie de l'enseignement des infirmières de l'époque était le service du thé,

les codes vestimentaires et cosmétiques, et même des leçons sur l'art. Cet enseignement inculquait aux infirmières le canon de la femme victorienne (Ibid. : 29-30).

La figure de l'infirmière naît en lien avec la représentation de la femme et de la mère. Son rôle n'était pas considéré comme scientifique ou faisant partie de la médecine, elle se charge des soins du malade. L'infirmière dès son institutionnalisation eut un rôle secondaire et féminin, à l'ombre des médecins, des hommes perçus comme scientifiques et intellectuels.

Au Portugal, les « sages-femmes » qui gèrent les accouchements, même ceux qui se font à domicile, sont des infirmier(e)s avec une spécialité obstétrique. Selon ce que rapporte la sage-femme domiciliaire Lurdes Rodea, les *parteiras* étudiaient uniquement pour assister un accouchement, elles n'étaient pas véritablement infirmières. Pour cette formation, dit Lurdes, seules les femmes étaient acceptées et elles n'avaient pas le droit de se marier pendant « une période ». À la base, la formation pour *parteiras* était destinée à des femmes qui ne comptaient pas se marier, afin qu'elles puissent être disponibles vingt-quatre heures par jour.

Si elles se mariaient, elles devaient arrêter d'être parteira et leur diplôme leur était retiré. À l'origine, au début du siècle, elles ne pouvaient pas avoir une famille et être parteira en même temps. Il y a eu une loi pendant la dictature qui les a autorisées à se marier (...) lorsque les choses ont commencé à être réglementées, lorsqu'elles ont commencé à avoir des horaires. (Lurdes Rodea).

La *enfermeira parteira*, à l'heure actuelle, doit faire son cursus en infirmerie, puis faire une spécialité obstétrique (tels que Antonio Ferreira ou Lurdes Rodea). Selon les sages-femmes retraitées, il existait autrefois une formation de sage-femme, sans passer par des études d'infirmière ni faire la spécialité.

Afin de connaître la gestion de la santé au Portugal, je vais présenter les différentes étapes de sa mise en œuvre dans ce pays. À continuation je décrirai les différents moments de la normativité et des représentation autour de la naissance au Portugal.

3.4. Le cas du Portugal : de la philanthropie à l'apparition des *doulas*

L'information rassemblée dans le cas du Portugal est le résultat de deux procédures méthodologiques : le dépouillement des sources bibliographiques et des observations de terrain des accoucheuses traditionnelles, de leurs filles, de sages-femmes et de femmes qui ont enfanté avec des accoucheuses, ainsi que des entretiens avec des *doulas*.

Au Moyen Âge, la royauté portugaise ne prenait pas en compte les soins médicaux de la population. La santé n'était pas considérée comme une responsabilité du système administratif. Les soins médicaux étaient une affaire de philanthropie, fondée sur les principes de charité et de « piété individuelle » (documents historiques du Musée du couvent de Santo António dos Capuchos). Souvent, des personnes économiquement aisées financèrent des institutions pour prendre en charge les soins des personnes le plus pauvres.

Les ordres religieux ont joué un rôle très important dans le domaine de l'assistance. Non seulement ils cultivaient, dans leurs jardins botaniques, des plantes médicinales, mais en tant qu'associés des monastères, ils aidaient souvent des pharmacies, des écoles, des petits hôpitaux et des refuges pour accueillir des malades, des pèlerins, des pauvres et des sans-abris. En 1139 (date approximative), à l'école du monastère de Santa Cruz, à Coimbra, naît au Portugal, la première chaire de médecine (notre traduction, documents historiques du musée du couvent de Santo António dos Capuchos).

Tandis que le corps était guéri avec des remèdes ancestraux, des purges et des saignées, l'âme du malade devait aussi être sauvée. Ce ne fut pas une coïncidence si la plupart des centres de santé et des hôpitaux de l'époque étaient aussi des couvents ou des monastères. La frontière entre la religion et la médecine n'était pas établie. Il y avait des saints spécifiques pour certaines maladies tels que saint Lazare pour la lèpre ou saint Sébastien et saint Roch pour la peste.

À partir de 1884, Jorge Ricardo, médecin-chirurgien, publia des livres sur son projet des Services publics de santé au Portugal. Son ouvrage « Hygiène sociale appliquée à la nation

portugaise » (1884) eut un certain impact à l'époque. Il a ouvert une nouvelle perspective sur les questions de santé publique au Portugal (Graça 2000 : 1). En qualité d'inspecteur général des Services de Santé Publique, il formula des décrets pour mettre en place l'organisation générale des services de santé publique (1899) et le règlement général des Services de santé publique et la Charité (1901).

La réforme de la santé (1899-1901) explicitement inspirée par l'exemple de l'Angleterre fut considérée comme l'« hygiène de la patrie ». Elle modela l'organisation médicale et de la santé : elle soulignait l'importance de la formation médicale dans le système de santé ainsi que l'obtention des qualifications nécessaires par le personnel technique, et la hiérarchisation qui devait s'établir dans l'ensemble du corps de la santé publique. La principale préoccupation était alors la protection et l'amélioration de la santé communautaire (et non la santé de l'individu). Les services de santé s'intéressèrent aussi à l'hygiène dans les secteurs de l'industrie et du travail. Le règlement de 1901 établit que les services de santé publique doivent « surveiller et étudier ce qui concerne la santé publique, l'hygiène sociale et la vie physique de la population, en promouvant les conditions pour leur amélioration » (Ibid. : 4).

À partir de ce règlement, certaines problématiques commencèrent à relever de la compétence des services de santé, telles que :

*La défense contre l'invasion de maladies exotiques-pestilentiennes ;
Les statistiques démographiques et sanitaires ;
La prévention et la lutte contre les maladies infectieuses ;
La salubrité des lieux et des maisons ;
L'inspection des substances alimentaires ;
L'hygiène de l'industrie et du travail ;
La police mortuaire ;
L'exercice professionnel de la santé (Ibid. : 4)*

En 1946, le modèle de santé continua à se consolider avec une loi qui régla le mode de fonctionnement des services de santé : des hôpitaux des Miséricordes (qui étaient philanthropiques), des hôpitaux étatiques, des services médico-sociaux, de santé publique et privée. La définition de la santé était « un état de bien-être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie » (dans la loi du 2 avril 1946) (Amendoeira 2002 : 6). Au début du XX s., les services publics et privés de santé étaient structurés pour prendre en charge les malades et leurs maladies. Cette notion commença à changer dans les années 1950, lorsque la prise en charge des soins de santé s'élargit aussi aux personnes saines. La maladie et la santé se sont constituées dans une perspective plus globale dans laquelle l'accent était mis sur l'accès à l'information, les droits de l'homme et l'interculturalité. La médecine sociale, déjà existante au XIX s., est devenue plus importante.

Le système de santé portugais se constitua en plusieurs étapes :

1. Avant les années 1970, la consolidation des bases du système de santé
2. De 1970 jusqu'en 1985, la constitution du Système National de Santé (SNS)
3. De 1985 à 1995, la régionalisation du système de santé et l'émergence du secteur privé
4. De 1995 à 2005, la « nouvelle gestion publique » du SNS
5. À partir de 2005, de nouvelles réformes en cours aujourd'hui (Amendoeira 2002 : 6).

Le système de santé de l'État a été consolidé dans les années 1970, à la fin du régime de Salazar (1971). Pendant cette période, le Portugal a vécu deux moments importants : d'une part le retour à la démocratie avec la Révolution des Œillets (le 25 avril 1974) et de l'autre la

décolonisation. Entre 1961 et 1975, il a subi une série de conflits coloniaux qui débouchèrent sur l'indépendance de la plupart de ses provinces d'outre-mer, à exception de Madère et des Açores.

Vers la fin du régime de Salazar, les premiers centres de santé ont été construits (Gomes Branco et Ramos 2001 : 5). Plus tard, avec l'avènement de la démocratie, la plupart des initiatives philanthropiques (religieuses ou laïques) ont été nationalisées ; tel est le cas des centres de santé de la Miséricorde (documents historiques du musée du couvent de San Antonio Capuchos).

De 1971 à 1974-1975, émergea la « première génération » des centres de santé qui se concentraient principalement sur la prévention et la santé publique. L'État commence à être perçu comme responsable et garant des droits à la santé des citoyens portugais. C'est la vraie naissance du « Service National de Santé » (1979), qui est consolidé par la « Réforme de Gonçalves Ferreira » (1971). Selon ce document, le Ministère de Santé prend en charge toutes les activités en lien avec la santé et cherche à tirer la plus grande rentabilité des ressources utilisées (Amendoeira 2002 : 6). Pendant cette période, les programmes visaient la santé communautaire et les soins immédiats. Il y a eu une augmentation de la demande de consultations et les efforts se sont portés sur les visites à domicile. L'accent a aussi été mis sur la santé maternelle et infantile. (Gomes Branco et Ramos 2001 : 6).

Mon travail de terrain au Portugal révèle une société fragmentée avec un fort contraste entre les grandes villes et les zones rurales. Dans tout le pays (dans les zones urbaines, mais surtout dans les régions rurales), la plupart des femmes entre cinquante et soixante ans sont nées avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle. Cela correspond à la mise en place massive des soins maternels et infantiles par l'État portugais.

De 1975 à 1982, le système médical est axé sur la périphérie des zones urbaines, avec un accès universel au système de santé publique. Une nouvelle carrière en médecine générale et la Direction générale des soins primaires sont créées (Ibid. 2001 : 7). Cette dernière prend aussi en charge les soins maternels et infantiles. En 1976, la protection sociale s’instaure au-delà de la capacité de contribution de chaque citoyen (Amendoeira 2002 : 6). Ce processus est influencé aussi par l’Alma-Ata (1978), une conférence internationale où est rendue visible la nécessité des gouvernements de protéger et promouvoir la santé primaire. À partir de 1983, le concept de « Système de santé intégrale⁸¹ » (cf. annexe 7 : Santé publiques et niveau de soin) naît ainsi que l’approche de la décentralisation des services de santé avec des programmes comme *Alfa* (Ibid. 2001 : 7).

Pendant les années 1990, le système de santé cherche à franchir la distance entre les utilisateurs et les prestataires des services de santé et crée des *unidades integradas* (centres de santé du premier niveau), chargées des soins primaires de santé⁸². En 1999, les « systèmes locaux de santé » se constituèrent qui visaient à la déconcentration des services de santé (Ibid. 2001 : 7).

Actuellement, le Portugal est dans une période de transition. Avec la crise économique, la tendance est de fermer les petits centres de santé et de concentrer les investissements dans

⁸¹ Pour Mery Bravo Peña (n/d), la santé intégrale se centre sur les besoins de la famille et de la communauté, avec une intervention locale de l’état (avec les soins primaires - niveau 1- et secondaires – niveau 2 - de santé). Elle vise la promotion de la santé, la prévention, sa récupération au niveau individuel, familial et communautaire. Elle encourage la participation communautaire sur les décisions en matière de santé. (Bravo Peña n/d : 16, 21).

⁸² Le premier niveau est le plus proche de la population, c’est-à-dire le premier niveau de contact. Il sert à résoudre les besoins de soins basiques et les plus fréquents, qui peuvent être résolus par la promotion de la santé, la prévention de la maladie et par des procédures de récupération et rééducation. Il se caractérise par des établissements à faible complexité tels que des cabinets ou des centres de santé, les bureaux. À ce niveau se résolvent 85% des problèmes de santé. Le deuxième niveau de santé est constitué par les hôpitaux et les établissements qui prennent en charge les soins de médecine interne, pédiatrie, gynécologie, gynécologie-obstétrique, chirurgie générale et psychiatrie. À ce niveau se résolvent 95% des problèmes de santé restants. Le troisième niveau de soin est destiné aux pathologies complexes qui nécessitent des procédures spécialisées et de haute technologie. Il est destiné à résoudre 5% des problèmes de santé restants. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez et Sosa 2011: 12).

les centres de santé avec différentes spécialités dans les petites et grandes villes, (de niveau 2 et 3) (entretien avec « Francisco », fonctionnaire du Ministère de Santé au Portugal, département de ressources humaines).

Le Système National de Santé portugais a garanti l'accès gratuit aux soins biomédicaux. Dans ce pays, les représentations autour des prestations de ce système de santé sont associées à « la modernité », « la mode actuelle », « la technologie », « la sécurité ». À partir des années 1970, les femmes ont fait contrôler leur grossesse et leur accouchement par le système biomédical qui a pris complètement le dessus sur le système traditionnel de santé. Les pratiques traditionnelles des accoucheuses sont abandonnées. Actuellement, le contexte juridique interdit explicitement la pratique des accoucheuses traditionnelles et favorise uniquement la prestation de santé médicalisée. L'interaction paternaliste ou intégrationniste prend le dessus. Les accoucheuses traditionnelles ont été remplacées par le système biomédical.

Dans ce contexte « d'ordre mondial » qui légitime la biomédecine, le monde occidental (ré)découvre dans les années 1960 - lors de l'émergence du mouvement *hippy* - une autre approche du corps (Le Breton 1990 : 9).

Le Breton situe la crise de la médecine biomédicale dans les années 1980. De plus en plus d'usagers suspectent ce savoir médical qui « occulte le sujet, son histoire personnelle, sa relation intime au désir, à l'angoisse ou à la mort, il néglige la trame relationnelle où il s'insère pour ne considérer que le 'mécanisme corporel' » (Ibid. 1990 : 223). Ces nouveaux usagers se tournent vers des agents de santé ayant un autre rapport avec le corps, une autre compréhension de la médecine, de la santé, une autre représentation de la relation culture/nature. Ce contexte favorise l'émergence des *doulas* ou la revendication de l'accouchement domiciliaire.

Émerge dans la société civile un secteur professionnel où les femmes éprouvent le besoin de vivre l'accouchement autrement, sans les protocoles du système biomédical de santé. Ces nouveaux acteurs entrent en scène dans la prise en charge des soins de santé maternelle et infantile, tels que certain(e)s *enfermeiras/os parteiras/os* (sages-femmes) ou des *doulas* (cf. annexe 8).

En 2004, suite à l'initiative de deux *doulas* formées en Angleterre (au Portugal, la formation *doula* n'est pas reconnue officiellement), est constituée « l'Association portugaise des *Doulas* du Portugal ». Cette initiative vise à « promouvoir et diffuser le rôle des *doulas* portugaises ». Cette association est à la base de la création de deux collectifs : HUMPAR et Bionascimento. Bionascimento est un groupe de *doulas* et « *enfermeiras parteiras* » (sages-femmes).

En 2006, naît l'HUMPAR (« Association Portugaise de l'humanisation de l'accouchement »). Ce collectif vise à diffuser l'« accouchement humanisé », réduire les taux de césariennes, ainsi que ceux des accouchements traumatisants, diffuser l'information sur les effets néfastes de certaines pratiques des accouchements déclenchés, encourager l'« *empowerment* » du rôle actif de la femme pendant l'accouchement, entre autres revendications, ainsi qu'encourager l'allaitement maternel (Arriscado Nunes, Neves, Roriz et al. 2009 : 6-7). Dans un des entretiens du projet EPOK (*European Patient Organization in Knowledge Society*), une des *doulas* de cette organisation manifeste sa volonté de recréer un système de « *curiosas* » (accoucheuses traditionnelles), tel qu'il existait dans le passé.

À l'heure actuelle, les organisations se sont associées. Elles ont pris contact avec l'APEO, *Associação Portuguesa de Enfermeiros/as Obstetras* (Association Portugaise d'Infirmières Obstétriques) et avec le réseau Maternar, avec le *Grupo sobre o Direito ao Parto Normal* (Groupe pour le Droit à L'Accouchement Normal) et avec des collectifs d'avocats qui

cherchent une voie juridique pour une reconnaissance des pratiques autour de « l'accouchement respectueux », entre autres (Ibid. 2009). Tous ces mouvements s'inscrivent dans la logique du système de santé alternatif qui remet en question le modèle biomédical.

Le mouvement *Nascer Melhor* (Naître Mieux) se consolide après la Conférence de Viena où plusieurs acteurs sociaux ont défini des principes directeurs de l'accouchement (qui reprennent les points centraux de la Déclaration de Fortaleza (OMS 1985) et en introduisent des nouveaux ; Arriscado Nunes, Neves, Roriz et al. 2009 : 14).

Un des succès de ces collectifs est d'avoir établi un dialogue avec l'État et le ministère de la Santé qui a donné naissance à un document, résultant d'une collaboration entre différents secteurs et collectifs. Ce texte introduit des points essentiels sur les droits des femmes portugaises à « une grossesse et un accouchement normaux ». Il a un impact sur le Plan National Portugais de Santé (Ibid. 2009 : 14). Toutes ces tentatives s'insèrent dans une interaction « d'*empowerment* » (Cunningham 2002) incluant une prise en charge domiciliaire de l'accouchement qui existe indépendamment de celle du système officiel de santé.

Bien que les débats évoluent et que les efforts portent leurs fruits avec des conférences internationales (2006 et 2009) et des alliances internationales : *El Parto es Nuestro* (Espagne), *Midwifery Today*, *Childbirth Connection* (Etats-Unis), l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté, entre autres), ce cheminement induit aussi des tensions entre les différents collectifs (Ibid. 2009 : 15).

Pour Antonio Ferreira, sage-femme domiciliaire, les *parteiras* (il parle des personnes qui se sont formées académiquement pour assister un accouchement, mais avant la réforme qui exigeait qu'elles soient d'abord infirmières, puis qu'elles fassent la spécialité obstétrique) ne

sont pas aussi performantes que les *enfermeiros parteiros*. Les infirmiers ont le droit de donner des prescriptions médicales et des examens, tandis qu'une *parteira* ne peut pas le faire.

Lurdes Rodea soulève cette différence entre les sages-femmes domiciliaires et les infirmiers orthodoxes. Il y a des institutions hospitalières exceptionnelles, dit-elle, où « l'accouchement naturel » (sans intervention médicale, cette définition sera discutée dans le chapitre suivant) se pratique :

L'ordre des médecins est contre l'accouchement domiciliaire. Cependant il y a un ordre des infirmiers qui fait ce qui est recommandé par l'OMS, en respectant les préconisations pour l'accouchement domiciliaire. Il y a une discordance grande. À l'hôpital de Setúbal, ils font des accouchements dans l'eau. Ils accompagnent les couples qui veulent le faire dans l'eau. Il y a des couples de tout le pays qui n'ont pas d'autre alternative, plus 'naturelle' (...) Il n'y a aucune étude scientifique crédible qui dise qu'accoucher à l'hôpital est plus sûr que le faire chez soi, dans des conditions de bas risque, avec le personnel accrédité. Ces accouchements (à l'hôpital de Setúbal) sont couverts par l'état portugais et par les services publics (la Sécurité Sociale). (Lurdes Rodea).

Antonio Ferreira, sage-femme, donne son avis sur les accoucheuses qui prennent en charge les accouchements sans avoir une formation académique :

Beaucoup d'entre elles n'ont pas leurs diplômes et elles peuvent commettre un crime en prenant en charge un accouchement sans être habilitées par l'ordre d'infirmiers (...) Anciennement, il y avait des femmes qui n'avaient pas d'études et faisaient des accouchements, maintenant on n'est pas comme eux.

Mary Zwart *parteira* et sage-femme, dit également : « *maintenant en Europe, il n'y a plus besoin des accoucheuses traditionnelles car il y a déjà l'éducation* ». Ces deux commentaires s'inscrivent dans une interaction paternaliste (Cunningham 2002) car la seule formation valable pour la prise en charge de l'accouchement est celle issue du milieu académique. La transmission empirique des connaissances entre les générations n'est pas considérée comme légitime, ce n'est pas de l'éducation. Les pratiques traditionnelles sont perçues comme faisant partie de « l'ancien », de « l'arriéré », du « pas évolué » et même illégales.

Le contexte général du Portugal est marqué par la légitimation du système biomédical dans une approche paternaliste, surtout depuis les années 1970. Ce divorce entre les deux systèmes de santé ne s'exprime pas dans le quotidien où les termes se confondent. Les distances entre les termes *curiosa*, *habildosa*, *parteira* et *enfermeira parteira* sont très subtiles. La modernité et la tradition dans l'imaginaire des portugais interviewés ne sont pas clairement délimitées.

En parallèle, à partir des années 2000, émerge un mouvement revendiquant des accouchements alternatifs au système biomédical, dans une logique « d'*empowerment* ». Les acteurs visent un « accouchement humanisé ».

Par rapport aux politiques en santé, le Portugal passe par plusieurs étapes qui vont de la philanthropie au Moyen Âge, à une prise en charge de l'état à partir de la sortie de la dictature et qui finit par l'émergence d'agents alternatifs de santé à partir de 2004. À chaque étape, différents acteurs apparaissent tels que les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes domiciliaires, les docteurs et sages-femmes dans des milieux hospitaliers et récemment les doulas qui ont leurs propres pratiques et représentations concernant la culture de la naissance.

Après avoir présenté le cas du Portugal, considérons celui de l'Équateur. Quelles approches des politiques publiques sont mises en place ? Comment s'effectuent ces processus ? Quelles sont les nuances entre tradition et modernité ? Quels sont les rôles des accoucheuses traditionnelles ? Quel est le rapport entre le système traditionnel de santé et la biomédecine ?

3.5. Le rôle des accoucheuses en Équateur, entre la marginalisation et la reconnaissance

D'après Sánchez Torres (n/d)⁸³, à l'époque des *Inkas* au XV s. et XVI s. la femme enceinte réduisait son activité physique, jeûnait sporadiquement et se privait de certains aliments comme le sel. L'accouchement était précédé d'une invocation à la *Pacha Mama* et à la lune pour qu'elles la protègent.

Les femmes *inkas* accouchaient en quadrupédie et l'enfant était reçu par une accoucheuse traditionnelle placée derrière la parturiente. Il était interdit à l'époux d'entrer dans la chambre pendant l'accouchement ; cependant, l'homme avait d'habitude de faire la couvade ou *pollazón* (une couvade qui semble très douloureuse) consistant à se coucher dans un lit et de faire semblant d'accoucher. D'après Sánchez Torres, certaines pièces en céramique de cette période pourraient montrer la pratique de césariennes.

Après l'accouchement, le placenta et le sang étaient enterrés et la femme se reposait pendant huit jours (des témoignages tels que celui de l'*inka* Garsilaso disent que la femme reprenait ses tâches ménagères immédiatement après l'accouchement). Parfois, les femmes enfantaient seules, d'autres fois elles étaient accompagnées par des accoucheuses, des femmes âgées ou des femmes de leur cellule familiale. Les personnes qui aidaient ou assistaient la femme avaient un rôle référentiel dans la vie de la parturiente, de très forts liens de gratitude et de reconnaissance se construisaient, ce qui favorisait la cohésion sociale (Sánchez Torres).

⁸³Sánchez Torres Fernando, n/d. "Algunas costumbres ginecobstétricas en el continente...que sería Hispanoamérica", dans Historia de la ginecobstetricia en Colombia. LIBRERÍA DIGITAL, Voir http://www.encolombia.com/libreria-digital/medicina/ginecobstetricia/epoca-pre/epocapre2_ginecobstetricia, (consulté en mai 2013).

Avant l'arrivée des Espagnols en Amérique, l'accouchement traditionnel était caractérisé par le lien à la Nature, spécifiquement à l'eau, et par son caractère sacré. De fait, dans plusieurs des cas, était invoquée une divinité qui protégeait les parturientes. Les "Venus de Valdivia"⁸⁴ par exemple étaient une ode à la fertilité de la femme et de la terre.

Jusqu'à la fin du XVII s., pendant la colonie, des sages-femmes, les accoucheuses traditionnelles ou des chirurgiens barbiers⁸⁵ dispensaient les soins lors de l'accouchement. Les médecins n'intervenaient pas parce qu'ils jugeaient que ces pratiques n'appartenaient pas au domaine scientifique. Entre les accoucheuses et les chirurgiens-barbiers s'était nouée une relation tendue, puisque ceux-ci les accusaient d'être incultes et même des sorcières. Certaines ont été brûlées vives, accusées de sorcellerie pour avoir prodigué des traitements contre la douleur aux femmes (Buitrón, de Luca, de Marco *et al.* 2003).

En Équateur, ce n'est qu'au début du XVII s. que le docteur Bernardo Delgado organisa des missions en Amazonie pour enquêter sur l'accouchement et les conditions d'accouchement (Astudillo Espinosa 1995 : 68). À compter du XIX s., les soins de l'accouchement sont pris en charge par la médecine officielle, pendant le gouvernement d'Eloy Alfaro⁸⁶ (Hermida Piedra 1976). En 1895, Alfaro embaucha des sages-femmes dans les centres de santé de Quito pour dispenser des soins gratuits lors de l'accouchement, orientés vers les milieux populaires. Il consolida ainsi le rôle des sages-femmes en Équateur « puisque à l'époque, ajoute l'auteur, les

⁸⁴ Statuette en céramique modélisée. Elle représente une figure féminine avec une coiffe importante. Production matérielle propre de la culture Valdivia (de 3.990 à 2.300 av. J.C.) (Cruz ; n/d : 153).

⁸⁵ Au Moyen Âge, c'étaient les barbiers qui pratiquaient certaines chirurgies et pratiques thérapeutiques : « Initialement le barbier (Scherer) est affecté aux soins corporels : rasage, coiffage, tonsure des clercs. Mais en 1215, Innocent III prend la décision définitive de laisser exclusivement aux laïcs le soin de guérir et de réparer les corps. Dès lors, la pratique médicale se professionnalise et les chirurgiens vont progressivement se dissocier des médecins qui sont perçus par le peuple comme les garants du savoir, du fait de leurs longues études universitaires. Cette situation perdurera jusqu'au XVIII s. Les chirurgiens se divisent en deux corporations bien distinctes : les barbiers et les chirurgiens. ». Les guerriers d'Avalon n/d. *La chirurgie au XV s.* Voir : <http://www.guerriers-avalon.org/index.php?id=docs&cat=civil&page=chirurgie> (consulté en juin 2014).

⁸⁶ Il fut président de l'Équateur entre 1895 et 1901 puis de 1906 à 1911 et le principal dirigeant de la Révolution libérale équatorienne (1895-1912) (Salvador Lara 1994)

accouchements étaient pris en charge par les mains grossières de gens totalement ‘empiriques’, en ville et en campagne » (Hermida Piedra 1976 : 106).

Le 11 avril 1898, une maternité est créée à l'Hôpital le San Juan de Dios, mais un mois plus tard elle est transformée en Collège de Maternité et, par décret juridique, la maternité fût déménagée. Un système de santé officiel autour de l'accouchement était en train de s'instituer. En 1907 est fondée l'École d'Obstétrique à Latacunga et en 1911 le président Isidro Ayora importe de l'Allemagne des outils et une nouvelle technologie. Il prend en charge la Maternité Isidro Ayora à Quito (Hermida Piedra 1979 : 106).

Ainsi le biomédical devient le système officiel de santé au détriment du système traditionnel de santé des accoucheuses et s'implante comme un modèle issu du rationalisme et un héritier de la Révolution Médicale, importé d'Europe. Dans le cadre juridique, le SOS sera reconnu comme le système officiel, ce qui aura pour conséquence d'occulter les autres pratiques de santé pendant la plupart du XX s. Ce processus correspond à une interaction paternaliste (Cunningham 2002).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1985, à travers la « Déclaration de Fortaleza » fait diverses recommandations pour l'accouchement. Certaines pratiques et protocoles présents dans le système de santé officiel et académique y sont remis en question, tels que l'utilisation systématique de l'épisiotomie (découpe du périnée chez la femme au moment de la délivrance), en particulier dans le cas des femmes primipares, le rasage des poils pubiens et le lavage de l'intestin. Ce document indique aussi que le monitoring fœtal systématique n'est pas vraiment bénéfique ainsi que la position de lithotomie dorsale (allongée sur le dos), pendant le travail de l'accouchement. Il revendique le droit de chaque femme à décider librement la position à adopter au cours de l'expulsion (OMS 1985 : 2). Dans ce texte datant de près de trois décennies, les pratiques traditionnelles des accoucheuses sont reconnues

comme faisant partie des « systèmes informels de soins périnataux ». Cette déclaration encourage la formation des accoucheuses traditionnelles.

Dans le contexte international, les questions sur la santé interculturelle ont commencé à se poser vers la fin du siècle passé. L'OPS et l'OMS, en 1993, ont reconnu l'importance « d'établir des lignes directrices, des méthodologies et des programmes de formation pour le développement des systèmes de santé traditionnels » (OPS, OMS 1993 : 2) au niveau des peuples autochtones américains et conçoivent ce système de santé indépendamment du système officiel ou institutionnel.

La Constitution de 1998 reconnaissait à l'Équateur le statut d'« un état social de droit, unitaire, indépendant, démocratique, pluriculturel et multiethnique » (notre traduction)⁸⁷, (art. 1, Constitution de l'Équateur). L'article 44 stipule que l'État « reconnaîtra, respectera et promouvra le développement de la médecine traditionnelle et alternative, sa pratique sera réglementée par la loi et l'état devra encourager la recherche scientifique et technologique dans les domaines de la santé, assujettis aux principes bioéthiques » (notre traduction)⁸⁸.

La Loi de Maternité gratuite et de la protection de l'enfance (LMGYAI), approuvée en 1998 (rédigée en 1994) décrétait dans son article premier que « chaque femme a le droit à accéder de façon gratuite à des soins de santé de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum, ainsi qu'à des soins de santé sexuelle et reproductive »⁸⁹.

Elle assurait la participation de la médecine traditionnelle dans son article 2a) :

⁸⁷ “Un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico” (Art. 1, Constitución de la República del Ecuador de 1997)

⁸⁸ “reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos” (Art. 44, Constitución de 1997).

⁸⁹ “toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva” (Art. 1 de la LMGYAI, 2006).

... *Les entités prestataires de services de santé à but non lucratif, y compris celles de la médecine traditionnelle peuvent en bénéficier (de la LMGYAI) après avoir obtenu leur accréditation du MSP (Ministère de Santé Publique) et souscrit une convention de gestion.*⁹⁰ (notre traduction) ((Art. 2 a) Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia) (Assemblée Nationale 2006).

Même si ces deux cadres légaux assuraient théoriquement la reconnaissance, la participation et le soutien des médecines traditionnelles et alternatives, dans les faits n'existaient ni les outils pratiques pour intégrer les pratiques des accoucheuses au système national, ni une reconnaissance quotidienne de leurs savoirs, à exception de quelques cas particuliers, tels que l'hôpital *San Luis de Otavalo* ou le centre de santé *Jambi Huasi* (Cf. Annexe 9).

La constitution de 1998 propose de « reconnaître, respecter et promouvoir le développement de la médecine traditionnelle ou alternative ». La loi (1994) de Maternité gratuite et de la prise en charge de l'enfance (LMGYAI) veille à assurer la participation de la médecine traditionnelle. Cependant, la médecine traditionnelle est soumise à une réglementation et à l'accréditation du système officiel. Le cadre juridique existant jusqu'en 2008 était basé sur l'approche du système de santé officiel et celui de la tradition, seulement évoqué, était très peu pris en considération.

Un autre document important est la Loi Organique du système de santé national, publiée en 2002, qui reprend les mêmes éléments tels que le besoin de consolider un système de santé *comunitario* (de la communauté), caractérisé par la participation et le contrôle citoyens, à partir d'une vision multiculturelle. Ce document inclut comme membres du Système national de santé

⁹⁰ Las disposiciones de esta ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes MSP. Las otras entidades del sector público de salud aplicaran la presente ley según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos. Podrán participar, además, previa acreditación por el MSP y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de medicinas tradicionales.” (Art. 2 a) Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia).

« (les) Services et agents de la médecine traditionnelle et alternative de santé communautaire »
(Del Cid Lucero 2008 : 75-76).

La Constitution de 2008 impliqua plusieurs réformes importantes qui concernent la santé. Elle introduit le concept du *Buen vivir* (bien vivre) issu de la *cosmovisión* ancestrale *kichwa* du *Sumak Kawsay* (Constitution de l'Équateur) (Assemblée Nationale 2008 : 174). Cette constitution met davantage l'accent sur l'interculturalité, ainsi que sur la qualité et la *calidez* (attention chaleureuse) dans la pratique médicale, comme l'indique l'article 362 :

Le soin de santé, en tant que service public, sera dispensé à travers les entités publiques, privées, autonomes, communautaires et celles qui pratiquent les médecines ancestrales, alternatives et complémentaires (Ibid. 2008 : 166).

L'article 32 de la Constitution prévoit que l'État doit garantir :

... Le droit à la santé, à travers des politiques économiques, sociales, culturelles, éducatives et environnementales et la prestation de services de santé (...) se régira par les principes d'équité, d'universalité, de solidarité, d'interculturalité, de qualité, d'efficacité, de précaution et par la bioéthique, en prenant en compte les approches de genre et générationnelle (Ibid. 2008).

Cette Constitution reconnaît dans le même article l'importance de la science, la technologie et l'innovation, ainsi que la récupération, la réaffirmation et l'encouragement des connaissances ancestrales (notre traduction).

Parallèlement à cette Constitution, la même année est publié l'Accord Ministériel du "*Parto Culturalmente adecuado*" (accouchement culturellement adapté) qui légitime les pratiques de santé des accoucheuses traditionnelles dans le système de santé officiel (il encourage leur insertion dans le système biomédical). Dans ce contexte, le Ministère de la Santé estime qu'il est nécessaire de développer de nouveaux outils pour l'intégration des accoucheuses et pour la coopération entre les différents systèmes de santé. Il s'agit d'une tentative de coexistence (Cunningham 2002), tels que :

1. Les normes et protocoles de soins maternels.
2. Normes et protocoles de soins néonataux.
3. Normes, indicateurs et instruments pour mesurer la qualité des soins maternels et néonataux.
4. Lignes directrices techniques pour la prise en charge de la livraison culturellement appropriée.
5. Guide Méthodologique pour l'accouchement culturellement approprié.
6. Manuel de Conseils en nutrition pour le soin de la femme enceinte.
7. Protocole pour la mise en œuvre de pratiques de travail complètes.
8. Les normes et protocoles de soins nutritionnels pour les femmes enceintes.

Source : MSP pour l'intégration du Système de santé traditionnel dans le Système Officiel de Santé. Lieu et date : MSP 2011, Équateur

Ces documents sont destinés aux accoucheuses traditionnelles, ainsi qu'aux agents académiques de santé qui travaillent dans des agglomérations où l'accouchement traditionnel est pratiqué. Cependant, les protocoles de soin sont centrés sur le système biomédical : un

accouchement qui n'est pas géré par un agent de santé allopathique est considéré comme un accouchement à risque. Même les guides pour les formations des accoucheuses expliquent les protocoles biomédicaux à suivre dans des cas spécifiques, mais ne cherchent à comprendre ni les thérapeutiques utilisées ni les représentations associées.

Ce cadre juridique vise à ouvrir une nouvelle étape pour les soins de l'accouchement, même dans le contexte des institutions médicales du système officiel de santé, ce qui implique des changements dans les protocoles médicaux tels que la position pendant l'accouchement. Certains centres de santé cherchent à introduire la chaise pour l'accouchement ou une corde pour que la femme puisse s'accroupir à l'heure de la délivrance. Le contexte juridique demande que les institutions adaptent leurs salles d'accouchement pour répondre aux besoins culturels de la population et qu'ainsi elles acceptent la présence et les pratiques thérapeutiques ancestrales des accoucheuses dans le système officiel de santé.

Ce changement de paradigme vise à créer des interactions entre les deux systèmes de santé : le système de santé traditionnel ou « santé interculturelle » (comme le Ministère de la Santé l'appelle) et le système officiel de santé, afin de fournir des soins diversifiés qui soient une réponse adaptée aux demandes plurielles d'une population pluriculturelle.

Bien que sur le plan juridique les modifications soient substantielles, dans la pratique le changement de paradigme dans le domaine de la santé provoque encore beaucoup de résistance, surtout de la part de certains secteurs tels que les agents officiels de santé qui ne veulent pas perdre leur hégémonie dans les soins de l'accouchement. Ces acteurs sociaux ont du mal à remettre en question le système de représentations qui pose le système officiel de santé comme le seul légitime. Même si de nombreux outils sont conçus pour promouvoir la coexistence des deux systèmes de santé, un accouchement non assisté par un agent officiel de santé est toujours considéré comme risqué.

Dans ce contexte, le problème du statut légal des accoucheuses se pose. Elles ne sont pas considérées comme fonctionnaires et elles ne peuvent donc pas accéder à une rémunération. Or certaines accoucheuses voudraient être payées. Comment le Ministère de la Santé pourrait-il s'adapter pour établir un système rémunéré pour les accoucheuses ? Quel serait ce système de rémunération ? Faudrait-il les rémunérer à hauteur de la rémunération du médecin ? Si le salaire n'est pas le même, n'est-ce pas une façon symbolique de valoriser davantage un savoir-faire qu'un autre ? En même temps, si les accoucheuses intègrent le système officiel de santé, est-ce que cela doit être dans les mêmes conditions qu'un agent de santé ? Or cette intégration avec un rapport monétaire (et non pas de solidarité dans la communauté), avec des horaires fixes, dans une spatialité institutionnelle, n'implique-t-il pas de changer les logiques propres de la prise en charge de l'accouchement traditionnel ? En faisant cette dernière remarque, est-ce que je n'adopte pas une approche fondamentaliste qui catégorise sans comprendre la fonction d'historicité qui caractérise toutes ces cultures ?

Même si ce nouveau contexte bouleverse la légitimité exclusive du système biomédical, le défi implique que la légitimité des acteurs traditionnels de santé soit incarnée dans les représentations des différents acteurs sociaux pour obtenir un véritable dialogue des savoirs. Il implique de changer les représentations de domination présentes chez les agents de la santé. Les systèmes de santé en Amérique latine, et plus particulièrement en Équateur, reflètent les difficultés du dialogue interculturel existant.

Le Système Officiel de Santé (SOS) est plus perméable aux pratiques médicales traditionnelles. Dans certains *subcentros*⁹¹ de santé (centres de santé) – tels que celui d'*Arajuno*

⁹¹ Institutions de santé du niveau un, une attention primaire en santé, dans une approche de santé intégrale, ces centres de santé visent des soins préventifs (tels que les vaccins, les consultations périodiques, des conseils des soins de santé) et des soins curatifs de maladie légères, des soins d'urgence de situations graves ou complexes, des visites médicales, entre autres, et ils effectuent des transferts aux centres de santé du niveau deux et trois, lorsque des contextes de santé qu'ils ne peuvent pas gérer (par manque de personne ou de matériel) se présentent (Roemer 1972 : 21).

qui fait partie de notre terrain et sera décrit par la suite – où il y a des populations indigènes importantes, les accoucheuses commencent à avoir accès aux installations pour accompagner les femmes et même pour intervenir lors de l'accouchement. Dans le cas spécifique de ce village, des publications sur l'utilisation de certaines plantes médicinales, faites par le Ministère Public de la Santé ont pour auteures des accoucheuses traditionnelles.



Figure : Couverture de la publication « Connaissances et expériences des accoucheuses de Arajuno par rapport à l'utilisation des plantes traditionnelles » (notre traduction) (Ministère de Santé Publique de L'Équateur)

Source : MSP pour l'intégration du Système de santé traditionnel dans le Système Officiel de Santé ; Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Anexo N° 1

LISTA DE LAS PLANTAS DEL MANUAL

N°	NOMBRE DE LA PLANTA	PAGINA
1	Ajo de monte (sacha ajus)	10
2	Santa maría anís (anís maría panka)	12
3	Caña agria (sacha iru)	14
4	Verbena	16
5	Runduma (dunduma)	18
6	Caballu kiwa	20
7	Ichilla awa amarun kaspi	22
8	Gallu ala	24
9	Cundisun	26
10	Algodon	28
11	Chugri yuyu (pakipanka)	30
12	Albahaca (lumu pachina)	32
13	Flor de plátano (palanda papak)	34
14	Yuca (lumu)	35
15	Guayusa (waysa)	36
16	Achoite (manduru panka)	38
17	Sacha culantro	39
18	Pitun	41
19	Chiri wayusa	43

AUTORAS

PARTERAS COMUNITARIAS DE ARAJUNO:

Alvarado Gladys	Ashanga Julia	Grefa Edith
Alvarado Bernica	Avilés Salvina	Grefa Cecilia
Alvarado Ofelia	Cerda Elena	Grefa Gladys
Andy Cerda María	Calapucha Pedro	López Augusto López
Andy Carmela	Calapucha Mariana	Nelva Mamallacta Nelva
Andy Dibuco	Chimbo Antonia	Pauchi Luisa
Andy Luana	Chimbo Pedro	Santi Mercedes
Andy Lidia	Chimbo María	Shiguango Marco
Andy María Antonia	Chimbo Eulalia	Shiguango Lola
Andy Maxi	Grefa Elena	Tanguila Teresa
Andy Moisés	Grefa Estela	Tapuy Pablo
Andy Rosalina	Grefa Graciela	Vargas Gloria
Andy Virginia	Grefa Norma Grefa Raúl	
Arias Sandra	Grefa Rosa	

EDICIÓN TÉCNICA
Lic. Sandra Alvarado
Lic. Elvia Andy Aguinda
Dra. Sayuri Manzano S.

COLABORADORES
Lic. Alexandra Moreno

FOTOGRAFÍA
Lic. Elvia Andy Aguinda
ASESORIA TÉCNICA
Didier Lacaze

FECHA DE IMPRESIÓN
Pastaza, Ecuador
Junio 2012

Figure 5 : Index et crédits de la publication « Connaissances et expériences des accoucheuses de Arajuno par rapport à l'utilisation des plantes traditionnelles » (notre traduction) (Ministère de Santé Publique de L'Équateur).

Source : MSP pour l'intégration du Système de santé traditionnel dans le Système Officiel de Santé. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Dans cette agglomération, trois personnes sont reconnues⁹² comme accoucheuse et accoucheur par le Ministère de Santé Publique : Catalina Guatatoca (de Shiguango, le nom de son mari décédé) qui n'a jamais répondu à notre proposition d'entretien, conseillée par ses filles, Xavier Grefa Alvarado (qui est aussi guérisseur) et son épouse Antonia Luisa Guatatoca. C'est avec ces trois personnes que les fonctionnaires du Ministère travaillent en faisant des formations telles que :

- Reconnaissance de signes de danger lors de la grossesse

⁹² D'après les entretiens réalisés auprès des fonctionnaires du Ministère de Santé Publique et des accoucheurs, c'est la communauté qui a désigné les personnes ayant les connaissances pour être accoucheuses et accoucheurs.

- Soins pendant la grossesse
- Problèmes lors de l'accouchement
- Nutrition pour la mère et l'enfant (allaitement)

Après avoir été formé(e)s, ils/elles utilisent des fiches de suivi de l'accouchement adaptées de façon assez didactique, car la plupart des accoucheuses avec lesquelles j'ai travaillé sont issues d'une culture orale (parfois elles ne savent ni lire ni écrire). L'espagnol n'est pas leur langue maternelle.

La fiche présente différentes rubriques destinées au Ministère de Santé :

- Date
- Nom de la parturiente
- Ethnicité de la femme
- Suivi de la grossesse
- Signaux de risque (perte du liquide amniotique ; des maux de tête, nausée, vision de lumières, inflammation des extrémités, saignement, enfant qui ne bouge pas)
- Lieu de la consultation (maison ou centre de santé)
- Pratique thérapeutique réalisée
- Observations

REGISTRO MENSUAL DE ACCOUCHEMIENTOS EN LA COMUNIDAD
CONTROL DEL EMBARAZO

Ministerio de Salud Pública
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PASTAZA
SALUD INTERCULTURAL

NOMBRE DE LA PARTERA: _____ PARROQUIA: _____
COMUNIDAD: _____ MES: _____

FECHA	NOMBRE DE LA MUJER	ETNICIDAD	CONTROL DEL EMBARAZO	SEÑALES DE PELIGRO					REFERENCIA		INTERVENCIÓN REALIZADA (tratamiento, remedios y prácticas)	OBSERVACIONES		
				EMBARAZO NORMAL	SALIDA AGUA DE FUENTE	COLOR DE CARRO, NUBES Y VOMITO, VER LUCES	HINCHAZÓN DE MANOS Y PIES	SANGRADO GENITAL	EL NIÑO/NIÑA NO SE MUEVE	SI			NO	
9/10/11 13/17/18 23/24/25		PUEBLO VIO NACIONALIDAD												

Figure 6 : Fiche de suivi de l'accouchement distribuée par le Ministère de Santé Publique aux accoucheuses traditionnelles choisies. Information fournie par Xavier Grefa, accoucheur traditionnel.

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Santa Clara, Pastaza 09/2013

Tous les accoucheurs interviewés ne travaillent pas en lien avec le SOS. En Arajuno, la *mama* Antonia Chimbo, Violeta Andi et à Santa Clara Xavier Grefa et sa femme Antonia Guatatoaca le font. Lors de ma première visite à Arajuno, j'ai rencontré Violeta Andi. Elle s'est montrée très accueillante dès mon arrivée chez elle. Elle m'a fourni une liste des accoucheuses par village qui travaillent avec le Ministère de Santé. Chaque village à proximité a deux accoucheuses ou accoucheurs reconnus, afin d'assurer une permanence quand l'un-e d'eux doit s'absenter.

Ces accoucheuses ont été choisies par consensus par la communauté et elles travaillent en relation avec le Ministère, ce qui implique qu'elles/ils reçoivent des formations. En théorie, suite à celles-ci, quand elles diagnostiquent des risques pendant la grossesse et l'accouchement, elles sont censées envoyer les femmes au sous-centre de santé. Cependant, Belén Arequipa, sage-femme, se plaint que les accoucheuses ramènent les parturientes lorsqu'il y a déjà une

complication et refusent de faire accoucher les femmes dans le sous-centre de santé qui est équipé pour les accouchements culturellement adéquats.

Elles doivent intégrer certains protocoles à leurs pratiques tels que l'utilisation des gants. Or les accoucheurs et les accoucheuses affirment qu'ils ne le font pas. Lors des observations, aucun agent traditionnel ne l'a fait, ni pour les *acomodadas*⁹³ (à l'exception de Gladys Grefa) ni pour la prise en charge de l'accouchement (supra chapitre 2). Elles doivent remplir les formulaires de suivi des grossesses et des accouchements et maintenir le Ministère informé de leur travail et des naissances. D'après leurs témoignages, elles/ils ont eu des formations ministérielles nationales, afin qu'elles connaissent les pratiques thérapeutiques d'autres accoucheuses du pays.

En Arajuno, l'association ACIA gère la production agricole et l'élevage, mais s'occupe aussi d'autres sujets tels que la santé interculturelle. L'association cherche à préserver les pratiques ancestrales en santé, elle travaille avec le Ministère de la Santé pour nommer les accoucheuses référentes dans chaque village, pour que les parturientes et les femmes enceintes les repèrent. Le responsable officiel dans ce domaine est Samuel Calapuche, fils d'un des dirigeants politiques de l'ACIA. Il travaille en tant que TAPS (*Técnico de atención primaria en salud* - technicien de prise en charge de santé primaire). Le TAPS est la personne chargée de faire un pont entre le système de santé traditionnel et l'officiel, il accompagne les médecins lors des visites domiciliaires, il sert d'interprète entre les médecins et la population locale. Il a une certaine reconnaissance dans la population. Il explique les avantages d'être usager du

⁹³ Pratique manuelle sur le ventre de la femme afin de remettre le nouveau-né dans la position correcte pour qu'il puisse naître. L'expression est "*hacerse acomodada*" (se faire "*acomodada*").

système officiel dans certains cas. Ce sont des techniciens imprégnés de la culture locale, mais également formés dans les paradigmes de la médecine académique.

L'autre TAPS est Silverio Xavier Tipay Grefa, fils de la plus ancienne et fameuse accoucheuse d'Arajuno, Cecilia Grefa. Les noms de famille identiques que j'ai trouvés sont : Grefa, Chimbo, Alvarado (qui à l'origine n'était pas un nom *kichwa*), Santi, Andy, Calapuche, Vargas, Shiguango). Ce sous-centre de Santé de premier niveau compte :

- 2 odontologues
- 2 infirmières, dont une était la directrice provisoire
- 2 sages-femmes
- 2 médecins généralistes
- Certaines auxiliaires d'infirmières
- 2 TAPS (techniciens d'attention primaire de Santé)
- Quelques fonctionnaires administratifs, surtout dans les archives et la statistique
- Un conducteur de l'ambulance ou camionnette en cas d'urgence

Dans cette agglomération, j'ai accompagné un couple qui allait avoir son premier enfant. Pendant mon séjour dans la maison « en ville » (à Arajuno) (4 jours et 3 nuits), Marcela n'a pas accouché. Pendant ce temps, le TAP Silverio Tapuy est venu relever les signes vitaux de Marcela et surveiller l'avancement de l'accouchement. Dans le cas d'un danger, les femmes sont transférées au sous-centre de santé et s'il s'agit d'un cas plus délicat (tels qu'une

césarienne, un problème grave de tension, des saignements, un accouchement trop prolongé sans ou avec perte des eaux, entre autres), elles sont transférées à l'hôpital de Puyo.



Photo 65 : Suivi institutionnel de la grossesse à terme, visite domiciliaire à Marcela Andy, faite par le TAPS, Silverio Tapuy (prise de tension)

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : La maison du couple Tapuy Andy, en « ville » Arajuno, Pastaza 08/2013



Photo 66 : Suivi institutionnel de la grossesse à terme, visite domiciliaire à Marcela Andy, faite par le TAPS, Silverio Tapuy (prise du pouls)

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : La maison du couple Tapuy Andy, en « ville » Arajuno, Pastaza 08/2013

Les femmes avec des grossesses à terme de Arajuno ont peur des visites des agents de santé officielle car elles craignent les césariennes. Elles associent les accoucheuses avec les accouchements par voie basse, tandis que l'intervention du personnel officiel de santé est associée à la possibilité d'une intervention chirurgicale. Il est déjà arrivé que lorsque le TAPS vient pour le contrôle médical, les femmes partent se cacher dans leurs maisons des *fincas*⁹⁴.

Lorsque je l'ai rencontrée, Marcela était dans la maison de la *finca*. Elle s'est préparée pour rentrer en ville, à Arajuno, pour l'accouchement, pour être plus près du sous-centre de santé, en cas d'une complication. La maison est à l'entrée de la ville, une chambre avec deux lits et un coin cuisine. Le couple m'a cédé l'un des lits et s'est installé dans l'autre lit. Les contractions avaient déjà commencé ce jour-là. Avec son mari, nous sommes allés chercher l'accoucheuse Gladys Grefa. Dans cette agglomération, la personne que la famille appelle est l'accoucheuse traditionnelle et non des agents de santé biomédicaux. L'accoucheuse est restée quelques heures, sans que l'accouchement se produise, et sans que les contractions deviennent plus fréquentes. Elle en a profité pour *acomodar* le nouveau-né. Il s'agit d'un massage sur le ventre de la mère afin de mettre le bébé à la bonne position pour qu'il puisse naître.



Photo 67 : Gladys Grefa en train de « acomodar » le bébé de Marcela Andy, à la maison en ville

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

⁹⁴ Propriété souvent agricole, située dans une région considérée comme étant hors de la ville.

Un autre cas de stratégie de coexistence entre les deux systèmes de santé est exposé par Gladys Grefa. Elle fait partie des accoucheuses reconnues par les communautés et elle a assisté aux formations organisées par le Ministère de Santé Publique. Lors de ces journées de travail, m'a-t-elle expliqué, elles ont observé un accouchement assisté par une accoucheuse des zones des montagnes. Celle-ci avait des pratiques autres, elle utilisait des infusions différentes et elle ne recourait pas à la corde pour que la femme puisse s'accroupir pendant l'accouchement. Au cours de cette rencontre, elle a aussi discuté avec des femmes d'autres communautés de l'Amazonie. Dans ce cas, pour accoucher la femme n'était pas accroupie à la corde. Elle utilisait la corde pour entourer sa taille, ce qui, d'après l'hypothèse de Gladys, exercerait une pression qui pourrait aider la descente de l'enfant.



Photo 68 : Gladys Grefa montrant la position agenouillée des femmes pour accoucher. Entretien chez elle, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 08/2013



Photo 69 : Gladys Grefa, attendant le déclenchement de l'accouchement de Marcela Andy, avec le sablon dans sa main. Entretien chez Marcela, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Maison de la parturiente, Arajuno, Pastaza 08/2013

Avec *mama* Antonia, j'ai observé différentes faces du rôle d'accoucheuse. Lorsque j'étais en entretien chez elle, une femme enceinte arriva pour lui demander qu'elle « *acomode al bebé* » (remette le bébé dans la bonne position). J'ai été témoin de ses pratiques thérapeutiques et de ses conseils pendant l'accouchement. Elle a été très généreuse et m'a expliqué comment se passait un accouchement ainsi que les pratiques entourant le colostrum. L'expérience la plus importante fut l'observation de l'accouchement du 17 août, où elle a pris en charge les soins traditionnels.



Photo 70 : Antonia Chimbo montrant la position agenouillée des femmes pour accoucher. Entretien chez elle, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 08/2013



Source : María Fernanda Acosta A.. Lieu et date : Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 08/2013



Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 08/2013



Photo 73 : Maison d'Antonia Chimbo, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Le deuxième suivi de femme avec une grossesse à terme a eu lieu au sous-centre de santé.

La femme était accompagnée d'une accoucheuse, Antonia Chimbo, et de sa famille : son mari,

sa mère, sa sœur, son fils aîné. Elle voulait se faire accoucher par l'accoucheuse au sous-centre de santé au cas où une urgence se présenterait. Ce cas correspond à l'approche de coexistence (Cunningham 2002) dans lequel les deux systèmes sont présents et interviennent parallèlement. Dès qu'elle est arrivée l'infirmière auxiliaire a examiné ses signes vitaux (tension, rythme cardiaque, poids) (Cf. photo 22).

Mama Antonia est surnommée « *Mama Miche Cacho* » par Tania, l'auxiliaire d'infirmier. Elle est sa voisine et la nounou de sa fille. Au quotidien, il y a une relation de partage et de cohabitation harmonieuse entre ces deux agents de santé. L'accoucheuse prépare l'infusion prévue pour accélérer l'accouchement. L'accompagnement de *mama Antonia* fût assez apaisant : elle resta là, toujours présente et vigilante, mais sans parler, sans perturber la parturiente. Elle lui fût aussi des massages du dos pour soulager la douleur due à la dilation, à l'élargissement des hanches et à l'ouverture du bassin.



Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

Les médecins firent un toucher pour évaluer la dilatation vers une heure du matin, qui donna comme résultat cinq centimètres. Il fallait donc encore attendre le moment de la naissance. Vers quatre heures, le travail se déroula dans la salle d'accouchement. Contrairement à la maison familiale de Marcela, cet espace était stérilisé. Pour y avoir accès, il fallait revêtir

une tenue hospitalière stérile. Lors d'une prise en charge domiciliaire, d'après les témoignages, la femme met des vêtements propres, mais ce sont ses vêtements personnels.

Les heures passèrent et l'accouchement ne se produisait pas. En attendant, les médecins qui surveillaient l'accouchement sans intervenir commencèrent à discuter des matchs de football. L'accoucheuse continuait à accompagner l'accouchement en silence, en massant. Maintenir un rôle d'observatrice a été compliqué à ce moment-là, car l'empathie m'a poussé à essayer de soulager la douleur de la femme et j'ai décidé de la masser. Mes mains ont servi de supports pour ses pieds (lorsqu'elle a décidé d'aller sur le lit gynécologique) pour qu'elle puisse avoir plus de force lors de ses poussées.

Vers cinq heures du matin, la femme a perdu les eaux et les médecins ont commencé à s'impatienter. Il fallait décider de la transférer à Puyo ou continuer d'attendre. D'après eux, à partir du moment où la femme perd ses eaux, ils peuvent attendre deux heures. La perte s'était produite il y a une demi-heure. Le transfert rapide en camionnette prenait entre une heure et une heure et demie.

Ils décidèrent de renvoyer la femme à l'hôpital de Puyo, pour une césarienne d'urgence. À ce moment toute la famille s'est inquiétée. La femme a commencé à répéter qu'elle allait mourir et qu'elle ne voulait pas mourir. Soudain, la femme a poussé de toutes ses forces et la descente de l'enfant s'engagea. Vers six heures, la petite fille est née, sous l'intervention du personnel de santé officiel, sur le lit d'accouchement du centre de santé. Les médecins prirent le contrôle de la situation et donnèrent les soins à la parturiente et au nouveau-né.

Mon enquête à *Nunkuy Nunkay*, dans l'Amazonie équatorienne, diffère des terrains que j'ai faits auparavant. Selon mes trois informateurs et les membres de la communauté que j'ai rencontrés pendant la fête du village, il n'y a pas d'accoucheuse officielle dans cette

agglomération, c'est le mari, la mère et/ou la belle-mère qui assistent la femme lors de l'accouchement. L'accès à cette communauté est compliqué car il y a soit juste une *ranchera* (transport en commun local) par jour qui la connecte à Taisha, ou une chaloupe artisanale à moteur qui la relie à Macas, deux agglomérations dans lesquelles il y a des hôpitaux. Le premier trajet dure trois heures, le deuxième entre sept et huit heures. Sur place, il n'y a pas de centre de santé ni de point de santé référencés par nos informateurs, ni dans la liste d'institutions de santé du site du Ministère de la Santé⁹⁵

Cette distance géographique impose une sorte d'isolement culturel qui fait que les services du SOS sont très peu évoqués par les habitants de *Nunkuy Nunkay*. Le système traditionnel de santé s'opère de façon indépendante du SOS, ce qui correspond à l'approche ou interaction d'autonomie et « d'*empowerment* » de Mirna Cunningham. À ce propos, Rita Chimquim, informatrice du secteur, déclare :

Nous, on se guérit juste avec ça (de la médecine traditionnelle), on ne va pas trop à l'hôpital. Lorsque nos enfants ont de la diarrhée, on leur donne des racines de guaba⁹⁶, la feuille de la goyave, de l'ananas et on rajoute du gingembre. Nous, on accouche ici, très peu (de femmes) « sortent » à l'hôpital.

Pour Rita, partir à l'hôpital implique l'acte de « sortir » de la communauté, c'est-à-dire sortir du domaine des pratiques traditionnelles pour accoucher dans un système de santé qui n'est pas perçu comme étant le leur.

Jared Diamond décrit les Tasmaniens qui ont vécu jusqu'en 1772 sans aucun contact ni interaction avec d'autres populations. Dans ces conditions d'isolement culturel, affirme-t-il, un besoin de développer des habilités pour survivre s'établit (Diamond 1978 : 185). Dans le cas de

⁹⁵ Source : site de Geosalud : <https://geosalud.msp.gob.ec/Gui/indexZona.php?> (consulté en juillet 2015).

⁹⁶ Famille des légumineux qui se mange comme un fruit. Nom scientifique : *Inga feuilleei* (Infojardin. n/d. Voir : <http://archivo.infojardin.com/tema/guaba-pacay-o-el-arbol-de-inga-informacion.362132/> (consulté en juin 2016).

Nunkuy Nunkay, les connaissances ancestrales sur l'utilisation des plantes se sont diffusées au sein de toute la communauté, au point qu'il n'y a pas une personne spécifique et irremplaçable.

Les femmes âgées ayant déjà eu des enfants sont les détentrices des connaissances et les exécutrices pendant l'accouchement, ainsi que le père du nouveau-né qui assiste aussi sa femme. Elles transmettent leurs connaissances aux générations postérieures. En même temps, la mise en place du rite de passage de la naissance par cette prise en charge a la fonction de consolider les liens sociaux au sein de la famille et de la communauté. Pendant la prise en charge, le rôle d'autorité de la mère ou/et de la belle-mère, ainsi que celui des « anciens » est raffermi. Le rite a en même temps une « fonction symbolique » qui légitime les valeurs de la société (Hobsbawm 1995 : 8).

Beatriz et María Virginia (deux accoucheuses métisses qui habitent à Puyo) ont des pratiques différentes des accoucheuses traditionnelles *kichwas* et elles agissent de façon autonome, en parallèle au système de santé. Elles n'ont pas de lien avec lui. Même si María Virginia utilise des infusions, les plantes ne sont pas tout à fait les mêmes. Beatriz, ou *mama Bacha*, comme les gens l'appellent, utilise une petite valise contenant des comprimés, des gants, des ciseaux et des médicaments injectables. Son expérience se distingue de celle des accoucheuses indigènes qui n'utilisent que des infusions et des plantes médicinales. Beatriz est évangélique, et son discours contient beaucoup d'éléments religieux tels que l'explication qu'elle donne à la douleur lors des contractions où elle reprend la Bible : « tu enfanteras avec douleur » (Genèse : 3.16).

Les politiques publiques de santé en Équateur sont dans un processus de transition. D'une part, la réalité interculturelle, avec des *cosmovisiones* contrastées, diversifie les besoins et les demandes par rapport aux soins de la femme et de l'enfant lors de l'accouchement. D'autre part, un contexte de protocoles, de pratiques et de représentations repose sur un système officiel de

santé qui l'inscrit dans une logique thérapeutique standardisée à l'échelle planétaire. Le rôle des accoucheuses est ambigu : la plupart des femmes tendent à recourir de plus en plus aux soins biomédicaux, tandis que d'autres restent ancrées dans la tradition, elles redoutent d'accoucher à l'hôpital, par peur d'une « *césarienne si nécessaire* » (entretiens). L'état équatorien tend à suivre des politiques d'inclusion, en adhérant à l'innovation, la recherche, la modernité et le système biomédical. Il met en place tous ces changements de protocoles et de pratiques, dans l'approche de la « santé interculturelle ». Bien que ces procédures aient aidé la consolidation des droits culturels et des peuples ancestraux (soit indigènes, soit des populations afro-équatoriennes), les pratiques traditionnelles sont dirigées vers les populations non-métisses. Les politiques publiques caractérisées par cette approche ethnique n'offrent pas des solutions d'accouchements non biomédicaux pour les femmes métisses qui constituent la plupart de la population. Cela fait écho aux critiques exposées par une fonctionnaire du Ministère de la Santé à Quito (elle a préféré rester anonyme) qui accuse le projet de « l'accouchement culturellement approprié » d'être ancré dans l'ethnicité indigène et de laisser de côté les pratiques des accoucheuses traditionnelles non indigènes, à savoir les noires et surtout les métisses. Ces dernières, selon l'imaginaire institutionnel, feraient appel au système officiel de santé.

Les autres accoucheuses appliquent leurs connaissances indépendamment de l'État, surtout celles qui sont métisses. Elles ne sont même pas au courant du rapprochement entre le Ministère et les accoucheuses traditionnelles. Les deux systèmes existent et se pratiquent en parallèle, comme le décrit l'approche ou interaction d'autonomie et « *d'empowerment* » de Cunningham.

Parallèlement, dans la population métisse et urbaine, émergent de nouveaux acteurs tels que les *doulas*. Souvent, ces nouveaux acteurs cherchent des thérapies alternatives comme

l'aromathérapie, le massage, l'immersion dans l'eau chaude ou même des infusions et des pratiques propres aux connaissances ancestrales. Le « Réseau des *Doulas* Équateur » a été créé en 2013 (Alarcón 2014) et le réseau de l'accouchement humanisé-Équateur (RELACAHUPAN-Ecuador) en 2006 (duquel j'ai fait partie). Cette nouvelle pratique s'observe dans les cliniques privées. Les femmes qui y ont accès sont des métisses qui ont généralement la capacité financière de payer ce service, car il n'est pas couvert par le système national de santé. En dépit d'être une nouvelle facette dans la problématique de la culture de la naissance, l'apparition des *doulas* ne résout point les autres tensions entre le système biomédical et le système traditionnel de santé.

En Équateur, dans un contexte marqué par une relation paternaliste ou intégrationniste (Cunningham) entre les deux systèmes de santé, une réforme dans le domaine de la santé a eu lieu en 2008. Le Ministère de la Santé Publique affiche la volonté d'un dialogue entre savoirs qui correspond à une approche ou une interaction de coexistence. Les infrastructures dans des centres de santé de certains villages se sont adaptées aux besoins du *parto culturalmente adecuado* (accouchement culturellement adapté) sous l'influence du discours de « santé interculturelle ». Cependant, les relations de verticalité entre les deux systèmes sont parfois difficiles à changer. Des rapports paternalistes ou culturalistes se maintiennent.

Certaines accoucheuses opèrent de façon autonome en parallèle au SOS, telles que les accoucheuses métisses, les *doulas* qui accompagnent les accouchements (assistées soit par des gynécologues qui assurent une prise en charge domiciliaire, soit par des accoucheuses traditionnelles) et la plupart des accoucheuses indigènes qui n'ont pas encore incorporé les demandes du SOS.

En Équateur, un projet de « Loi Organique de l'Accouchement Humanisé » a été présenté en mars 2016 à l'Assemblée Nationale. Ce document vise la réduction du nombre de

césariennes dans les services privés et publics du pays ainsi que l'élimination de la violence obstétrique. Lors de la discussion de ce projet de loi, des collectifs de femmes, des *doulas*, des organismes qui travaillent dans le domaine de la santé ont eu une place importante.

3.6. Maintenir ou recréer des rites de naissance

Comment ces changements dans les rites de naissance se produisent-ils dans les cas de l'Équateur et du Portugal ? Comment cette transition ou rupture entre la tradition et la modernité se bâtit-elle ? Eric Hobsbawm suggère des pistes. Il permet de comprendre la naissance comme un fait social total et de le mettre en relation avec le contexte local de chacun des pays. Pour cet auteur, les traditions se classent en trois groupes selon le contexte et leurs fonctions sociales :

*Celles qui établissent ou symbolisent la cohésion sociale ou l'appartenance à des groupes, des communautés réelles ou symboliques ;
Celles qui établissent ou légitiment des institutions, des statuts ou des relations d'autorité ;
Celles dont le but principal était la socialisation, l'inculcation des croyances, des systèmes de valeur et des codes de conduite. (Hobsbawm 1995 : 8).*

Les pratiques ancrées dans la tradition et les connaissances ancestrales, dans le cas de l'Équateur, répondent à une logique de cohésion sociale. Le maintien de la médecine traditionnelle fait d'ailleurs partie des « droits culturels » revendiqués par les organisations indigènes telles que la CONAIE (Confédération des Nationalités Indigènes de l'Équateur). Les accoucheuses sont des détentrices centrales de la mémoire du peuple. Les pratiques traditionnelles dans ce cas constituent une partie de l'identité *kichwa*, *shuar* ou *achuar*. Possiblement, dans le cas de l'Équateur, les revendications sociales des populations non métisses qui cherchent la reconnaissance de leur culture dans le contexte national ont contribué au maintien des pratiques ancestrales de naissance. Ce discours a eu le soutien du gouvernement qui a voulu intégrer l'interaction interculturelle dans le discours national en 2008.

Le maintien des accoucheuses traditionnelles métisses répond à une logique différente de celle des accoucheuses traditionnelles indigènes. Les femmes qui ont recours à elles sont souvent les plus attachées à la tradition ou bien elles se méfient du SOS, ou encore elles sont en quête d'un accouchement alternatif et revendiquent le droit de décider de leur corps. Ces mêmes femmes, en Équateur ou au Portugal, feront appel aux *doulas*. Ce dernier groupe s'inscrit par effet contraire dans la deuxième catégorie décrite par Hobsbawm. Ces femmes (ou ces couples) cherchent à déconstruire les rapports d'autorité établis par le SOS. Elles contestent et remettent en cause la légitimité acquise par les institutions du SOS pendant ce dernier siècle, et déconstruisent la figure du médecin en tant que protagoniste de l'accouchement pour (ré)donner ce rôle à la mère.

Dans le contexte portugais, les pratiques des *curiosas* ou/et *habildosas* ne s'inscrivent pas dans un processus d'appartenance à un groupe et donc elles ont été plus susceptibles d'être modifiées et remplacées par celles du SOS.

Pour résumer, les pratiques présentes dans le SOS qui sont devenues des nouvelles traditions dans la modernité répondent aux trois catégories. Elles symbolisent une cohésion sociale autour des valeurs sur lesquelles repose la construction d'un système de valeurs et des codes des conduites centrés sur le rationalisme. De plus, ces discours et ces pratiques constituent les bases des dynamiques adoptées par les états nations modernes qui s'alignent sur des pratiques transnationales de santé incarnées par l'OMS et l'OPS. Ils légitiment les institutions (nationales, internationales, de santé, d'éducation), le statut du personnel du SOS, validé par le système officiel d'éducation et une reconnaissance académique.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, j'ai décrit les divers contextes des cultures de la naissance en Équateur et au Portugal. Dans les deux pays, le système biomédical est fortement présent. Au Portugal, les frontières entre les systèmes de santé restent floues : la distinction entre les *enfermeiras parteiras* (sages-femmes), les *parteiras*, les *curiosas* et les *habilidosas* reste ambiguë : dans les représentations, la tradition et la modernité sont mélangées et les personnes ont du mal à distinguer les différents agents de santé. En Équateur, à partir du XIX s., le discours dominant de la médecine biomédicale émerge, dissociant la modernité de la tradition. La différence substantielle entre les deux pays est le facteur ethnique : tandis qu'au Portugal les différents acteurs ont des origines ethniques similaires, en Équateur la médecine traditionnelle et les accoucheuses sont associées à des connaissances ancestrales indigènes ou noires, ce qui justifie le discours actuel sur la « santé interculturelle » tenu par le Ministère de la Santé. Dans cet esprit, en Équateur, la frontière construite dans les discours entre la tradition et la modernité est très forte et dérive d'une approche ethnique. Néanmoins, les systèmes culturels sont imbriqués et, de ce fait, dans la pratique ces frontières ne sont pas aussi rigides que le laisse supposer le registre discursif. Dans ce pays, les politiques de santé interculturelle (2008) visent à mettre en place des initiatives d'autonomie des accoucheuses (chez les femmes ou dans des centres de santé) qui peuvent alors gérer l'identification des risques et orienter les femmes qui doivent être transférées et prises en charge par les agents de santé biomédicale, dans une tentative de coexistence des deux systèmes.

La composition démographique du Portugal ne révèle pas la présence d'une diversité ethnique et, cependant, certaines femmes et certains collectifs sont intéressés par le changement

de paradigme de la culture de la naissance qui implique des rapports différents de la femme à son corps, de la femme à son bébé, de la femme à la nature et son entourage. Ce cas prouve que l'approche de « santé interculturelle » revendiqué en Équateur n'est pas pertinent ni applicable dans d'autres contextes où n'existent pas les mêmes conditions d'interculturalité.

Au Portugal, les accoucheuses traditionnelles ont disparu. Bien qu'au niveau étatique l'approche dominante reste biomédicale, émergent des secteurs sociaux comme des parents, des *doulas* et certain(e)s *enfermeras/os parteiros/as* qui ont cherché à changer ce paradigme. La mondialisation et la révolution des communications contemporaines permettent des contacts et des échanges de savoirs. Les acteurs sont attirés par les savoirs ancestraux venant d'ailleurs, savoirs qu'ils ne les trouvent plus chez les accoucheuses traditionnelles de leur pays. Ils s'engagent dans une quête des sagesses ancestrales, longtemps dévalorisées et considérées comme des superstitions, inférieures en efficacité thérapeutique aux traitements biomédicaux. Bref, le cas du Portugal donne à voir le retour à une naissance moins médicalisée, dite « respectée », où les femmes ont un « rôle » plus actif, au détriment de celui du médecin.

À partir des années 2000, à l'échelle mondiale, il y a eu également un intérêt pour les autres compréhensions du corps, des systèmes de santé différents et, en général, la diversité de la culture de la naissance.

QUATRIÈME CHAPITRE : “Quando eles vinham à boca do corpo”,

l'accouchement et le rôle de la culture

Introduction

Ce chapitre est une partie centrale de ma recherche. La question anthropologique de fond qui motive cette étude comparative est de savoir quelle est l'influence de chaque contexte culturel sur l'accouchement. Le chapitre a trois parties : dans un premier temps, j'aborderai les débats sur l'instinct et la culture dans l'accouchement, la définition d'un accouchement « naturel », et les principaux positionnements des écoles de préparation à l'accouchement sur ce sujet. Dans un deuxième temps, j'analyserai les différents contextes qui entourent l'accouchement : l'influence des représentations du temps à la fin de la grossesse et lors de l'accouchement, les procédures de suivi de l'accouchement et leur évolution, les pratiques thérapeutiques appliquées dans chacune des populations. Enfin, je porterai mon attention sur les différentes positions d'accouchement et les représentations associées.

4.1. L'accouchement : de l'instinct à la culture ou vice versa ?

4.1.1. Définitions et débats sur « l'accouchement naturel »

La discussion sur « l'accouchement naturel » et « l'accouchement normal » est évoquée par des informateurs. Pour certaines sages-femmes, le terme « normal » est assimilé à « norme » et donc à intervention. Pour Lurdes Rodea, les deux accouchements ont des caractéristiques très différentes. Pour cette sage-femme domiciliaire, lors de l'accouchement normal le nouveau-né naît par voie basse avec les interventions strictement nécessaires. Selon elle, le concept

« d'accouchement naturel » utilisé dans ce contexte a été revendiqué par des sages-femmes espagnoles et par une association portugaise d'*enfermeiras obstetras* (sages-femmes). Pour ces collectifs, « l'accouchement naturel », même s'il a lieu dans une institution médicale, a une dynamique différente. Elle parle de différents « timings ».

(L'accouchement naturel) est un accouchement qui doit garantir le respect à la nature. Actuellement, de façon générale, on cherche à réduire le temps d'un accouchement. Avant c'était normal d'être dans un accouchement pendant 48 heures. Maintenant, cela est impensable à l'hôpital, mais il était possible qu'une femme ait des contractions pendant deux jours. Chez soi les contractions sont moins ? La confiance se construit de différentes façons. L'énergie est différente. Dans un « accouchement naturel », tu dois être là avec beaucoup de confiance, rassurant la confiance, plus attentive et avec beaucoup de confiance, avec du temps. Il faut faire confiance à la femme et être rassurée sur le fait qu'elle est capable de faire ce qu'elle est en train de faire. Dans un accouchement hospitalier, ce n'est pas comme ça. Souvent l'attention est dirigée sur les choses qui peuvent mal se passer, l'attention est sur le risque (Lurdes Rodea).

Dans le document EPOKS (*European Patient Organisations in knowledge Society*) (2009), un collectif de sages-femmes donne trois définitions :

Normal Birth – A birth whose beginning is spontaneous and of low risk, and maintains the low risk until the end of the childbirth process. The child is born spontaneously with vertical cephalic presentation, between the 37th and 42nd week.

Natural Assisted Birth – Birth whose spontaneous beginning and progression culminates in a spontaneous birth, with no intervention, and assisted by a health professional.

Natural Non Assisted Birth – Birth whose spontaneous beginning and progression culminates in a spontaneous birth, with no intervention, and no assistance by a health professional. (Arriscado Nunes, Neves, Roriz et al. 2009 : 21-22).

Parmi les « accouchements normaux » sont incluses des naissances qui ont donné lieu à des interventions telles que :

- la rupture artificielle des membranes,
- monitoring fœtal,
- le contrôle pharmacologique ou pas de la douleur,
- une épisiotomie,

- d'autres procédures (qui n'incluent pas l'induction de l'accouchement, les forceps, l'anesthésie générale et la césarienne).

Pour ce collectif, les accouchements naturels sont ceux où il n'y a pas d'intervention lors de l'accouchement. Cette définition d'« accouchement naturel » rejoint celle de Rodea.

Pour les femmes portugaises qui ont accouché à domicile, les connotations des termes dépendent des cas. Pour « Maria » à Casa Branca, naturel est synonyme de spontané et de normal. Lorsque je lui pose la question « *avez-vous pris ou fait quelque chose pour aider votre accouchement ?* », elle répond : « *Non, rien, rien, rien, ça a été naturel, ça a été spontané* ».

Julia Durão (Porto) décrit ainsi son accouchement : « *C'était normal. Je n'ai pas senti trop de douleur, car avant ce n'était pas comme maintenant* ». Pour elle l'idée d'un accouchement « normal » est associée aux accouchements domiciliaires. Les anciennes pratiques portugaises traditionnelles sont sa normalité.

Chez les accoucheurs et accoucheuses de l'Amazonie de l'Équateur, l'association « accouchement - normal » n'a pas été relevée. L'adjectif normal est employé pour connoter ce qui est dans la norme ou dans le quotidien. « *Nous pour accoucher ici*, déclare Maxi Andi, *c'est naturel, on raccorde une corde et elle est accroupie pour qu'elle ne reste pas avec des douleurs* ». La notion de « naturel » est attribuée ainsi :

- En opposition aux médicaments et au système officiel de santé : « *là tout est naturel, on n'utilise pas de médicaments ni rien* » (Maxi Andi) ; « *la médecine naturelle est meilleure que l'autre où il n'y a que des médicaments et des injections* » (Isabel Verdesoto et Graciela Grefa).

- Comme une condition perçue comme innée : « *lorsqu'elle prend ces infusions, elle pousse naturellement* » (Maxi Andi).
- Comme liée à la nature et sans intervention. Lorsque j'ai demandé comment il préparait la femme, Maxi Andi a répondu : « *non, rien, comme ça simple, naturel, telle qu'elle est* » ; « *nous donnons des remèdes naturels* (infusions de plaintes, soupes de poulet) ».
- En rapport aux connaissances traditionnelles apprises par leurs grands-parents (Xavier Grefa) et liées au savoir-faire *kichwa*.

Ces connotations du terme proviennent d'une culture ancestrale qui se considère comme étant proche à la nature. Cette assimilation de la culture de l'Amazonie équatorienne à la nature est absente au Portugal où la dualité est « accouchement naturel » versus « intervention médicale ». Chez les *Kichwas*, même s'il y a des interventions des accoucheuses : “*manteo*” (secouer la femme dans un drap pour que l'enfant se remette dans sa position), “*acomodamiento*” (pratique manuelle sur le ventre de la femme), des massages ou des infusions, l'accouchement est considéré comme naturel s'il n'y a pas de médicaments et de pratiques de santé biomédicales.

Cette dichotomie dans les représentations du concept « d'accouchement naturel » entre les deux cultures est éclairée par le travail de Descola autour de la relation nature/culture (2001)⁹⁷. Les sociétés indigènes d'Amérique, affirme-t-il, n'effectuent pas cette distinction

⁹⁷ Dominique Guillo critique l'anthropologie du XIX s. inspirée par l'anatomie comparée qui présente un « univers dualiste » :

« *cette anthropologie* » se donne pour objet les différentes « *racés* » humaines, qu'il s'agit de classer, ici encore, en une série ascendante graduée selon le degré supposé de la complexité de l'organisation du corps et des facultés, et dominée par une « *forme organisée* » jugée supérieure – l'homme des classes dominantes des sociétés occidentales » (Guillo 2015 : 145).

Pour Guillo (2015), la dichotomie nature/culture serait une construction anthropologique plus qu'une catégorie réelle. Cependant, la différente interprétation d'un « accouchement naturel » au Portugal et dans l'Amazonie équatorienne met en évidence que la conception de ce qui est « naturel » n'est pas la même dans ces deux cultures.

tandis que dans le « monde occidental » opère « un univers dualiste » (Descola 2001 : 104). Le concept de nature, conclut-il, « est socialement construit » (Ibid. : 104).

D'après Descola, dans cet univers dualiste qui caractérise les cosmologies occidentales⁹⁸, « la nature est définie négativement tel que cette partie ordonnée de la réalité qui existe indépendamment de l'action humaine » (notre traduction) (Ibid. : 104). C'est ainsi que pour la logique occidentale, cette représentation de la nature se bâtit dans un rapport d'opposition entre « le soi et autrui », entre la culture et la nature. Pour expliquer cette opposition, Descola cite Latour qui affirme que « la tendance de rendre la nature de plus en plus « artificielle » qui a caractérisé les opérations de la science et la technologie à partir du XVII s. a été possible uniquement, dans la pratique, par un renforcement de l'opposition entre la nature et la société⁹⁹ » (notre traduction) (Latour dans Descola 2001 : 109).

Descola situe ces constructions comme une pensée naturaliste. Celui-ci est décrit comme « la croyance que la nature effectivement existe, que certaines choses doivent leur existence et leur développement à un principe étranger à la chance et aux effets de la volonté humaine¹⁰⁰ » (notre traduction) (Rosset dans Descola 2001 : 109).

« L'accouchement naturel » conçu à partir des discours des informateurs portugais se déroule sans l'intervention médicale (« la volonté humaine »).

L'auto-identification des populations amazoniennes avec la nature, pour moi, est la preuve que cette dichotomie évoquée par Descola peut s'apprécier dans ces cas d'étude.

⁹⁸ Guillo (2015) soutient que cette dualité entre « les cosmologies occidentales » et les « sociétés non-occidentales » n'existe pas, et que c'est une création du discours anthropologique.

⁹⁹ «la creciente artificialización de la naturaleza que ha caracterizado las operaciones de la ciencia y la tecnología a partir del siglo xvii sólo fue posibilitada en la práctica por un reforzamiento de la oposición polar entre naturaleza y sociedad» (Latour dans Descola 2001 : 109).

¹⁰⁰ «El naturalismo es simplemente la creencia de que la naturaleza efectivamente existe, de que ciertas cosas deben su existencia y su desarrollo a un principio ajeno tanto a la suerte como a los efectos de la voluntad humana» (Rosset dans Descola 2001 : 109).

Dans le cas des sociétés amazoniennes où Descola a travaillé « les non-humains sont considérés comme des personnes qui partagent certains attributs ontologiques des humains¹⁰¹... » (notre traduction) (Ibid. 110). La distinction entre nature et le soi n'est pas fixée dans une relation d'opposition. Tout au contraire, il y a une assimilation dans leurs représentations entre la nature et leur culture. Le syllogisme est : A. notre culture est proche de la nature ; B. L'accouchement (assisté par accoucheuses et avec l'utilisation des plantes) est une pratique traditionnelle donc C. L'accouchement traditionnel est une pratique naturelle.

Chaque contexte a une conception différente des termes et de ce qui constitue pour eux « le normal », « l'accouchement naturel ». Ces conceptions « d'accouchement naturel » ne peuvent pas être comprises suivant la dichotomie Culture/Nature. Même s'il y a une évocation persistante de la nature, lorsque les informateurs parlent d'un accouchement naturel dans ce contexte, ils ne sont pas en train d'affirmer que c'est un accouchement qui se déroule en dehors du cadre culturel ni qu'il n'est pas influencé par celle-ci. Y a-t-il des contextes où l'instinct prend le dessus sur les constructions culturelles et les représentations de l'accouchement ? Pour répondre à cette question, j'évoquerai les différents courants sur la préparation de l'accouchement et les données recueillies sur mes terrains.

4.1.2. Représentations de l'accouchement et préparation de la naissance

Selon Grantly Dick-Read (obstétricien britannique, 1890-1959), la présence d'endorphines¹⁰² dans le placenta est la preuve que la femme peut sécréter son propre

¹⁰¹ «También aquí los no humanos son considerados como personas que comparten algunos de los atributos ontológicos de los humanos (Descola 2001 : 110).

¹⁰² Substance produite par certaines cellules du système nerveux central et ayant des propriétés analgésiques semblables à celles que peut procurer la morphine. Larousse Médicale (n/d). Voir : <http://www.larousse.fr/archives/rechercher?q=endorphine&base=medical> (consulté en septembre 2015).

analgésique, « à condition que son fonctionnement naturel ne soit pas perturbé » (Ibid. 2000 : 70) par des faits émotionnels tels que la peur. Le travail de préparation de l'accouchement consiste à informer la mère. Dans son ouvrage *Childbirth without fear* (1933), il propose comme préparation pour l'accouchement d'informer les femmes du déroulement de l'accouchement afin de diminuer leur peur. « L'information et l'éducation dissipent les peurs » (Revault d'Allonnes 1991 : 31).

Selon lui, les peurs des femmes induisent des réflexes de défense qui provoquent des tensions neuromusculaires, ce qui pose une difficulté pour une adéquate et progressive dilatation du col de l'utérus. Pour lui, l'équation qui se présente est « peur=tension=douleur » (Bonnet del Valle 2000 : 70).

En URSS, inspirés par les recherches de Pavlov, certains chercheurs ont développé des théories qui débouchèrent sur la méthode de psychoprophylaxie de l'accouchement sans douleur, laquelle se base sur l'hypno suggestion. Face aux réflexes conditionnés lors de l'accouchement (contractions), il faut effectuer un déconditionnement et un reconditionnement : l'attention doit se concentrer sur la respiration et non pas sur l'idée de la douleur.

C'est l'ensemble de ces courants de recherche qui a servi d'appui à Nicolaïev (1936), Platonov (1940), Velvovski (1950) pour apporter en force en 1951 à la conférence sur l'analgésie de l'accouchement (réunie par l'Académie de médecine de l'URSS) des informations et des résultats très favorables venant de Karlov, Moscou et Leningrad. Dès juillet 1951, le gouvernement a pris un décret étendant la Méthode Psychoprophylactique à toutes les maternités de l'URSS, décret qui transforma pour un temps le pays en champ d'application et d'expérimentation (Revault d'Allonnes 1991 : 29).

En France, c'est le neurologue et obstétricien Ferdinand Lamaze qui, en 1953, plante la méthode psychoprophylactique. Pendant les années 1950, le pape Pie XII se prononce officiellement en faveur de cette méthode :

...il estimait aller dans le sens des valeurs chrétiennes : humanisation des fonctions maternelles et de la médecine, revalorisation de la maternité et de la condition féminine, exaltation de l'effort et de la maîtrise. (Revault d'Allonnes 1991 : 34).

Ces deux méthodes, bien que différentes, constituent des pratiques de préparation de l'accouchement qui reposent sur une autre représentation du corps et de la naissance. Ce n'est plus le corps mécanique qui enfante avec l'aide des médicaments administrés. Le corps est compris dans l'intégration de ses aspects physiologiques et émotionnels. Il ne s'agit plus de faire accoucher un corps, mais de soutenir la femme en lui donnant des outils et des techniques pour qu'elle affronte ses peurs et ses blocages (grâce à l'information et de façon consciente, avec la méthode de Dick-Read ou grâce à un travail d'hypno suggestion dans la psychoprophylaxie).

Frédéric Leboyer, gynécologue et obstétricien français est témoin en Inde de pratiques d'accouchement moins violentes que les protocoles hospitaliers (consistant par exemple à tenir l'enfant par les pieds et lui donner une fessée pour qu'il pleure et respire). En 1973, Leboyer publie un ouvrage et réalise un film intitulés « Pour une naissance sans violence ». « Si notre naissance avait été changée, dit-il dans le film, si nous avions été reçus, rencontrés, comme il faut, non pas comme des objets mais comme des êtres, tout le déroulement de notre vie en serait changé » (Leboyer 2008). Il propose de nouveaux protocoles de naissance afin de rendre l'accueil de l'enfant plus agréable et plus respectueux, par exemple la suppression de la lumière aveuglante du projecteur, l'élimination des cris inutiles et l'usage de mots doux pour accueillir l'enfant. Il préconise de ne pas séparer le nouveau-né de sa maman, et de le placer immédiatement sur son ventre, pour encourager le peau à peau et les caresses, pour le soulager du moment compliqué auquel il vient de faire face (Bonnet del Valle 2000 : 73).

À la même époque, en France, Michel Odent, chirurgien et obstétricien, directeur de l'hôpital de Pithiviers, propose aussi une autre approche. Il lance le concept des salles de

naissances en recréant les conditions de l'accouchement domiciliaire, dans un contexte hospitalier.

C'est dans cette approche de la naissance et du corps qu'émerge la figure de la *doula* qui accompagne la femme avant la grossesse (lorsque la femme souhaite concevoir un enfant), pendant la grossesse, l'accouchement et même au post-partum. Michel Odent est d'ailleurs le créateur de la première école de *doulas* et est aujourd'hui le formateur de *doulas* le mieux reconnu.

Quel rôle joue dans l'accouchement cet instinct animal qui prend de la distance avec l'apprentissage culturel ? Dès lors que cette approche est présentée aux femmes comme un « travail de préparation pour l'accouchement », ne devient-elle pas également une technique ?

Pour Odent, la peur est le plus grand inhibiteur dans l'accouchement en provoquant une production d'adrénaline dans le corps de la femme, mais sa façon de la gérer diffère des autres techniques proposées. Tandis que pour Dick-Read et la psychoprophylaxie, le but est de faire un travail soit cognitif soit d'atteindre un état modifié de conscience, pour Odent il s'agit d'atteindre un équilibre hormonal.

Esther de León, *doula* et médecin généraliste, conçoit l'accouchement comme un moment pendant lequel la femme se connecte « avec cette partie la plus animale, la plus archaïque ». Elle reprend Odent et ses explications sur l'accouchement et évoque deux réactions face à l'accouchement.

Lorsqu'une femme est dans la rationalité et qu'elle est en train de penser à : 'c'est quatre heures et je n'ai pas mangé et la voisine est en train de tout entendre...' Tout ça va faire qu'elle ne sera pas connectée avec son procès, elle sera tendue, inquiète. Finalement elle sécrètera de l'adrénaline ; et l'adrénaline est l'hormone que tu sécrètes quand tu es en situation de danger. L'adrénaline va empêcher le travail de l'accouchement. Au contraire, l'hormone de l'amour, l'ocytocine se sécrète en conditions de dévouement, de tranquillité et de confiance. C'est pour cela que c'est important de créer ces conditions pendant le travail en amont, pour qu'elle puisse se couper de tout, pour qu'elle puisse se centrer sur elle-même.

Dans ce cas, le travail de préparation chez les *doulas* consiste non seulement à recourir à des techniques, mais aussi à rassurer la femme pour qu'elle n'ait pas peur et fasse confiance à son corps et à sa capacité instinctive d'accoucher. Il ne faut pas instruire les femmes dans la maîtrise d'une technique quelconque, mais les aider à récupérer la confiance en soi et en leur capacité d'accoucher. La préparation de l'accouchement vise à réveiller l'instinct mammifère qui agit lors de l'accouchement. La naissance n'est pas conçue comme un corps que le médecin doit « faire accoucher », elle n'est pas non plus un moment où la femme doit juste mettre en place des techniques apprises et conscientes. Le corps dans cette approche d'accouchement doit se réveiller et se rebeller (Revault d'Allones et Bonnet del Valle). Luisa Condeço, *doula* portugaise formée par Michel Odent, décrit un des cours.

C'était en septembre à Londres avec Michel Odent. Quand il y a une question, il répond 'alors quelle pourrait être la réponse ? Ne fais rien.' Pour pouvoir dire cela il faut avoir une confiance absolue, pleine, sur la capacité d'accoucher de la femme. Si tu ne le crois pas, comment peux-tu l'aider à croire qu'elle va réussir ?

Lurdes Rodea, *enfermeira parteira*, conçoit l'accouchement et le rôle de la femme de la même façon. Pour elle, la femme qui accouche et qui se fait confiance, peut lâcher prise. L'accouchement, pour cette sage-femme, est un processus instinctif. « *Quand une femme se sent confiante, elle se délivre. La prolactine et l'ocytocine des personnes présentes vont permettre que ton intuition soit la plus adéquate. L'intuition est fondamentale* ».

Bien que l'accouchement dans le système biomédical soit conçu comme un processus physiologique qui souvent est pris en charge par des procédés médicalisés et des protocoles, pour les *doulas* il ne doit pas être vécu dans le registre de la raison. La femme, lors de son accouchement, lâche prise et se livre à son instinct. Pour Lurdes Rodea, l'accouchement est une profonde transformation, la femme « *elle-même est en train de naître. Elle est en train de naître et de renaître en tant que mère, en tant que femme* ». Pour elle, pour les autres *enfermeiros parteiros* interviewées, ainsi que pour les *doulas*, l'accouchement a une forte dimension

sexuelle et sensuelle. « *Les hormones qui s'activent au moment de l'accouchement sont les mêmes qui sont présentes quand tu fais l'enfant, quand tu fais l'amour* ». D'après leurs témoignages, la femme qui s'abandonne au moment de son accouchement atteint un état modifié de conscience. Pour cette sage-femme, « ... *l'ocytocine va permettre que l'intuition soit plus adéquate. L'intuition est fondamentale* ».

Les femmes qui font recours à l'accouchement domiciliaire sont des femmes informées avec une conscience de leur corps. Selon les mots de la matrone Salomé, en France : « Un tel choix requiert du caractère ? Ce sont généralement des femmes libres et fortes qui l'osent » (Bonnet del Valle 2000 : 172).

Ce type de naissance s'oppose à l'accouchement hospitalier où le corps de la femme doit suivre des protocoles institutionnels tels que la position lithotomique (allongée sur le dos), la préparation et nettoyage du corps (rasage des poils pubiens), la désinfection du corps et du matériel. La technique de préparation pour l'accouchement dans l'approche de Michel Odent (et de Frédérick Leboyer), (si on peut l'appeler technique) est plutôt une non-technique, dans la mesure où elle fait appel à l'oubli des protocoles hospitaliers et des apprentissages culturels sur « comment l'accouchement doit se dérouler » dans le système médical, pour aller vers « le cerveau reptilien », « siège des pulsions vitales » et entrer « dans un état de conscience primitif », « un processus profondément animal » tel qu'il est décrit dans l'article « Nous sommes les plus beaux mammifères ! » de van Eersel (2014).

En accord avec les descriptions des informatrices sur l'état de transe pendant l'accouchement (chapitre deux), Luisa Condeço compare l'accouchement à l'acte sexuel, non géré par des protocoles. Pour elle, l'accouchement a une dimension sexuelle. Elle raconte son intervention avec une femme qui a accouché en quadrupédie : « *le dos rond, la tête levée* ».

Cette femme criait pendant que son fils naissait. Elle conclut cette description en disant « *C'était tellement puissant, intime, sexuel dans la vie de cette femme...* ».

Laura Pérez (Coimbra, Portugal) décrit son accouchement comme un moment où elle était dans un état de « transe », mais comme un épisode « animalesque » :

C'était très animalesque car l'accoucheuse a percuté que Africa (sa fille) avait des restes dans sa bouche qui sont normalement aspirés à l'hôpital. Elle, par contre, a fait une succion directement sur sa bouche et elle crachait. J'étais couverte de sang. C'était la chose la plus animalesque que j'ai vécue. J'étais couverte de sang et Africa aussi était très sale. Carmen (l'accoucheuse) avait du sang dans la bouche, elle était en mode lionne..

En Équateur, dans le projet de « Loi Organique de l'Accouchement Humanisé », l'idée que les femmes ont la capacité innée d'accoucher est soulignée ainsi que la nécessité de « rétablir une connexion avec leur force instinctive » (Asamblea Nacional 2016 : 5).

Les acceptions des termes « naturel » et « normal » ne sont pas universelles. Plusieurs sens sont donnés à ces mots. Bien que la culture soit toujours présente et module les pratiques et les représentations de la naissance, un champ lexical associé à l'accouchement instinctif est présent dans le discours des *doulas*, des sages-femmes domiciliaries et de Laura qui a accouché avec une sage-femme. Des termes comme « instinctif », « animalité », « lionne », « dimension sexuelle » de l'accouchement, dévoilent un univers de la naissance liée à une conscience et une écoute de son corps de la part de la femme. Odent explique ces processus par des réactions chimiques et hormonales.

Après cette première analyse du rôle de l'instinct et de la culture sur la naissance, considérons maintenant les différentes conditions présentes lors de l'accouchement afin d'étudier si elles sont universelles ou propres à chaque culture ou groupe culturel.

4.2. Les contextes dans la culture de la naissance

4.2.1. Le temps de naître et le temps pour naître

Combien de semaines dure une grossesse normale ? À partir de quel moment le système biomédical doit intervenir et déclencher un accouchement ? Quelle est l'opinion des accoucheuses par rapport à cette attente du moment de l'accouchement ? Que pensent les *doulas* ou les sages-femmes qui pratiquent des accouchements domiciliaires de ce « temps pour accoucher » ? Doit-on attendre ou induire un accouchement ? Combien doit durer un accouchement ? Combien de temps peut-on attendre le travail d'accouchement sans provoquer l'accouchement ?

Le « terme gestationnel » est défini comme le moment où la naissance se présente spontanément, « lorsque le 'fruit est mûr' » (St-Amant 2015 : 9). La durée de la grossesse est un sujet d'intérêt depuis l'Antiquité. Pour les Grecs anciens et pour les Romains antiques il y avait deux sortes de grossesses : la « grossesse courte » qui durait sept mois et « la grossesse longue », neuf mois. À cette époque ces accouchements étaient considérés comme normaux, tandis que si un enfant naissait au huitième mois, c'était un enfant prématuré pour un accouchement long (celui de neuf mois) et son espérance de vie était considérée moins importante que celle des nouveau-nés de sept ou neuf mois, car ils considéraient que les poumons n'étaient pas assez développés pour que l'enfant puisse naître (Dasen 2013 : 27).

Aristote considérait que la durée de la grossesse était extensible. Pythagore distinguait la petite portée de 210 jours et la grande de 274. Hippocrate proposait de multiplier la date de la perception du premier mouvement (ressenti par la future mère) par 3 (Tourné dans St-Amant 2015 : 10).

La durée de la grossesse dans le système biomédical reste ambiguë pendant des siècles. Finalement, c'est l'obstétricien et gynécologue allemand Franz Karl Naegele, en 1836, qui détermine la date des dernières menstruations comme le point de repère visible pour établir le

début de la gestation. Il formule aussi une durée moyenne de grossesse de 280 jours ou 10 mois lunaires (de 28 jours). Il fournit donc une « date prévue d'accouchement (DPA) » au bout de la semaine 40 (date qui correspond au « terme statistique moyen »). Cette méthode est aussi comparée aux résultats de la datation échographique qui donne un âge estimé de développement du fœtus. Bien qu'il existe une DPA, il y a une fourchette de cinq semaines dans laquelle le nouveau-né peut naître : de la semaine 37 à la 42.

Le choix d'une date de début de grossesse et des méthodes pour mesurer le temps date d'il y a à peine deux siècles et suscite encore des discussions. Lorsque la femme dépasse la DPA, le système biomédical de santé considère qu'elle est « en retard » (Ibid. : 12). Des nouveaux termes apparaissent tels que le « post terme ». Cette représentation des femmes et de leur diversité biologique dans le cadre d'un système logicomathématique universel n'est pas congruente avec l'idée de la naissance qui survient lorsque l'enfant est prêt à naître spontanément, « lorsque le 'fruit est mûr' ».

L'idée de grossesse comme « processus » rompt avec l'ancienne conception qui considère les neuf mois de grossesse en tant qu'« époque » spéciale, une période à vague durée, qui ne correspondait pas à un temps calculé où se succèdent les stades définis d'un processus (Martin dans St-Amant 2015 : 10).

Avec cette définition du temps de naître, le système biomédical de santé veut forger des instruments permettant à la femme de rattraper « ce retard », en déclenchant les accouchements ou même en programmant des césariennes, le jour prévu/voulu pour la naissance. Au XIX s. et XX s., différentes méthodes pour catalyser le moment de la naissance sont expérimentées telles que la dilatation mécanique du col avec des objets et même manuellement, des lavements, des jeûnes, l'injection de lipides par voie intraveineuse, ou d'air ou d'acide carbonique dans l'utérus (Ibid. 14). Luisa Condeço souligne la réduction progressive du temps gestationnel :

La durée de la grossesse a été réduite de six semaines : de 42, 43 semaines on est passé à 37 semaines. Avant les femmes accouchaient aux 44, 46 semaines. Il existe un cas exceptionnel d'une femme qui a accouché à 56 semaines. Beaucoup de fois les comptes étaient mal faits et

comme il n'y avait pas de méthode de diagnostic... On ne sait pas comme se produit ce processus (l'accouchement), on croit qu'il est en rapport avec la maturité pulmonaire (du bébé). Quand le bébé libère une hormone qui indique qu'il a la maturité pulmonaire, le travail d'accouchement commence. Normalement on marque cette date, mais cette date peut être erronée car mon corps est différent du corps des autres femmes. Les besoins sont différents.

Cette réflexion, note Muriel Bonne del Valle, est aussi présente chez la *dai* (accoucheuse traditionnelle) en Inde qui se plaint du fait que la parturiente est amenée trop tôt à l'hôpital : « ils ont décidé d'emmener leur fille à l'hôpital ! se lamente-t-elle. Pourtant il n'y a aucune raison de s'affoler, l'accouchement se déroule tout à fait normalement ; il suffirait d'être patient ! » (Bonnet del Valle 2000 : 159).

La césarienne qui originellement était une intervention prévue pour sauver la vie soit de la mère et/ou de l'enfant est à l'heure actuelle une alternative pour accélérer les naissances. Les raisons pour l'effectuer sont diverses et dépendent du contexte juridique de chaque pays : tandis qu'au Canada une césarienne doit se pratiquer exclusivement pour des raisons médicales, aux États-Unis, depuis 1999, « *l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* autorise le déclenchement pour des motifs psychosociaux et logistiques » (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada dans St-Amant 2015 : 18).

Alors que l'OMS, en 1985, a conseillé des taux de césariennes de 10-15%, la tendance va dans le sens opposé : parmi les césariennes exécutées, « 45% ne seraient pas nécessaires ». Voici les chiffres pour 2011 :

- États-Unis : 31% (augmentation de 50% par rapport à 1996)
- Canada : 26%.
- Mexique : 48%.
- Corée du Sud : 35,2%

- Italie : 38,5%
- Turquie : 45,7%
- En 2009 au Brésil, entre 30 % et 50 % dans les institutions publiques et 93% dans les privées.
- Entre 2007 et 2008, en Chine, 50%

D'autres pays ont des taux moins élevés (données de 2010) : la France (11,2%), l'Angleterre (11,4%) ou l'Allemagne (15,4%) (St-Amant 2015 : 20). Comme on l'a déjà mentionné, en Équateur ce taux est de 25.8% entre 2008 et 2012 (Unicef, Statistiques de l'Équateur¹⁰³) et de 36% au Portugal entre 2005 et 2011 (OMS 2013 : 102).

Il ressort des témoignages qu'il existe même des césariennes programmées, suggérées par les médecins pour leurs propres intérêts. « Le docteur Frydman aussi doit partir en vacances et nous décidons de déclencher l'accouchement pour cette date. C'est donc sans aucune contraction que Juan m'accompagne à la maternité. » (Bonnet del Valle 2000 : 54).

La *doula* Luisa Condeço témoigne de son premier accouchement. Son médecin lui a proposé un accouchement induit médicalement (avec l'administration d'hormones qui déclenchent chimiquement les accouchements) qui a fini en césarienne. Plus tard, elle apprendra que son médecin voulait partir en vacances.

Je suis allée à l'accouchement de mon fils comme celle qui va un week-end dans un hôtel. Je savais ce que le médecin aller faire, je lui faisais complètement confiance et je croyais que l'accouchement induit était la meilleure chose à faire. (...) J'ai lu dans un livre que 70% des accouchements induits finissent en césarienne ou en accouchements instrumentalisés (avec l'utilisation des forceps). Pourquoi le médecin ne m'a-t-il rien dit ? Il m'a seulement dit « choisissez entre le jour 30 ou le jour 7. Vous n'en avez pas marre d'être enceinte ? Alors on

¹⁰³ Voir http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador_statistics.html#120 (consulté le 21/04/2015).

fixe une date » et comme mon frère faisait son anniversaire le sept, j'ai choisi le 30. Le docteur ne m'a pas donné l'information scientifique. (Luisa Condeço)

Dans ce contexte, Stéphanie St-Amant se pose la question : naît-on encore ? ou les accouchements d'aujourd'hui répondent-ils plus à une logique de « production de la naissance » médicalement parlant, sans respecter le temps pour naître de chaque nouveau-né ? Elle évoque les réflexions de Claude-Émile Tourné pour qui le déclenchement artificiel ou la césarienne prophylactique sont des IMG, Interruptions Médicales de Grossesses, qui souvent font naître l'enfant avant qu'il ne soit préparé à le faire (Ibid. : 24).

Une autre variable temporelle est la perception de la durée normalement attendue d'un accouchement. Cette question est importante car elle induit aussi la perception d'un accouchement difficile qui doit être confié au SOS et qui peut se transformer en accouchement déclenché médicalement ou en césarienne.

Les réponses à cette question sont hétérogènes. Au Portugal comme en Équateur, il n'y a pas de distinction entre le temps du travail initial de l'accouchement et le temps de la phase expulsive de l'accouchement. Seule Isabel Verdesoto fait cette différence :

Une ou deux heures (pour l'expulsive). Avec des douleurs douces d'abord. J'arrivais avant pour "componerles"¹⁰⁴ y manteearles¹⁰⁵". Puis je rentrais chez moi et je revenais pour l'accouchement. Ça durait un jour et demi à peu près.

Dans les deux pays, les réponses vont d'une demi-heure à cinq jours (dans l'un des accouchements assistés par la sage-femme Mary Zwart). Souvent la perception de la durée n'est pas très exacte, soit parce que les femmes ne se souvenaient plus, soit parce que la durée n'était pas évoquée de façon objective (en heures), mais décrite subjectivement :

¹⁰⁴ Synonyme de *arreglarles* ou *acomodarles*. Pratique manuelle sur le ventre de la femme afin de remettre le nouveau-né dans la position correcte pour qu'il puisse naître.

¹⁰⁵ *Manteada* est une pratique qui fait souvent partie de la *arreglada* dans laquelle l'accoucheuse secoue la femme enceinte avec l'aide d'un drap afin d'assouplir son corps avant de faire la pratique manuelle de la *acomodada*.

- « *J'avais toujours 'la bonne heure' pour faire les chiots* » (Adelaida Zaraiba, femme portugaise). Sa perception est qu'elle accouchait très vite.
- « *Ça prenait un temps... les miens étaient difficiles (...) Une nuit et encore un jour* ». (Maria Augusta Capela, femme portugaise).
- « *Lorsque l'heure indiquée arrive, c'est là que l'enfant sort (...) jusqu'à six heures, il peut sortir à midi. La douleur est lente* ». (Esperanza Padilla, accoucheuse équatorienne).

Cette dernière informatrice a une notion particulière du temps. Elle ignorait son âge. Elle a cherché sa carte d'identité pour le calculer. Chez elle, le temps semble ne pas être pris en compte. En général, dans le cas des accouchements traditionnels, la notion du temps n'est pas un repère très prégnant. L'accoucheuse fait un suivi personnalisé pour chaque accouchement.

Cette gestion du temps contraste avec le temps nécessaire pour réaliser une césarienne dans le SOS. L'utilisation productive du temps est une approche différente de celles des accoucheuses traditionnelles. Cet argument est mis en évidence dans le projet de « Loi Organique de l'Accouchement Humanisé ».

Certains médecins choisissent la césarienne car ainsi ils peuvent programmer le moment de l'accouchement en dehors de leurs horaires de consultations. Une intervention comme celle-ci dure entre quarante-cinq minutes et une heure, tandis que l'accouchement normal a besoin de beaucoup plus de temps. (Asamblea Nacional 2016 : 8).

4.2.2. Mesurer pour naître ?

Au moment de la naissance, les protocoles médicaux indiquent que pour mesurer la dilatation de la femme, il faut faire un toucher vaginal¹⁰⁶. Lors du contrôle citoyen réalisé dans la Maternité *Isidro Ayora* qui est un CHU (Centre Hospitalier Universitaire), j'ai repéré un cas où cette procédure a été effectuée huit fois sur la même personne (dans deux occasions : un professeur et trois étudiants) (Comité de usurias/os de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia del Distrito Metropolitano de Quito; Comisión de control cívico de la corrupción. 2007). Sur ce point, Muriel Bonne del Valle évoque une tentative de mettre un place un dispositif pour enregistrer mécaniquement la dilatation du col.

Vers la fin du XXème siècle, la médicalisation des salles de naissance devient impitoyable. Un fanatique du Michigan va jusqu'à supprimer le toucher vaginal, en mettant au point un appareil enregistrant les mouvements de dilatation du col. L'énergie dépensée par la femme en travail est traduite en langage automatique, grâce à l'aimant fixé sur un des bords du col utérin et au petit palpeur magnétique, attaché sur la face opposée (Bonnet del Valle 2000 : 72).

Hors du milieu médical, cette procédure n'est pas la norme, même si certaines accoucheuses la connaissent et la pratiquent. Antonio Ferreira (sage-femme portugaise) utilise la « ligne pourpre » comme méthode de diagnostic de la dilatation utérine de la femme. Il m'a montré des photos des cas qu'il a pu observer. La compression du système artériel, explique-t-il, provoque une tension supérieure du sang chez la femme qui a pour effet une démarcation de

¹⁰⁶ Toucher vaginal : se pratique avec deux doigts, l'index et le médium, recouverts d'un gant lubrifié. Associé à la palpation abdominale, il permet l'examen du col de l'utérus, de l'utérus lui-même et de ses annexes (trompes, ovaires). Un toucher vaginal permet ainsi de dépister une anomalie de position ou une augmentation de taille de l'utérus, la présence d'une masse sur l'utérus, les ovaires ou les trompes (fibrome utérin, kyste de l'ovaire ou pyosalpinx, c'est-à-dire présence de pus dans les trompes), une augmentation de volume ou une anomalie de consistance du col utérin (cancer). Pratiqué chaque mois au cours de la grossesse, il renseigne sur l'état du col et peut faire dépister une menace d'accouchement prématuré (définition du Larousse médical) ; voir : <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/1011#t16622> (consulté en avril 2016).

cette veine ou artère. Selon lui, il s'agit d'une pratique traditionnelle dans une communauté noire brésilienne.

Je fais le toucher si j'en ai besoin. Des fois avec la ligne pourpre. C'est une ligne qui commence à apparaître dans le début des fesses et qui commence à l'anus, au début du coccyx. Elle s'agrandit avec la dilatation. Plus la dilatation augmente, plus elle monte. À la fin elle mesure 10 centimètres qui est la même mesure de la dilatation (pour que le nouveau-né puisse naître). (...) Elle s'explique par la compression du système artériel par la tête de l'enfant.

La plupart des accoucheurs et des accoucheuses *kichwas* interviewés (à Arajuno, Puyo ou à Santa Clara) mesurent la dilatation en mettant leur main sur le sommet de la tête de la parturiente. Plus il est chaud, plus le moment de l'accouchement approche. Ils observent la femme qui commence à transpirer.

Une deuxième méthode est la « prise du pouls » sur l'avant-bras et/ou l'arrière-bras, pratiquée par des accoucheuses métisses et par des *kichwas*. Deux versions de cette technique ont été décrites. La première consiste à mettre les mains sur l'avant-bras de la parturiente et à observer soit l'accélération du pouls, soit s'il devient « *plus fort* » (les battements se sentent plus clairement). La deuxième méthode, décrite uniquement par une accoucheuse métisse, Beatriz Paredes, est d'observer si le pouls « *monte* » dans le bras. Plus le pouls est senti en haut dans le bras, plus le moment de l'accouchement approche. « *Le pouls est d'abord dans le poignet et puis il monte, quand il est vers le milieu du bras, là l'accouchement est proche* ».

Le toucher vaginal est aussi présent chez l'une des accoucheuses métisses, Claudia Jaramillo, qui en même temps travaille dans la restauration d'un hôpital. Cinq des accoucheuses *kichwas* interviewées disent le pratiquer : Antonia Chimbo, Graciela Grefa, Maxi Andi, Violeta Andi et Magdalena Vargas. Les quatre premières sont en formation permanente au Ministère de Santé Publique, c'est « *la madre Guillita* » (docteur religieuse) qui a appris à la dernière. Ces informateurs utilisent aussi la technique de la chaleur au sommet de la tête, pour eux plus l'accouchement approche, plus le corps, mais sur tout la tête se rechauffe. Lors de l'observation

du suivi des accouchements, ni Antonia Chimbo ni Graciela Grefa ont réalisé le toucher. Même si le toucher est une connaissance acquise, il n'a pas été intégré dans les pratiques quotidiennes de prise en charge de l'accouchement des accoucheuses traditionnelles *kichwas*.

Une dernière méthode présentée par Estela Grefa est celle du temps entre les contractions. Plus les contractions sont proches, plus l'accouchement l'est également. Elle utilise en parallèle la « *prise du pouls* ».

Au Portugal, les accoucheuses n'avaient pas de technique pour identifier le niveau de la dilatation. L'accouchement survenait sans qu'elles aient besoin de suivre son évolution. Dans un cas (Maria Augusta Capela), l'accoucheuse a fait un toucher et dans un autre c'est une sage-femme qui l'a fait. Le toucher est une technique du SOS pour mesurer l'avancement de l'accouchement qui n'est pas universelle. Les populations *kichwas* et métisses en Équateur, au contraire du Portugal, ont des méthodes alternatives pour évaluer la dilatation de la femme.

4.2.3. Plantes et procédures pour l'accouchement

Y a-t-il des infusions, des massages, ou autres pratiques qui sont utilisés lors de l'accouchement ? Quelles justifications sont données par les accoucheuses (accoucheurs, sages-femmes ou femmes qui ont accouché à domicile) ? Sont-elles différentes des procédures dans le SOS ? Sont-elles propres à chaque culture ou y a-t-il des points en commun ?

Avant l'accouchement et le jour même dans certains cas, les accoucheuses métisses et *kichwas* ont l'habitude de *acomodar*, *componer* ou *arreglar*. Ce sont trois synonymes pour nommer cette pratique manuelle. Chez les *Kichwas* de la région de Santa Clara (jusqu'à Tena, María Chimbo), les pratiques traditionnelles pour aider l'accouchement consistent en des

infusions ou des boissons tandis qu'à Arajuno, qui a une population *kichwa* aussi, les accoucheuses traditionnellement recourent à trois procédures avec les plantes locales : des infusions, des vaporisations et des onguents.

Pour les infusions, elles frottent les herbes entre leurs mains et mettent des *cogollos* (rameaux) de plantes dans une demi-tasse d'eau déjà bouillie. Les infusions ont différentes utilisations thérapeutiques : soit pour accélérer la dilatation, soit pour « *donner la force* » ou « *le courage* », soit pour « *enlever le froid* » et « *réchauffer la femme* » et donc rendre plus facile l'accouchement, pour que l'accouchement soit moins douloureux, soit comme anesthésique et même comme sédatif.

L'ongle de tapir râpé dans une infusion est cité comme sédatif. Gladys Grefa a dû « *réveiller* » sa belle-sœur lors de son accouchement (deuxième chapitre). Après son accouchement, la nouvelle mère affirme : « *je croyais que j'étais en train de rêver* ». Gladys Grefa ajoute qu'elle utilise les sabots râpés de la *danta* (du tapir) en infusion. Selon les témoignages que j'ai recueillis, d'autres infusions ont les mêmes effets tels l'ongle râpé d'un petit tatou, appelé *yakuncillo* dans cette région, ou l'aiguillon de la raie ou le squelette du « poisson électrique ». Ces deux derniers peuvent également être macérés dans l'alcool, d'après Max Andi.

Dans les témoignages, on note une corrélation entre le réchauffement du corps de la femme et la diminution de la douleur. Cette représentation s'explique par la conception du chaud et du froid chez les *Kichwas* (Rodríguez Flor 2010)¹⁰⁷. L'une des catégories repose sur le déséquilibre du *sinchi* ou harmonie vitale (qui est accordé aux humains par *Inti* (le soleil))

¹⁰⁷ Les maladies du chaud (*rupajmanta*) et du frais (*chirimanta*). L'excès de froid se produit quand l'individu a été exposé au froid qui a déséquilibré son *sinchi* ou harmonie vitale et les conséquences sont des sécrétions, tumeurs, douleurs, entre autres, tandis que les maladies dues au chaud se manifestent par des excès de chaleur du corps, comme dans le cas de la fièvre (Rodríguez Flor 2010 : 43-46).

(Noboa 2006 : 88) et (Rodríguez Flor 2010 : 40), par un excès de chaud ou de froid dans le corps.

Lors de l'accouchement, le corps de la femme se réchauffe, ce qui est diagnostiqué comme un accouchement proche. Le corps est en train de s'ouvrir (dilatation) jusqu'à aboutir à la dilatation totale de dix centimètres du col de l'utérus, ce qui aura pour résultat la phase expulsive et donc la naissance physique du nouveau-né. D'après Rodríguez Flor, dans cette représentation du corps et de la maladie, l'excès de froid provoque entre autres des douleurs. Plusieurs informateurs soulignent ce fait. Selon Estela Grefa, « *c'est le froid qui provoque la douleur* ».

Chez les *kichwas*, la douleur pendant l'accouchement est donc associée au froid et une bonne partie des infusions préparées par les accoucheuses ont pour but de réchauffer le corps pour compenser cette perte de chaleur liée à la dilatation. La température du corps de la femme est présente dans d'autres cultures aussi, tel que la Mongolie, où « Transpirer, souffler, prendre froid à la tête à cause du vent ont en commun le risque de maladie à venir. Or, dans la pensée mongole, la maladie au même titre que l'accouchement est considérée comme un affaiblissement lié à une perte temporaire d'âme et de souffle vita » (Bianqui 2014).

Pour certain(e)s accoucheur/accoucheuses *kichwas*, il y a un ordre établi pour les procédures ou les infusions, pour d'autres il est possible de préparer une infusion contenant plusieurs ingrédients afin qu'elle ait toutes les propriétés. Selon Rosa Chiguango, il faut d'abord « *réchauffer le corps et réchauffer la tête* » (j'ai observé que la chaleur au niveau de la tête est en même temps une méthode pour mesurer l'évolution de l'accouchement) avec une infusion préparée avec les branches et les feuilles de « *achiote* ». L'étape suivante est d'éplucher du bois de balsa pour faire sortir la sève. Une cuisson est faite avec le tronc et ses écorces. La parturiente

boit cette décoction avec un peu d'eau de vie. Une fois que le corps est chaud, l'heure de l'accouchement arrive.

Les infusions sont utilisées pour diminuer l'intensité des douleurs (et réchauffer le corps) : *chonta*¹⁰⁸ (plante locale), *lumu pachina*¹⁰⁹ (basilic), *pachina panká* (je n'ai pas trouvé sa traduction en latin ni en espagnol), la fleur du platane¹¹⁰, la « *guayusa*¹¹¹ » (une plante endémique très utilisée), la cannelle¹¹², le « *achiote*¹¹³ », la citronnelle¹¹⁴ (verveine des Andes ou lemongrass). Dans certains cas, les accoucheuses rajoutent du beurre de boa ou celui de lézard à l'infusion.

Lors de l'observation de l'accouchement mixte, suivi par Antonia Chimbo, j'ai constaté qu'elle utilisait une infusion de cannelle avec de morceaux râpés de griffes de tatou.

¹⁰⁸ Nom botanique « *bactris gasipaes* »

¹⁰⁹ Nom botanique « *ocimum basilicum* »

¹¹⁰ Nom botanique « *platanus* »

¹¹¹ Nom botanique « *ilex guayusa* »

¹¹² Nom botanique « *cinnamomum verum* »

¹¹³ Nom botanique « *bixa orellana* »

¹¹⁴ Nom botanique « *cymbopogon citratus* »



Photo 75 : Infusion de cannelle et de griffe de yacuncillo qu'Antonia Chimbo utilise pour les accouchements

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Cuisine du foyer des médecins du foyer du sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 16/08/2013



Photo 76 : Griffes de yacuncillo qu'Antonia Chimbo utilise pour les infusions des accouchements, pendant des années

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Cuisine du foyer des médecins du foyer du sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 16/08/2013

Chez les *Shuars*, Rita Chimquim et le couple interviewé à *Nunkuy Nunkay* préparent aussi l'infusion de *guayusa* avec une variante. Ils ajoutent le corps sans tête d'un insecte qu'ils appellent *umtias*. Celui-ci est décrit comme étant similaire à un cafard, mais avec des cornes rouges. Ils les attrapent pendant les pluies et les gardent pour les accouchements. Selon Rita Chimquim, cette infusion accélère l'accouchement qui dure quinze minutes à partir du moment où la parturiente prend la boisson.

La maison traditionnelle *shuar* est ronde et sert de cuisine, une deuxième maison sert de dortoir. L'accouchement se passe dans la maison-cuisine où un lit est posé juste à côté du feu. La femme y dort après son accouchement afin de se réchauffer du feu qui sert pour cuisiner.



Photo 77 : Maison du couple shuar, le lit à côté du feu, Nunkuy Nunkay, Taisha

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Nunkuy Nunkay, Taisha, Morona Santiago 09/2013

Ce paradigme de santé des *kichwas* se rapproche de la théorie humorale d'Hippocrate, où les propriétés du chaud, du froid, du sec et de l'humide expliquent les maladies et la santé. Dans les contextes de l'Amazonie de l'Équateur (chez les métisses ou chez les *kichwas*), les informateurs disent que pendant l'accouchement, le post-partum et même pendant l'allaitement, le froid et le chaud ont des effets sur le corps de la femme.

Virginia Vizcaíno, accoucheuse métisse, donne des infusions de paille blanche, de figue, de cannelle, de poivre et/ou de *pitiyuyu* (je n'ai pas trouvé son nom scientifique) avec de la cassonade, afin de donner « *chaleur, forces au corps* » de la femme. La même explication est reprise par Isabel Verdesoto, accoucheuse métisse. Elle est originaire de San Miguel de Bolívar, une agglomération dans les montagnes, mais elle a aussi vécu sur la côte du pays et habite maintenant en Amazonie. À ma question sur les plantes qu'elle utilise, elle répond que cela dépend de la région où elle est. Elle s'adapte aux plantes qu'elle a sous sa main. Le critère de choix de ces plantes est d'être « *chaudes* » : « *Basilic, citronnelle, citron à Balsapamba quand*

j'habitais à el Oro (...) dans les montagnes il y a tellement des plantes ». D'après Isabel, il faut des plantes chaudes pour que la femme ait de la force et que la douleur vienne, car c'est à cause du froid que l'accouchement s'arrête.

Cet effet de la chaleur sur le corps de la parturiente est aussi évoqué par Claudia Jaramillo, accoucheuse métisse, qui donne à la femme une infusion de feuilles d'avocat pour qu'elle réchauffe le corps de femme. Parfois, dans ce but, elle rajoute du sucre et de l'alcool.

Seule l'accoucheuse métisse Beatriz, ou *mama Bacha*, comme les gens l'appellent, qui a été formée par un médecin, n'utilise pas de plantes dans sa prise en charge. Elle transporte une petite valise contenant des comprimés, des gants, des ciseaux et des médicaments injectables. Elle fait à la parturiente une piqure de *pitosin* (ocytocine synthétique vendue dans les pharmacies). Elle sait que les femmes qui viennent la voir ont souvent déjà pris des infusions avec de la cassonade car « *c'est un aliment fort qui donne la force et les aide* ».

Pour réchauffer le corps, Estela Grefa mentionne aussi la vaporisation avec une décoction d'*achote*, *pachina* et citronnelle. Elle pose une casserole avec cette décoction sous les jambes de la femme en train de dilater. Elle en explique ainsi les bienfaits : « *lorsque le bébé sort le corps s'abime, il se casse. Nous avons des douleurs aux hanches, aux jambes. (Cette infusion) est faite pour éviter d'avoir froid. C'est le froid qui provoque la douleur.* »

Les *kichwas* et les métisses, associent également le chaud avec le « courage » ou la « force », utilisés comme synonymes. Ils donnent des infusions afin d'agir sur le corps (en le chauffant, en soulageant la douleur) mais aussi pour agir sur leur état d'esprit. « *L'œuf est pour donner la force, pour 'arranger' le corps* » dit Xavier Grefa (accoucheur *kichwa*, Santa Clara). Estela Grefa (accoucheuse *kichwa*, Arajuno) prépare une infusion de citronnelle et *guayusa*

pour que les parturientes « *aient la force. Sucrée, mais pas trop, avec un shot d'eau de vie. L'eau de vie donne de la force. Il faut leur donner à manger aussi* ».

Elvia Barreno, métisse, donne à la femme une infusion de feuilles de patate douce avec de l'eau de vie pour que « *les douleurs (contractions) arrivent plus vite et si ce n'est pas le moment de l'accouchement elles partent* ». Dans cette infusion, elle rajoute une ration d'eau de vie pour « *avoir la force, le courage* ».

Une autre association évoquée dans plusieurs témoignages est celle entre la chaleur et l'adoucissement du corps qui entraîne le soulagement de la douleur. Des procédures telles que des massages avec des onguents, des infusions ou des vaporisations réchauffent le corps qui se dilate naturellement, qui devient plus souple/doux et donc l'accouchement est moins douloureux. « *Lorsque la femme prend ces infusions, (le corps) demeure mou alors on ne sent pas trop la douleur, et donc elle pousse 'naturellement'* » (Maxi Andi).

Cecilia Grefa frotte de la *manteca de boa* (du beurre de boa) sur les hanches et le dos de la parturiente, « *ça réchauffe et les hanches s'ouvrent* ». Pendant l'accouchement que j'ai observé, Antonia Chimbo a posé du blanc d'œuf sur le ventre et le dos de la parturiente « *pour qu'il (le nouveau-né) sorte vite* ». Elle fait aussi des massages avec du beurre de boa, mais elle n'en avait pas ce jour-là.

Au Portugal, même si aucune des personnes avec lesquelles j'ai discuté affirme utiliser des infusions pour faciliter l'accouchement (et même pour guérir des maladies), j'ai noté sur la route principale du village de *Serra de Gêres*, plusieurs lieux de ventes de plantes médicinales ainsi que du miel de différentes fleurs. Le discours différait-il alors des pratiques quotidiennes. Les plantes médicinales sont-elles devenues un produit destiné à la vente touristique ?



Photo 78 : Vente des miels de la région et des plantes médicinales, rue principale du village de Serra de Gêres, Portugal

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Serra de Gêres 08/2014



Photo 79 : Vente des plantes médicinales, rue principale du village

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Serra de Gêres 08/2014

Bien que dans l'ensemble du Portugal, les accoucheuses ne préparaient pas d'infusions pour l'accouchement, certaines informatrices évoquent la chaleur et le froid. Selon l'accoucheuse Maria de Luz Correa, « *parfois les femmes accouchaient accrochées parce qu'elles devaient être chaudes et l'enfant n'avait pas froid* » et une autre femme se souvient d'une infusion de cannelle au moment de l'accouchement. Cette idée d'éviter le froid semble être une représentation commune dans les deux contextes, même si en Amazonie, elle est beaucoup plus présente. Dans ce dernier contexte, lors de l'accouchement et pendant le post-partum, le *sinchi* ou harmonie vitale est en déséquilibre. La chaleur perdue doit être remplacée.

En Amazonie, d'autres remèdes sont utilisés. La plante d'*achote*, les beurres de plusieurs animaux (serpents boa ou de lézard), le blanc d'œuf ou le bois de balsa le sont pour leurs propriétés physiques : ce sont des substances qui « *glissent* ». « *Tel le bois de balsa (dont le bois est baveux), l'enfant glisse* ». Cela rejoint la théorie des signatures :

La médecine des semblables, issue d'un vieux fond de médecine populaire européenne (Lou, 1979), postule qu'un mal peut être soigné par son équivalent, qu'il s'agisse d'un élément végétal ou organique. (...) À Maurice et à Rodrigues, divers entretiens montrent que ce type de médecine existe aussi, quoique plus rarement. Cette parenté entre une partie du corps humain, une maladie et le composant qui va le soigner affirme déjà un lien entre l'homme et son environnement naturel. Parfois, la médecine des signatures procède par transfert de la maladie, du corps humain vers un animal, un végétal ou un composé non organique (Pourchez 2011 : 68).

Cette association entre les qualités physiques des aliments et leur effet est soulignée par Bonnet del Valle « Il existe une relation mystique entre l'homme et son champ ; ils grandissent ensemble, en symbiose depuis le ventre de la mère. Si la femme mange un *tamal*¹¹⁵ qui a collé à la casserole, le fœtus adhérera à ses entrailles et mourra » (Bonnet del Valle 2000 : 111).

J'ai repéré une dernière pratique traditionnelle pour l'accouchement, consistant à provoquer le réflexe de nausée pour favoriser l'expulsion du nouveau-né. Que cela soit à travers le blanc de l'œuf - « *avec l'œuf, elles ont envie de vomir et l'enfant sort aussi* » (Esperanza

¹¹⁵ Gâteau de maïs cuit dans une feuille de bananier.

Padilla) - ou avec d'autres aliments visqueux. C'est le cas, par exemple, d'une infusion faite à partir des « *écorces d'arbres* » qui « *provoquent la nausée* » (Cristina, fille de Jacinta Guatatoca, accoucheuse kichwa, Santa Clara).

Cette relation entre les efforts faits dans la région buccale et les contractions utérines est également soulignée par Bonnet del Valle. Au Mexique, écrit-elle, doña Remigia demande à la parturiente de souffler dans une bouteille afin que la pression provoquée par le fait de souffler aide l'accouchement. Elle pousse tout en soufflant dans une bouteille de coca-cola vide. La tradition est aussi de souffler dans une canne de bambou jusqu'à en tirer de la musique (Bonnet del Valle 2000 : 114).

Salomé, sage-femme en France, souligne la relation entre la gorge et le périnée et l'importance d'apprendre à libérer sa voix et soupirer pour aider l'accouchement : « Apprendre à soupirer, c'est apprendre à descendre dans son périnée, dans sa Terre. L'ouverture de la gorge est en correspondance avec celle du sexe » (Bonnet del Valle 2000 : 174).

Au Portugal, j'ai recueilli un témoignage qui aborde ce sujet, mais pour la délivrance du placenta (point que je développerai dans le dernier chapitre). L'accoucheuse qui assistait Celeste de Conceição (dans la région du Nord-est) introduisait les cheveux de la parturiente dans sa bouche pour lui provoquer la nausée.

Dans ce pays lusophone, selon mes informatrices, l'utilisation d'infusions ou d'autres procédures pour aider l'accouchement était inexistante chez les accoucheuses traditionnelles. Seule Candida dos Anjos donnait de l'eau avec du sucre, d'après les souvenirs de sa fille. Dans tous les autres cas, les accoucheuses ne donnaient rien aux femmes. Selon Julia Durão (Porto), « *à cette époque-là, il n'y avait rien* ». « Maria » à Casa Branca répond « *non, rien, rien rien. (L'accouchement) était naturel, spontané* ». Ce témoignage confirme la représentation d'un

« accouchement naturel » comme un accouchement sans intervention. Suite à l’Inquisition, les accoucheuses traditionnelles ont perdu la connaissance des plantes et de leur usage. Les sages-femmes domiciliaires recouraient à des procédures issues du SOS telles que des piqûres intramusculaires d’ocytocine artificielle afin d’éviter les hémorragies.

Dans le cadre du système alternatif de santé, d’autres pratiques sont mises en œuvre. Lurdes Rodea (sage-femme) prépare des infusions de camomille, de citronnelle, de thym ou « l’infusion d’accouchement » (faite avec du chocolat et des épices chaudes) de Naoli Viver, accoucheuse traditionnelle mexicaine. L’idée des bienfaits de la chaleur sur la dilatation du corps est reprise. Cette infusion est aussi préparée par Luisa Condeço et Esther de León. Cette dernière la décrit comme « *une bombe énergétique* ». Cette *doula* utilise aussi de l’aromathérapie avec les femmes qui le souhaitent.

Luisa Condeço évoque des « *méthodes douces* » pour aider l’accouchement, les « méthodes naturelles d’induction » tels que les rapports sexuels qui « *aident à assouplir le col de l’utérus* » au contact avec les prostaglandines présentes dans le sperme de son conjoint, ou encore la nourriture épicée ou les bains chauds : « *toutes ces choses qui agitent et réchauffent le corps* ». Pour elle, ces pratiques agissent plus sur la psyché de la femme que sur la physiologie de l’accouchement. « *Cela aide la femme à se dire qu’elle aide pour l’accouchement* », or ces pratiques « *ne peuvent pas influencer sur la maturité des poumons du nouveau-né qui est pour elle l’élément déclencheur de l’accouchement* ».

Concernant les pratiques traditionnelles d’accouchement, on note donc un décalage entre l’Équateur où les accoucheuses métisses et *kichwas* utilisent des savoirs traditionnels, et le Portugal où les connaissances traditionnelles sur l’emploi des plantes médicinales semblent oubliées et où ce sont les agents de santé alternative qui utilisent des méthodes différentes du SOS pour aider l’accouchement.

4.2.4. Les épisiotomies

Dans le Larousse médical l'épisiotomie est définie comme une « intervention chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lorsque l'accouchement le nécessite ¹¹⁶».

Un relevé des taux d'épisiotomies a été fait en 2002 sur 416.852 accouchements dans 91 hôpitaux, dans tous les pays de l'Amérique Latine (Gualán Cartuche et Guanoluisa Cordero 2015 :13). Les taux moyens par pays varient entre 69,2% et 96,2% du total des accouchements ; dans 60 hôpitaux, ils dépassaient le 90%. En Équateur, l'épisiotomie est pratiquée dans 96,2% des cas (sur 900 primigestes¹¹⁷). L'étude présente les données suivantes en Amérique Latine :

POURCENTAGE D'ÉPISIOTOMIES

Hôpitaux de soins primaires	89,8%
Hôpitaux de soins secondaires	91,6%
Hôpitaux de soins tertiaires	92,7%
Hôpitaux publiques	90,2%
Hôpitaux privés	96,4%

¹¹⁶ Larousse médical (n/d). Voir : <http://www.larousse.fr/archives/rechercher?q=%C3%A9pisiotomie&base=medical> (consulté en avril 2016).

¹¹⁷ Une femme est primigeste lorsque c'est sa première grossesse

Selon ces données, l'épisiotomie est une procédure obstétrique fréquente dans les pratiques hospitalières de l'accouchement. Sur ce sujet, Bonnet del Valle soutient que l'épisiotomie est un protocole biomédical modifiant la physiologie de la femme surtout chez les primipares, le but étant d'éviter des déchirures du périnée. L'auteur cite le docteur Claudio, à Curitiba (Brésil). Là-bas, explique ce dernier, « (les épisiotomies) sont rares, car accroupie la parturiente laisse plus facilement s'ouvrir le périnée. Quand il y a une déchirure, elle est légère et on la recoud » (Bonnet del Valle 2000 : 194).

Chez les accoucheuses traditionnelles, au contraire, l'épisiotomie n'est pas une pratique habituelle. Aucune accoucheuse ni accoucheur dit l'avoir pratiquée. Elle est même mal perçue, c'est une action non nécessaire. Elvia Agripina affirme : « moi, je n'aimerais pas qu'on me fasse ça ». L'épisiotomie est considérée comme une « exagération » des médecins au sous-centre de santé « où effectivement, ils coupent » (Gladys Grefa).

En cas de déchirures, soit ils donnent des infusions comme le *chigri yuyo*¹¹⁸ (María Chimbo) ou la déchirure se guérit toute seule (Violeta Andi). Selon Claudia Jaramillo, dans le passé les déchirures ne se produisaient pas mais actuellement elles sont plus fréquentes car les médecins ne laissent pas le cordon ombilical assez long, ce qui provoque des déchirures lors de l'accouchement.

Au Portugal, les femmes qui avaient des déchirures lors d'un accouchement domiciliaire assisté par une accoucheuse et qui voulaient être recousues devaient aller à l'hôpital. Les accoucheuses traditionnelles ne faisaient pas d'épisiotomies, l'accouchement était perçu comme un accouchement « naturel ». En réponse à ma question : « elle a recousu ? », Natalia Emerald argumente : « Non, c'était un accouchement naturel ». L'accoucheuse Luz do Céu

¹¹⁸ Nom botanique « *bryophyllum pinnatum* ». Springbioscience (n/d). Voir : https://www.researchgate.net/publication/272022108_Medicinal_plants_of_Ecuador_A_review_of_plants_with_antitumor_potential_and_their_chemical_composition (consulté en mai 2016).

affirme : « *on n'a jamais coupé, ça ne s'est jamais déchiré et si cela se produisait ça se fermait tout seul, il fallait juste laver* ». Cet argument est aussi repris par l'accoucheuse Maria de Luz Correia.

Dans le cas des accouchements assistés par des sages-femmes, l'épisiotomie est pratiquée, soit réalisée par elles, soit par le médecin. « *Je devais la faire lorsque le vagin était trop fragile. C'était mieux une épisiotomie latérale qu'on peut coudre facilement pour éviter une déchirure jusqu'à l'anus* » (« Emma », Mindelo)

En ce qui concerne les *doulas* (en Équateur et au Portugal) et les sages-femmes domiciliaires, aucune d'entre elles et d'entre eux n'est d'accord avec la pratique de l'épisiotomie. Le refus est catégorique. Pour Antonio Ferreira, il s'agit « *d'un acte quasi criminel, qui va mutiler, qui va violer le plus profond de la condition physique de la femme* ». Pour Esther de León, elle-même médecin généraliste, ceux qui la pratiquent ne se sont pas « *désintoxiqués des procédures hospitalières* ».

Luisa Condeço se souvient d'une formation à l'École d'infirmière à Évora avec Sheila Kitzinger, disciple reconnue de Michel Odent et formatrice elle-même de *doulas*. Elle évoque l'épisiotomie : « *Vous devez arrêter avec l'épisiotomie ! Pourquoi vous faites ça ? 90% des primipares avec épisiotomie ! 'that is blood sheet'* » (en donnant un coup sur la table avec sa main).

L'épisiotomie a été déconseillée par l'OMS en 1985 (déclaration de Fortaleza), mais elle est toujours fortement pratiquée dans les milieux hospitaliers, peu pratiquée dans le monde de l'accouchement traditionnel et très critiquée par les agents de santé alternative.

4.3. La position ou les positions d'accouchement ?

Le premier terme pour désigner l'action d'accoucher est « gésir », du XII s. au XVII s. Il dérive du latin « *jacere* » qui signifie lancer, jeter. La définition étymologique de gésir est « être dans l'état d'une chose jetée » (Lenoble-Pinson et Leroy 2003 : 4).

Comme cela a déjà été évoqué, le verbe « accoucher », qui existe depuis le XII s. (vers 1160), s'emploie pour désigner l'action de « se coucher », de « s'aliter ». D'ailleurs le nom « culche » (vers 1170) (plus tard couche) est le mot employé pour appeler le lit.

Jusqu'en 1447, « accoucher » désigne juste l'action de « s'aliter » (Ibid. 2003 : 3). En 1671, ce verbe est utilisé dans le sens d'enfanter mais en même temps d'assister la femme lors de l'accouchement. C'est à ce moment que l'idée d'accoucher allongée est introduite sémantiquement. Dans le terme qui décrit l'action est incluse l'idée de la position « validée » implicitement dans l'étymologie du concept (Ibid.).

La position horizontale (allongée sur le dos, décubitus ou lithotomique) a été instaurée et reconnue comme la posture protocolaire dans le système de santé biomédical (dans une certaine mesure, la « seule validée »). Cependant, elle n'est pas la seule position ayant été adoptée par des cultures pour accoucher et elle n'est pas la seule à avoir été décrite dans les protocoles médicaux. Marie-Laure Vautier présente un historique des descriptions des positions adoptées lors de l'accouchement (Vautier 2013 : 91-92).

La succussion hippocratique date de l'époque de ce philosophe (il y a 2500 ans). Elle était mise en place pour replacer le fœtus lorsqu'il était en siège ou en position horizontale. La manœuvre consistait à secouer la parturiente, en la tenant par ses quatre membres, accompagnée d'une manipulation sur le lit pour placer la femme de façon verticale :

Hippocrate préconisait la succussion verticale : la femme était alors garrottée sur le lit, les jambes écartées, deux hommes élevaient l'extrémité supérieure du lit et la laissaient retomber et ainsi de suite, jusqu'à la sortie du fœtus (Vautier 2013 : 91).

Une position décrite au X s. est celle des « jambes pendantes », également connue comme la « position Walcher » (car elle est décrite dans la littérature médicale en 1889 par Gustaph Adolph Walcher). Elle consiste à placer un oreiller sous les hanches de la parturiente et de laisser ses jambes en dehors du lit, sans qu'elles touchent le sol.

Les positions suspendues sont présentes dans de nombreuses cultures indépendamment de leur position géographique. Que ce soit avec une corde fixée aux poutres du plafond (Afrique du Nord, Asie), une corde passée sous les aisselles de la parturiente (Inde, Apaches –en Amérique du Nord) accroupie ou appuyée à un objet (tel que les femmes en France du XVI s. au XIX s.), la position de la femme suspendue ou debout est utilisée dans maintes sociétés (Ibid. : 91-92).

La position assise est également très documentée, représentée dans des icônes ou sculptures de différentes cultures et époques. Les parturientes s'assoient soit sur des billots d'arbre, soit sur des monticules de pierres, des tabourets. Dans l'Antiquité romaine, on fabrique même la « *sella perforata* » (la chaise perforée) (Ibid. : 91-92).

La position « tête en bas » a été utilisée pour les sutures du périnée¹¹⁹ par l'École de Salerne (700 à 1200). Dans cette position, les pieds et les hanches sont plus hauts que la tête (avec la femme couchée). Lorsqu'elle a été reprise, au XIX s., par Trendelenburg, la femme posait ses jambes tendues sur les épaules d'un auxiliaire (Cf. Annexe 13).

Au XVII s. Henri Van Deventer décrit la « position gènupectorale ». La femme est agenouillée et ses bras sont posés par terre (ou sur un objet). Cette position est utilisée

¹¹⁹ Ensemble des tissus qui constituent le plancher du bassin, limité en avant par la symphyse pubienne et en arrière par le sacrum et le coccyx (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales 2015).

actuellement pour la relaxation pendant le travail de l'accouchement et même lors de l'expulsion dans certains cas.

Plusieurs rumeurs courent sur l'origine de la position horizontale. Certains disent qu'elle a été adoptée depuis que Louis XIV (XVII s. – XVIII s.) a demandé de faire accoucher la mère d'un de ses enfants dans cette position afin de le voir naître ; d'autres disent que ce fut la reine Victoria (XIX s.) qui décida que les autres positions (non allongée sur le dos) étaient « trop sauvages » et que la façon civilisée d'accoucher était la position horizontale.

Je n'ai pas réussi à valider scientifiquement ces deux récits sur l'origine populaire de cette pratique. Cependant, officiellement c'est dans le Traité « Des maladies des femmes grosses et accouchées » (1668) du chirurgien et accoucheur français François Mauriceau (qui accouchait les maîtresses de Louis XIV (Mann 2008 : 166) – ce qui ne prouve pas pour autant que le monarque ait décidé de cette position) que la position est établie comme protocole pour l'accouchement biomédical et donc hospitalier.

Depuis Mauriceau en 1668, l'obstétrique occidentale a amorcé un tournant remarquable en adoptant sa proposition de faire allonger les parturientes en position semi-assise sur un lit, au moment où se manifestaient les efforts expulsifs, sans réflexion sur la physiologie de l'accouchement, mais essentiellement pour faciliter la surveillance du travail et pour permettre l'exécution de manœuvres, devenues d'autant plus nécessaires que les conditions physiologiques n'étaient plus respectées. Cette position s'est imposée lentement mais sûrement dans tout le monde occidental (Racinet 2005 : 534).

La position horizontale, qui vise le confort du médecin et non pas celui de la femme, est présentée comme la position « correcte », celle qui est « sécurisante » dans des milieux hospitaliers tel que l'a montré l'expérience du contrôle citoyen dans la Maternité Isidro Ayora (Comité de Usuarías de la LMGYAI 2006).

Au Portugal et en Équateur, la pratique de l'accouchement en position lithotomique n'est pas systématique. Les accoucheuses traditionnelles connaissent une multiplicité d'alternatives

de positions pour la délivrance, tout comme lors des accouchements domiciliaires assistés par des *enfermeiras parteiras* (avec ou sans l'accompagnement des *doulas*).

Au Portugal, l'entretien le plus remarquable concernant la position est celui de Julia Durão, une femme de 78 ans ayant accouché de huit enfants chez elle. Lorsque je lui ai posé la question, elle a répondu : « moi, la position que j'aimais le plus était avec les jambes dans les chaises, une jambe sur chaque chaise et le corps un peu pendant entre les deux chaises ».

Cette affirmation contraste avec l'expérience du contrôle citoyen mené dans la Maternité Isidro Ayora¹²⁰. À la question « Dans quelle position auriez-vous aimé accoucher ? », la plupart des femmes qui venaient d'accoucher ont répondu qu'elles adopteraient la position « *la plus sûre* », c'est-à-dire celle indiquée par le médecin (Comité de Usuarías de la LMGYAI 2006. Ce décalage entre les deux discours montre que le système médical a pris le dessus sur le corps de la femme au moment de la délivrance. Le médecin a l'autorité et est perçu comme le garant d'un accouchement sûr et réussi.

Ce choix de la position pour l'accouchement va au-delà de la position en soi, elle reflète aussi la relation de la femme avec son corps. Le témoignage de Julia Durão montre qu'avant la diffusion massive des politiques publiques de santé par le SOS, les femmes qui accouchaient chez elles étaient davantage à l'écoute de leurs corps et décidaient de la position « *qu'elles aimaient le plus* », discours complètement absent chez les femmes insérées dans le milieu hospitalier.

¹²⁰ L'univers de cette étude a été deux cents femmes âgées de 13 à 43 ans, la plupart de 17 à 21 ans.

Malgré la déclaration de Fortaleza, en 1985 et d'autres documents tels que le guide pratique pour l'accouchement (OMS 1997) (cf. annexes 10 et 11), le système officiel de santé contemporain maintient la position décubitus (allongée sur le dos), avec plusieurs dispositifs :

- un protocole unique d'accouchement dans lequel les autres positions ne sont pas acceptées.
- un discours d'autorité pour présenter les protocoles médicaux d'accouchement comme les seuls légitimes.
- refus d'accoucher dans d'autres positions les femmes qui le demandent.

Toutes ces mesures contribuent à déposséder la femme de son propre corps. Elle finit par accepter, adopter et intégrer le discours médical comme étant le sien. Ce contexte crée une déconnexion entre la femme et son corps et la dépouille de son rôle central lors de son accouchement : dans ce contexte elle a le rôle de « patiente » et sa position doit s'adapter aux besoins du personnel médical. La fonction du personnel soignant devient primordiale.

Au Portugal, indépendamment de la région où les femmes accouchent, il n'y a pas une seule position choisie pour enfanter. Chez les femmes ayant accouché chez elles, deux réponses ressortent : soit elles accouchaient alitées (souvent assises avec l'appui d'oreillers), soit elles le faisaient agenouillées sur le lit ou par terre. Quelques-unes choisissaient la position et pour les autres c'était l'accoucheuse qui leur montrait comment faire. Dans ce dernier cas, la position « *dépendait de chaque accoucheuse* » selon Ana do Mare (São Pedro de Afurada).

Chez les agents de santé, différentes positions d'accouchement sont également évoquées. J'ai noté trois sortes de réponses : celle des accoucheuses traditionnelles ou de leurs filles qui ont été témoins de la pratique, celle des sages-femmes domiciliaires (ou hospitalières, cela

dépendait du contexte et de la politique nationale de santé mise en place) issues d'une formation universitaire et celle des nouvelles générations de sages-femmes qui pratiquent des accouchements domiciliaires et critiquent le système biomédical de santé. Les *doulas*, qui accompagnent les femmes mais qui n'ont pas un rôle dans l'intervention médicale, critiquent elles aussi la médicalisation extrême de l'accouchement et la plupart soutiennent l'accouchement domiciliaire.

Les accoucheuses (et leurs filles) que j'ai rencontrées habitent au Nord-Est du Portugal, dans la région de Trás-os-Montes et, aussi, dans un village dans la région de Porto. Deux accoucheuses septentrionales avaient 80 ans lors des entretiens, et l'une des filles de la troisième accoucheuse de cette région avait 78 ans. L'accoucheuse de São Pedro de Afurada avait aussi 78 ans. Dans le reste du pays, les accoucheuses étaient trop âgées pour répondre à un entretien.

Maria de Luz Correia (accoucheuse de Samões, Trás-os-Montes) a toujours accouché agenouillée. Au moment de la délivrance, elle s'accrochait à quelque chose pour « *avoir la force* ». La seule fois où elle a accouché allongée, c'était à l'hôpital, sinon elle l'a fait sur un tissu ou une couche en toile à même le sol. C'est dans cette position que Luz do Céu assistait des accouchements. À l'époque où elle a accouché, « *les gens ne se mettaient pas dans la même position que maintenant* ». Selon les deux filles de Candida dos Anjos (accoucheuse à Alagoa, décédée), lors des accouchements assistés par leur mère la femme était agenouillée (ou debout) sur un drap recouvrant le sol. À Trás-os-Montes, les accoucheuses ont aidé des accouchements au cours desquels les parturientes étaient agenouillées. Ces témoignages corroborent les dires des femmes qui ont accouché chez elles (ci-dessus), souvent agenouillées, en suivant les conseils des matrones. L'accoucheuse de São Pedro de Afurada (elle a préféré ne pas donner son prénom) s'adapte à la position choisie par la femme : soit allongée sur son lit, soit assise

sur deux chaises comme Julia Durão l'a décrit. Dans ce cas, l'accoucheuse était agenouillée devant la femme pour recevoir le nouveau-né.

Le deuxième cas de figure est celui des sages-femmes formées académiquement qui aidaient les accouchements domiciliaires avant l'instauration générale du système hospitalier, dans les années 1970. Tous ces agents de santé assistaient les accouchements avec les femmes décubitus. Elles suivaient le protocole gynécologique qu'elles avaient appris. La seule variante entre les positions choisies était la présence ou l'absence d'oreillers.

Pour « Emma », à Mindelo, la femme doit ouvrir et soulever ses jambes et se pencher en avant/s'asseoir en s'aidant de coussins ou d'oreillers ; Lurdes Pereira, à Vila Nova de Poiares, évoque les oreillers placés derrière le dos « *para fazer altura* » (pour donner de la hauteur). Selon Maria Jose Bairros Lema, à Paredes, la parturiente était « *couchée pour enfanter, sans oreiller, juste un pour la tête* ».

Les données recueillies au Portugal correspondent à celles rassemblées en Équateur. Dans l'Amazonie équatorienne, chez les *kichwas*, *Achuars* ou les *Shuars*, la position est verticale. La femme n'est pas allongée sur le lit. Non seulement cette position n'est pas considérée comme la seule valable, mais elle est décrite péjorativement. Esperanza Padilla, accoucheuse de Capricho, me dit que « *la femme de don (monsieur) Abraham était couchée et elle n'arrivait pas à accoucher. Il a fallu l'agenouiller pour qu'elle réussisse* ». Elle considère que cette position n'aide pas les femmes lors de l'accouchement. Chez les populations *kichwas* de Unión Muyuna, dans le *cantón* Santa Clara (Santa Clara, Rey de Oriente et Capricho) ou Arajuno, l'usage est d'accrocher une corde avec des nœuds aux poutres de la maison, une *carahuasca*. Pendant le travail de l'accouchement la femme est accroupie, son compagnon ou un membre de la famille est souvent derrière pour prévenir une chute si elle s'évanouit, pendant que l'accoucheuse se place devant elle pour recevoir le nouveau-né.



Photo 80 : Antonia Chimbo montrant l'installation de la corde accrochée aux poutres de la maison pour l'accouchement. Entretien chez elle, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 08/2013

Parfois les femmes qui viennent d'accoucher tombent dans les pommes et si l'accoucheuse est toute seule qui va la tenir ? Le mari, le fils, le grand-père... quelqu'un doit la soutenir (derrière). Quelqu'un doit la prendre pour qu'elle ne s'asseye pas sur le bébé. Un bébé, ça glisse. Moi, en tant qu'accoucheuse, je dois être devant avec une serviette ou une couche (en tissu) pour que le bébé ne tombe pas par terre (Estela Grefa, Arajuno) (Cf. photo 16).

Souvent lorsque l'expulsion approche, l'accoucheuse ou accoucheur demande à la femme de s'agenouiller pour que le bébé ne tombe pas. L'accoucheuse place des serviettes, des couches ou des couvertures pour accueillir le nouveau-né.

Dans les populations *achuar* et *shuar*, les positions traditionnelles sont différentes de celles des *kichwas* (y compris l'accoucheur *kichwa* qui habite en ville à Puyo), mais la position reste verticale. À *Nunkuy Nunkay* (population *shuar*) et à *Sunquincha*¹²¹, avant un accouchement, dans la chambre ronde où se trouve le feu pour cuisiner, deux bâtons en bois sont fixés au sol et un troisième est fixé horizontalement sur les deux autres qui lui servent de base. Pendant son travail, la femme se penche sur ce dernier bâton et fait des balancements sur

¹²¹ Le nom de cette population a été repris phonétiquement de l'entretien ; cependant il n'existe pas sur internet. Je n'ai pas trouvé non plus le nom de ce village sur des documents ethnographiques.

son ventre. Elle accouche agenouillée et reste dans cette chambre chauffée par le feu pendant son post-partum, où un lit en bois est installé.



Photo 81 : Maison du couple shuar, Silvio Guasún en train d'expliquer la position d'accouchement, Nunkuy Nunkay, Taisha

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Nunkuy Nunkay, Taisha, Morona Santiago 09/2013

J'ai assisté à un accouchement « mixte » au sous-centre de santé d'Arajuno, avec l'assistance du personnel du système officiel de santé et de l'accoucheuse traditionnelle. Pendant le travail, la femme est accroupie et se tient à une corde ; face à elle, son mari la soutient, il saisit la corde pendant que l'accoucheuse serre sa poitrine avec ses bras et la secoue afin d'aider la descente du bébé. En même temps, avec son genou, elle masse le dos, pour soulager la douleur. La femme a accouché décubitus sur la table gynécologique (au fond de la salle dans la photo 82) assistée par les médecins internes.

Selon Gladys Grefa, accoucheuse à Arajuno, le Ministère de Santé organise des ateliers et des formations pour les accoucheuses. Dans ce cadre, elle a eu l'occasion d'assister à des accouchements aidés par des accoucheuses d'autres régions du pays. Elle témoigne :

Nous les amazoniennes, nous avons une façon différente de faire (d'assister à un accouchement ou d'accoucher). Eux (les médecins) font différemment et les Shuars encore d'une autre façon. Lorsque la femme est agenouillée, nous prenons l'enfant par devant ; dans les montagnes – l'accoucheuse nous a invité à y assister, moi c'était la première fois que je voyais cela – l'accoucheuse a pris l'enfant par derrière. La mère était agenouillée, ceux qui naissent comme

ça sont chétifs... moi je me posais des questions : comment est-ce qu'il va naître ? C'est plus facile par devant. Les Shuars prennent deux bâtons, ils mettent un troisième par-dessus et elles s'y appuient. Les achuars, parfois, prennent la corde comme nous mais ils se placent à l'intérieur.

Gladys Grefa décrit les différentes façons d'accoucher qu'elle a connues. Son discours évoque un marqueur identitaire : les *Kichwas* de l'Amazonie ont un savoir-faire distinctif d'autres groupes culturels. Lorsqu'elle dit « *ceux qui naissent comme ça sont chétifs* », elle signifie que, pour elle, sa façon de faire est meilleure que celle des accoucheuses des montagnes. Elle juge meilleure la position accroupie avec une corde.



Photo 82 : L'accoucheuse, la femme et le mari, pendant le travail d'accouchement

Source : Tania Amán. Lieu et date : Sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

J'ai interviewé cinq accoucheuses métisses. Pour deux d'entre elles qui habitent à Santa Clara la bonne position n'est pas forcément accroupie. Pour Isabelle Verdesoto, dans le village de San Jorge, et Claudia Jaramillo, à Taisha, la femme doit choisir la position qu'elle juge la plus confortable. Si la parturiente est métisse, elle aura tendance à accoucher allongée et si elle est indigène elle préférera généralement être assise ou à quatre pattes. Elvia Barreno, à Santa Clara, et Maria Virginia Vizcaíno, dans la ville de Puyo, estiment que les accoucheuses doivent indiquer aux femmes la position pour accoucher, agenouillée ou accroupie. D'ailleurs dit Elvia

en parlant de la position allongée, « *moi-même, je me serais étouffée dans cette position, j'aurais été désespérée* », tandis que María Virginia dit qu'elle n'aime pas que les femmes soient allongées car elles n'ont pas le courage et elles n'ont pas « *la force* » pour pousser. « *Je leur demande de se tenir à un fauteuil ou à une chaise, ajoute-t-elle. Les docteurs préfèrent les jambes en l'air, mais moi je n'aime pas comme ça. Elle doit être agenouillée* ».

Pour ces accoucheuses, non seulement la position allongée n'est pas un bon choix car elles seraient « désespérées » et « étouffées », mais cette posture les empêche d'« avoir du courage » le moment venu. Toute une représentation construite autour de la position choisie favorise le courage ou la force.

Parmi les accoucheuses interviewées, Beatriz Paredes est une exception. Elle aide aux accouchements dans la ville de Puyo et a été formée par un médecin à l'Hôpital de Shell. Elle fait accoucher les femmes couchées car elle considère qu'enfanter agenouillée ou assise est trop dangereux, pour la mère « *qui peut faire naître ses tripes avec l'enfant* », et pour l'enfant qui peut tomber par terre. Elle incite donc les parturientes à « *abandonner cette habitude* ». Ce cas souligne la différence entre les pratiques inculquées par le système officiel de santé, et les pratiques présentes chez les accoucheuses et accoucheurs traditionnels qui sont transmises entre générations.

Lorsque j'ai posé la question sur la position d'accouchement, les réponses étaient accompagnées de gestes indiquant la surprise face à une évidence. Transmises de génération en génération, ces connaissances sont très ancrées chez les *kichwas* : « *les grand-mères leur indiquent déjà (la position pour accoucher)* » (Antonia Chimbo, accoucheuse de Arajuno). « *Elles connaissent déjà (la position pour accoucher), nous tous, ici, nous savons comment c'est (l'accouchement, ce qu'elles doivent faire)* » (Violeta Andi, accoucheuse de Arajuno). « *Chez nous, on sait déjà (ils savent quelle est la position pour accoucher)* » (Xavier Grefa,

accoucheur de Santa Clara). C'est donc accroupie, accrochée à une corde et/ou agenouillée que la femme doit accoucher. Cette position est considérée comme la seule sécurisante, « *C'est la femme qui décide de s'accrocher à la corde, si elle ne le fait pas, elle meurt* », dit Magdalena Vargas, accoucheuse à Rey de Oriente. Pour Max Andi, accoucheur à Arajuno, cette position est naturelle : « *nous, ici, nous pratiquons l'accouchement naturel, donc nous accrochons une corde pour éviter la douleur* ».

Tandis que dans le système biomédical les femmes (et aussi les hommes) tendent à considérer la position allongée (décubitus) comme la seule imaginable, les *Kichwas* de l'Amazonie font de même à propos de la position verticale.

Chez les *Achuars*, la pratique de l'accouchement accroupie et suspendue à une corde n'existe pas comme chez les *Kichwas* de l'Amazonie. Les accoucheuses ou accoucheurs mettent deux bâtons en bois, avec une bifurcation à leurs extrémités plantées dans le sol de terre de la maison et un bâton horizontal posé sur deux bâtons inscrustés par terre. La parturiente penchée en avant sur ce bâton fait des massages et aide la descente de l'enfant.



Photo 83 : Maison du couple shuar, maison traditionnelle-cuisine de la famille

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Nunkuy Nunkay, Taisha, Morona Santiago 09/2013

Les cultures *shuars* et *achuars* sont proches géographiquement, ce qui pourrait expliquer la similitude des pratiques d'enfantement. Les parturientes se penchent sur le troisième bâton posé sur les deux bâtons fixés au sol pendant qu'elles accouchent.

Muriel Bonnet del Valle décrit des accouchements dans différents pays ce qui permet d'élargir la comparaison et de puiser dans une diversité de représentations de la « position pour accoucher ». Dans l'accouchement pris en charge par doña Remigia au Mexique, la parturiente est agenouillée face à son mari, accroupie à une corde accrochée à une solive du toit (Bonnet del Valle 2000 : 114). En Inde, Bonnet del Valle observe aussi des accouchements en position verticale, avec la femme accroupie et une corde accrochée au plafond. Dans un autre accouchement, la femme est couchée sur une natte, sa mère l'encourage en lui murmurant des mantras et des conseils à l'oreille. Au moment des dernières contractions, elle se redresse et s'agrippe à ses propres jambes. (Bonnet del Valle 2000 : 159 ,163). À Curitiba, comme chez

les Peuls en Afrique, la femme part toute seule pour accoucher. Elle s'installe près d'une source d'eau et choisit un arbre avec des branches basses afin de pouvoir s'y accroupir. Elle construit un monticule de terre et le couvre d'un tissu pour recevoir l'enfant. Selon Bonnet del Valle, ces femmes, en accouchant debout, récupèrent de la terre « la force de la terre pour mettre au monde » (Bonnet del Valle 2000 : 215). Lorsque le docteur Claudio Paciornik demande comment on accouche à une femme de la communauté indigène en Curitiba, au Brésil, une discussion sur ce sujet se déclenche :

- *Comme tout le monde, répond-elle. On s'accroupit, on pousse et l'enfant vient. (...) Les femmes portugaises ne font pas comme ça ?*
- *Non,*
- *Non ? Comment font-elles alors ?*
- *Elles s'allongent.*
- *Elles s'allongent ? Comment ? (...)*
- *Elles se couchent sur une table et la sage-femme ou le médecin font l'accouchement (...)*
- *(lorsque le docteur montre comment elles font) Des éclats de rire explosent librement*
- *Mais comment l'enfant peut-il naître ? Et comment les femmes des Portugais font-elles koko ? Alors pourquoi ne font-elles pas leurs enfants de la même façon ? (Ibid. 2000 : 192).*

Dans cet exemple, l'accouchement est comparé avec la défécation. Dans leurs discours, il y a une notion de ce qui est « naturel » versus des pratiques « antinaturelles » telles qu'accoucher ou déféquer allongées. Cependant, chez les jeunes enfants et chez les personnes âgées qui n'ont pas de contrôle sur leurs sphincters et/ou qui n'ont pas/plus de norme sociale à ce sujet, il est physiologiquement possible d'évacuer tout en étant allongé. La représentation ci-dessus est donc une construction culturelle selon laquelle la position debout est perçue comme la « position correcte », car elle correspond aux pratiques de la communauté.

Les explications techniques du docteur Paciornik rejoignent celles des *doulas* portugaises qui défendent l'accouchement domiciliaire et qui souvent citent des pages de diffusion médicale telle que Cochrane¹²² :

¹²² Cochrane (n/d). Voir <http://www.cochrane.org/e> (consulté en avril 2015)

Il faut savoir que chez une femme couchée, le canal utérin qui suit la courbe du coccyx va remonter vers le plafond (...) une femme en s'accroupissant va offrir une belle pente au fœtus, qui obéissant à la loi de la pesanteur peut alors plus facilement descendre. Une des premières conséquences de cette observation a été d'éliminer les forceps de notre salle de naissance, puisque cet instrument qui exerce une traction d'environ trois kilos, est avantageusement remplacé par le poids du bébé. (Paciornik dans Bonnet del Valle 2000 : 194).

François Mauriceau, en 1668, a établi un protocole pour l'accouchement dans son *Traité Des maladies des femmes grosses et accouchées*. Il décrit la position décubitus (allongée sur le dos) comme la bonne position. Avant la prise en charge de l'accouchement par le SOS, les pratiques des accoucheuses se maintenaient au Portugal. En Équateur, ces savoirs se pratiquent et se transmettent toujours à l'heure actuelle. Les accoucheuses constituent des acteurs fondamentaux dans le système de santé traditionnel. Dans ce pays, les deux systèmes de santé coexistent.

Lors des prises en charges par les accoucheuses traditionnelles, de nombreuses positions sont envisageables : quadrupédie, accroupie, assise, agenouillée et même allongée sur le dos. C'est la femme qui décide généralement de sa position et l'accoucheuse s'adapte à sa décision.

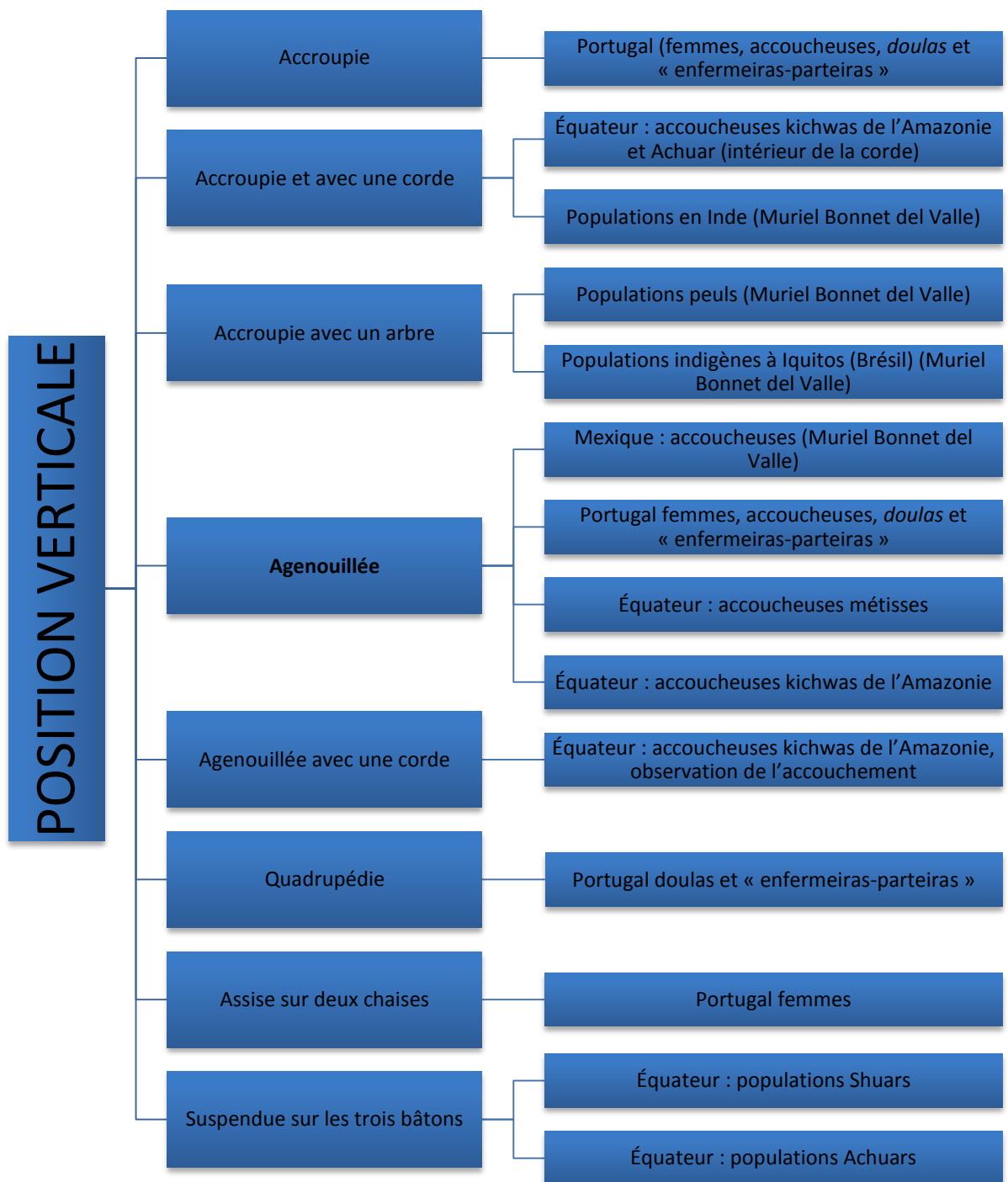


Tableau 8 : Positions pour l'accouchement.

Source des données : Bonnet del Valle 2000 et travail de terrain de cette thèse (María Fernanda Acosta, 2015).

Chaque groupe détient des connaissances et des savoir-faire sur l'accouchement et la naissance. Ces pratiques sont accompagnées d'un discours qui les naturalise. C'est ainsi que la position choisie devient la « bonne position » pour accoucher. Même si la biomédecine a

construit des protocoles médicaux et des représentations sur l'accouchement allongée sur le dos ou sur le côté, il existe également un discours légitimateur d'autres positions dans les pratiques traditionnelles. Les populations indigènes de l'Amazonie disent souvent : « là on sait déjà comment c'est » (dans quelle position les femmes doivent accoucher). Selon Magdalena Vargas, « c'est la femme qui décide de s'accrocher à la corde, si elle ne le fait pas, elle meurt ». Si on fait autrement, comme les *Kichwas* des montagnes lorsque le nouveau-né est récupéré par derrière, ils sont « chétifs ».

Ces représentations sont issues d'une tradition ancestrale et d'une transmission intergénérationnelle qui la légitime. Leurs savoir-faire ne proviennent pas de l'éducation universitaire mais ont été transmis par les « aïeux », « les grands-parents », « les anciens ».

Dans les cas décrits, je retrouve certaines constantes. L'accouchement en position décubitus est pratiqué par des accoucheuses traditionnelles au Portugal, par les sages-femmes domiciliaires (avant la réforme de santé publique au Portugal qui le prend en charge, dans les années 1970), par les accoucheuses métisses en Équateur qui ont appris leur métier avec des médecins. Même si certaines positions sont identifiées comme les « bonnes » dans chaque culture, les accoucheuses métisses laissent parfois le choix à la femme. C'est le cas aussi des *doulas* (équatoriennes ou portugaises) et des *enfermeiras parteiras*.

En revanche, les positions verticales sont pratiquées dans des accouchements traditionnels et chez des agents de santé qui critiquent les protocoles hospitaliers et qui prônent l'accouchement domiciliaire. Il y a une multiplicité de versions des accouchements verticaux : accroupie (avec corde, des arbres à branches basses ou sans), agenouillée (avec ou sans corde), en quadrupédie, assise sur deux chaises, suspendue sur trois bâtons.

La position accroupie s'observe dans les pratiques traditionnelles de plusieurs cultures, y compris quand elles sont distantes les unes des autres. La pratique a des variantes : sans corde comme au Portugal, avec corde comme chez les *Kichwas* de l'Amazonie de l'Équateur et en Inde ou suspendues à un arbre comme à Iquitos ou chez les Peuls. De même pour la position agenouillée, la pratique est reportée avec et sans corde chez les *Kichwas* de l'Amazonie, sans corde au Mexique, au Portugal, chez des accoucheuses métisses en Amazonie équatorienne.

Ces constantes dans les pratiques traditionnelles suggèrent deux hypothèses : soit un contact entre ces différentes cultures, soit ces deux positions ont été adoptées pour leur efficacité au moment de la délivrance. L'accès difficile aux populations étudiées laisse penser qu'elles n'ont pas été influencées par d'autres cultures. Dans des cas éloignés comme l'Amazonie équatorienne et l'Inde (pour la position accroupie avec une corde) ou les femmes accroupies avec un arbre à branches basses à Iquitos et chez les Peuls, la première hypothèse ne peut être validée.

On peut donc penser que ces cultures traditionnelles ont établi comme positions « adéquates » pour l'accouchement des positions confortables pour les femmes et efficaces, le plus souvent accroupies et agenouillées. Les positions verticales sont des constantes des accouchements traditionnels étudiés (à l'exception de certains cas au Portugal) qui n'ont pas été influencés par le système biomédical.

Un troisième type de réponses est donné par les sages-femmes qui soutiennent l'accouchement domiciliaire et les *doulas*. Ce groupe distingue l'accouchement hospitalier où la femme est décubitus et l'accouchement domiciliaire où la femme décide de sa position. Esther de León, *doula* à Trilho, près de Coimbra, me dit : « *couchées à l'hôpital et comme elles le décident chez elles* ». Pour Maria Lurdes Rodea (sage-femme domiciliaire à Beija, Alentejo) et pour Maria Luisa Condeço (*doula* à Evora, Alentejo) les positions que les parturientes

choisissent peuvent être : agenouillées, accroupies, en quadrupédie, ou même dans l'eau.

Antonio Ferreira, *enfermeiro parteiro* à Coimbra, signale l'importance de la reconnaissance de la singularité de chaque femme et du respect de multiples choix lors de l'accouchement.

Chaque femme est différente : j'ai déjà eu des cas de femmes qui voulaient accoucher dans l'eau et finalement elles ne s'y sentaient pas bien et elles sont sorties. D'autres qui voulaient accoucher accroupies ont fini par accoucher dans le lit en quadrupédie.

Pour ces *doulas* et sages-femmes « domiciliaries », l'agent de santé doit s'adapter aux besoins et désirs de la femme accouchante, contrairement aux accouchements hospitaliers qui suivent le protocole obstétrique. La femme a le rôle principal et est dans une situation d'*empowerment* par rapport à son propre corps. C'est sous cette prémisse que la relation femme/agent de santé ou *doula* se construit. Dans cette vision de l'accouchement, il n'y a pas que la position qui entre en jeu mais toutes les interactions. Esther de León affirme : « *il faut respecter ce que la femme désire, parfois tu la touches et la femme ne veut pas être touchée* ». Cette perception de l'accouchement est partagée par Maria Isabel Yáñez, *doula* en Équateur, qui critique l'attitude des agents de santé du SOS qui souvent, lors de leurs interventions pour assister des enfantements, font subir aux femmes des situations qu'elle désigne comme de la « *violence obstétrique* ».

La *doula* Maria Luisa Condeço insiste sur le fait que l'accouchement lithotomique n'est pas universel et n'a pas toujours été le plus couramment pratiqué :

La légende dit que l'origine de l'accouchement lithotomique date de Louis XIV. Cela n'est pas sûr. Les positions verticales ont été pratiquées par des cultures ancestrales. Pendant les derniers 50, 60,70 ans, cette position a changé avec la substitution des accoucheuses par les médecins obstétriciens. L'accoucheuse s'adaptait à la position de la femme avant. Lors de leurs accouchements, les femmes sont souvent dans des états altérés de conscience et elles adoptent des positions qui ne sont pas répertoriées. Est-ce qu'on peut établir un protocole de l'acte sexuel ? C'est la même chose pour l'accouchement. L'accoucheuse fait confiance à la femme. Parfois les femmes adoptent la position allongée car cela correspond à une image culturelle construite sur l'accouchement. (Maria Luisa Condeço)

Personnellement je me souviens d'un accouchement pendant lequel la femme arrondissait son dos, avec la tête levée. Cette femme cria pendant que son bébé naissait. C'est la première fois

que je me suis dit qu'au lieu d'être rémunérée pour mes services, c'était moi qui aurais dû payer (Maria Luisa Condeço).

Les cas des sages-femmes ou *enfermeiros/as parteiros/as* au Portugal est particulier. Ils ou elles ont été formé(e)s dans le cadre de l'éducation officielle, ils/elles ont des diplômes universitaires mais ils/elles remettent en question une partie des protocoles d'accouchement du système biomédical, tel que celui de la position pour accoucher ou le fait de préférer l'accouchement hospitalier au détriment de celui fait à domicile.

Pour Lurdes Rodea, cette prise de position pour l'accouchement domiciliaire avec la parturiente qui choisit sa position pour accoucher n'est pas en contradiction avec le système officiel de santé en soi. Selon elle, « *ce sont justement les infirmiers qui suivent les recommandations des normes de l'OMS* » (OMS 1985). Il y a 30 ans que cet organisme a déclaré que la position décubitus n'est pas forcément bénéfique pour l'accouchement et malgré ces recommandations, la position lithotomique se maintient et continue à s'enseigner dans les universités. Elle fait partie du protocole d'accouchement qui n'a pas été modifié et qui prend ses origines dans le *Traité Des maladies des femmes grosses et accouchées* de François Mauriceau. Selon Luisa Condeço, *doula* portugaise, les femmes en état modifié de conscience lors de l'accouchement adoptent des positions qui ne sont pas « *répertoriées* » (dans les protocoles médicaux).

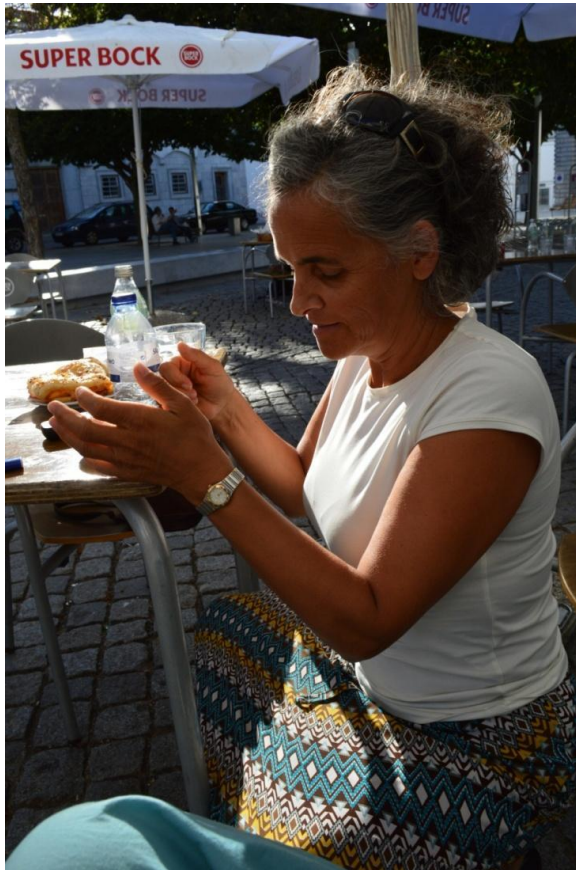


Photo 84 : Lurdes Rodea, en train d'expliquer la position pour l'accouchement

Source : Maria Fernanda Acosta A.. Lieu et date : Beija, Portugal 09/2014

Pour plusieurs *doulas* (en Équateur ou en Portugal) ou sages-femmes domiciliaires, l'accouchement, dans l'idéal, est un moment d'éveil de l'instinctif, où la femme doit être en « connexion avec son corps ». Pour ces agents de santé, les protocoles institutionnels bloquent cette conscience du corps et empêchent souvent la femme d'en être complètement maître.

Dans le système officiel de santé, le protocole veut que les positions soient réduites et la femme doit s'adapter aux choix déjà établis par l'institution médicale. Ces protocoles sont enseignés par l'éducation officielle, ce qui contribue à l'affirmation et au maintien de cette pratique. Ces protocoles sont perçus comme faisant partie du monde civilisé en opposition à l'univers de la tradition qui serait celui dépourvu de science, de technique et de savoir-faire valides...

Muriel Bonnet del Valle évoque l'expérience du docteur Lynns qui, après un stage à la maternité de Curitiba, décide d'abandonner la position lithotomique. Il en donne les raisons, en 1975, lors d'un symposium sur la naissance, mais l'Ordre des Médecins s'y oppose, argumentant ainsi : « Nous sommes des gens civilisés et si les indiennes accouchent accroupies, n'est-ce pas la meilleure preuve de leur animalité ! » (Bonnet del Valle 2000 : 188).

À partir surtout des années 2000¹²³ (2005 en Équateur avec les premières formations de *doulas* à l'Université Andina Simón Bolívar et 2004 au Portugal avec la naissance des associations engagées pour l'accouchement respecté – l'Association de *Doulas* de Portugal et l'Association de *enfermeiras parteiras* et plus tard l'HUMPAR, entre autres), on assiste à l'apparition de plusieurs mouvements soutenant « l'accouchement humanisé » ou respecté. Ceux-ci revendiquent, entre autres, l'importance d'un rôle actif de la femme lors de l'accouchement et la possibilité de choisir la position qui lui convient.

Conclusion du chapitre

Chaque culture a ses pratiques relatives à l'accouchement, aux positions, à la douleur, à la peur de la mort ou à la peur de la douleur. Elles répondent à des représentations propres à chacune et construisent un discours qui les valide, légitimé par des facteurs tels que la religion ou les croyances populaires. En même temps, ces représentations sont venues légitimer les pratiques adoptées. Il y a donc une relation dialectique entre les pratiques et les représentations lors de l'accouchement : les pratiques répondent à des représentations et ces dernières valident

¹²³ Même si des efforts individuels sont faits avant, comme travail de Frédérick Leboyer qui écrit *Pour une naissance sans violence* en 1974 ou Michel Odent qui publie en 1976 son ouvrage *Bien naître..*

les pratiques existantes. Par exemple, dans les sociétés où se pratique l'accouchement traditionnel, ce qui paraît le plus logique pour accoucher est la position verticale (représentation peut-être induite par la loi de pesanteur).

La notion d'« accouchement naturel » qui se déroulerait hors de tout contexte culturel n'est pas recevable. L'accouchement ne peut être rattaché seulement à la physiologie, il est toujours sous l'emprise de variables psychologiques et culturelles. « Accoucher naturellement » est une expression souvent utilisée pour désigner l'accouchement par voix basse, sans intervention chirurgicale, même s'il s'agit d'un accouchement hospitalier.

Pour les informateurs et informatrices portugais(es), « l'accouchement naturel » serait celui qui n'implique pas l'intervention médicale (il faut laisser la nature opérer). La médecine est considérée comme étant dans une relation d'opposition (d'intervention) avec la nature. Les informateurs de l'Amazonie n'établissent pas cette distinction entre leur culture et la nature. Tout au contraire, leur culture est associée à la nature. Un « accouchement naturel », dans ce contexte, est un accouchement qui compte avec l'intervention des accoucheuses et de leurs savoirs ancestraux.

Un dernier point à prendre en considération dans ce débat sur l'influence de la culture sur l'accouchement est le discours tenu dans le cadre du système de santé alternatif. Pour les acteurs de ce système, lorsque, pendant un accouchement, il n'y a pas d'intervention médicale, la femme a la possibilité de « réveiller son instinct » et même d'être dans ce qu'elles décrivent comme « des états de conscience modifiée », à cause de la présence des hormones dans le cerveau de la femme, tel que Odent l'a expliqué (Cf. sous-chapitre 2.3.1).

Le chapitre suivant portera sur les pratiques et les représentations immédiatement après la naissance : délivrance du placenta, pratiques avec le placenta et rapport mère/enfant, alimentation pré-lactée, don du colostrum.

CINQUIÈME CHAPITRE : Des corps aux constructions culturelles de la maternité

Introduction

Une fois le nouveau-né sorti de la cavité vaginale de sa mère, l'accouchement physiologique n'est pas terminé. La coupure du cordon ombilical et l'expulsion du placenta contribuent à la réussite finale de l'accouchement. Ces deux phénomènes biologiques sont ici encore sous l'emprise de pratiques et de représentations culturelles.

Lorsque nous évoquons la naissance, nous sommes enclins à nous concentrer sur l'enfant. Or la naissance est aussi la genèse de la femme dans son statut de mère du nouveau-né. Sa propre construction culturelle de la maternité, et de sa maternité, va induire le rapport mère-enfant. Les acteurs sociétaux proches jouent un rôle important dans la consolidation de ces identités émergentes.

Dans ce chapitre j'aborderai dans un premier temps les pratiques autour du cordon ombilical. Dans un deuxième temps, je me concentrerai sur les différentes constructions culturelles autour de la délivrance du placenta. Dans un troisième moment, je considérerai les différents aspects du don du colostrum. Je terminerai par le suivi et les soins de la femme pendant les premiers moments du postpartum.

5.1. Naissance et séparation, les représentations du cordon ombilical

Dans un temps où le cordon ombilical se coupait avec un couteau d'obsidienne sur un épi de maïs peint de plusieurs couleurs. L'épi souillé était alors soigné en fumant¹²⁴. Ensuite, on enlevait les grains, qui étaient semés avec le plus grand soin au nom de l'enfant. De la première récolte on faisait de l'atole, une bouillie pour le bébé et le surplus était à nouveau semé. Après en avoir donné une partie au hmen (guérisseur), le reste des grains servait à nourrir l'enfant jusqu'à ce qu'il puisse défricher et semer sa propre milpa (champs de maïs). Les anciens disaient qu'ainsi ils ne mangeaient pas seulement la sueur de leur front, mais leur propre sang (Bonnet del Valle 2000 : 111).

Cette citation rappelle l'importance accordée traditionnellement au cordon ombilical. Cette pratique des Mayas met en évidence la symbolique autour de la coupure du cordon qui va marquer la future vie du nouveau-né et contribuer à établir sa connexion avec la nature.

Dans les deux terrains étudiés, les réponses sont très hétérogènes. Concernant la longueur pour couper le cordon, les réponses vont de deux ou trois centimètres (ou deux ou trois doigts) à *una cuarta* (un empan) arrondie à huit centimètres. En Équateur, chez les accoucheurs ou les accoucheuses, les mesures les plus fréquentes sont les longueurs en « doigts ». Un doigt équivaut à un centimètre, un centimètre et demi. Au Portugal, la mesure est calculée en centimètres.

Pour Claudia Jaramillo, la question de la distance de la coupure du cordon est très importante, c'est même une question religieuse :

Même la Bible le dit, bibliquement ça doit être une coupure normale. Ils (les docteurs) doivent couper en le mesurant, sinon c'est comme un crime, maintenant (ils) sont en train d'aller contre la loi. Ce n'est pas juste que les femmes doivent subir les conséquences.

Pour cette raison, elle a décidé de limiter le nombre des accouchements qu'elle accompagne car les filles à qui les médecins ont coupé trop court le cordon « *ont des hanches plus étroites et donc elles vont avoir des problèmes lors de leurs accouchements* ». Du côté des

¹²⁴ Il s'agit d'un nettoyage énergétique dans lequel le cigare et sa fumée soignent et nettoient le corps malade ou « souillé ».

garçons, cette coupe trop courte engendre un pénis plus court et donc des problèmes dans la vie sexuelle du couple (Claudia Jaramillo, accoucheuse métisse, Taisha).

Pour cette accoucheuse, le cordon des filles doit être coupé à cinq centimètres et celui des garçons à quatre centimètres. Cette différence entre filles et garçons est évoquée uniquement par Max Andi. Tous les autres informateurs estiment soit que les cordons des filles et des garçons doivent être coupés à la même taille (la plupart), soit que ceux des garçons doivent être plus longs que ceux des filles pour que le pénis soit long. Pour eux, il y a une relation de proportionnalité entre les centimètres laissés entre la base du nombril et l'extrémité du cordon coupé et la taille définitive du pénis : « *pour les garçons on coupe à huit doigts avec les doigts serrés car ils doivent avoir 'leurs arme principale', sinon leurs femmes ne seront pas satisfaites ; tandis que les femmes on coupe juste à sept doigts* » (Virginia Vizcaíno, accoucheuse métisse). Parfois, cette analogie ne se joue pas qu'entre la coupe de cordon et la taille du pénis, mais dans la construction de la masculinité. Le garçon au cordon trop court peut devenir homosexuel. Pour Gladys Grefa (accoucheuse *kichwa*), la coupe du cordon trop court peut faire qu'« *ils (les hommes) se sentent comme des femmes* ».

Cette représentation de la coupe du cordon n'est plus une norme chez les accoucheuses qui savent « *qu'avant pour les filles c'était plus court* ». Désormais, la distance est la même pour les deux. Au Portugal, une sage-femme évoque aussi cette association :

- *Quelle est la distance pour couper le cordon ?*
- *cinq centimètres.*
- *Que ce soit pour les garçons ou pour les filles ?*
- *Ça c'était avant. Il se disait que pour les garçons ça devait être plus long car ils avaient besoin d'avoir un zizi plus grand... c'était de la mythologie.* (Celestina Carvalho, sage-femme, Vila Nova de Poiares).

Au Portugal, la plupart des femmes ayant accouché chez elles n'ont pas fait attention à la distance de la coupe du cordon ou ne s'en souviennent pas exactement. Maria Augusta Capela dit qu'elle n'a pas « *les mesures exactes* ». Dans ce pays, les informateurs disent couper le

cordons avec des ciseaux, pratique qui est aussi présente en Équateur. Cependant, si les accoucheuses n'ont pas de ciseaux, il peut arriver que le cordon soit coupé avec des couteaux. Les accoucheuses *kichwas* disent qu'autrefois, elles le coupaient avec un morceau de canne *guadúa* aiguisé comme un couteau. À Nunkuy Nunkay, est utilisée la feuille d'une plante appelée le *pambil*.

Les ciseaux (ou les couteaux ou les cannes) sont nettoyés à l'eau bouillante. Chez les populations *kichwas*, les termes utilisés sont *limpiar* ou *hervir* qui signifient nettoyer et bouillir ; tandis que les accoucheuses métisses ou les sages-femmes portugaises vont utiliser le verbe *desinfectar* (désinfecter) (même avec de l'eau de vie) ou même *esterilizar* (stériliser), plus souvent que nettoyer, laver ou bouillir. Ici, le discours du Système Officiel de Santé (SOS) est plus présent que dans les populations attachées aux pratiques ancestrales.

Dans les deux pays, la coutume est d'attacher le cordon avec un fil simple ou un fil fabriqué en tressant quelques fils ensemble (Estela Grefa, accoucheuse *kichwa* ou « Maria », femme portugaise ayant accouché chez elle). Les fils peuvent être en coton, des « fils à coudre », de n'importe quelle couleur ou « rouge ou noir » pour Jacinta Guatatoca.

Seule Celestina Carvalho, sage-femme portugaise, établit une différence entre les fils : « *Le fil était le fil à coudre, mais plus tard c'était le fil pour les sutures, pas n'importe quel fil. C'étaient les accoucheuses qui utilisaient n'importe quel fil* ». Elle utilise la différence entre les fils comme un signe de distinction entre accoucheuses (*curiosas, habilidosas*) et sages-femmes. Pour Celestina, l'accès au fil de suture donne aux sages-femmes un privilège sur les accoucheuses. Cet accès par le fil de suture au système officiel de santé leur confère un statut. Plus tard, à partir de 1974, selon « Emma », sage-femme à Mindelo, les sages-femmes ont eu accès à des pinces plastiques pour remplacer les fils.

Quand le cordon doit-il être coupé ? Les réponses diffèrent d'une accoucheuse à l'autre et de sage-femme à sage-femme. Des accoucheuses comme Claudia Jaramillo (métisse, à Taisha) s'occupent d'abord de la mère et de l'enfant avant de couper le cordon (« *plus ou moins trois minutes* » après la naissance du nouveau-né). D'autres coupent le cordon immédiatement après la naissance : « *je coupe tout de suite, le pauvre sinon il va attraper froid* » (pour pouvoir l'habiller au plus vite) (Estela Grefa, accoucheuse *kichwa*). « *Elles coupaient tout de suite* » (Maria Neves, femme portugaise ayant accouché à domicile). Chez les *Kichwas*, cette représentation du temps n'est pas évaluée précisément. Violeta Andi, interrogée, me répond : « *nous n'avons pas chronométré les minutes, nous (les Kichwas)* ».

Plusieurs informatrices pensent qu'à l'hôpital la coupure est faite immédiatement¹²⁵, comme Paula Márquez (au Portugal), Esther de León (*doula* et médecin généraliste au Portugal) ou Graciela Grefa (accoucheuse *kichwa*). Chez les sages-femmes à domicile et chez les *doulas*, le cordon est coupé quand il a cessé de battre. Pour Lurdes Rodea, il faut attendre :

que tout le sang qui est dans le placenta remonte à l'enfant pour l'oxygéner, pour l'aider avec cette transition et pour remettre les liquides qu'il a perdu lors de l'accouchement où le sang est passé au placenta pour que l'enfant puisse se rétrécir le plus possible. C'est important qu'il récupère ce sang.

Mary Zwart, sage-femme domiciliaire dans la région de Coimbra, évoque des cas où les parents ont opté pour la naissance lotus, « *the lotus birth* ». Le nouveau-né n'est pas séparé du placenta. Le placenta et l'enfant sont séparés par la tombée du cordon seulement trois ou quatre jours après la naissance. Ces pratiques sont mentionnées par Muriel Bonnet del Valle. En Inde, écrit-elle, l'accoucheuse « jette de l'eau froide sur le visage et le corps du nouveau-né, tout en lui tapant sur les fesses jusqu'à ce qu'il pleure. Puis la sage-femme (accoucheuse) coupe le cordon avec une lame en fer, le saupoudre d'herbes anti-infectieuses et magiques et le lie

¹²⁵ À Nice, des témoignages du personnel de l'Hôpital l'Archet et de deux mères qui ont accouché en milieu hospitalier laissent penser que ces pratiques ont changé : le personnel de santé attend que le cordon cesse de battre avant de le couper.

soigneusement, de peur que l'air ne gagne le ventre et ne le fasse gonfler. Elle prend ensuite un morceau de cordon rattaché au placenta pour l'accrocher autour du cou de l'enfant. » (Bonnet del Valle 2000 : 163).

En définitive, même si en milieu hospitalier la pratique était de couper immédiatement le cordon, ces protocoles sont aujourd'hui remis en cause. Chez les *Kichwas*, la tendance est plutôt d'attendre un peu avant de couper le cordon. Souvent, les accoucheuses *kichwas* ne donnent pas une réponse en minutes, car le temps est appréhendé de façon différente, mais cette coupure est faite après qu'elles aient pris soin du nouveau-né et de la mère. Dans la plupart des témoignages, les accoucheuses coupent le cordon. Cependant, dans le cas africain, c'est João, le père qui le fait. Dans ce cas, le partenaire a un rôle plus présent et symbolique : il coupe physiquement le lien entre la mère et l'enfant.

Si du côté du nouveau-né la coupure du cordon obéit à des contextes variés, que se passe-t-il avec la délivrance du placenta ? Y a-t-il des pratiques spécifiques ?

5.2. Délivrance du placenta, “nem estou prenha, nem estou parida”

Après la naissance du nouveau-né et sa prise en charge, l'attention est concentrée sur la délivrance du placenta. C'est un moment très sensible de l'accouchement où la vie de la mère est en jeu. Les accoucheuses (équatoriennes ou portugaises), les femmes ayant accouché chez elles et les sages-femmes sont conscientes de ce danger. Elles évoquent la possibilité de la mort provoquée par une hémorragie : « *si on tardait trop (à faire sortir le placenta) le corps se fermait. On devait alors aller à l'hôpital. On pouvait mourir* » (Maria do Céu, accoucheuse portugaise).

Quand cette délivrance tarde trop, les accoucheuses remettai(en)t¹²⁶ la parturiente aux soins du SOS. Une fois le placenta expulsé, les accoucheuses contrôl(ai)ent que le placenta soit complet. Si un morceau du placenta restait/reste dans l'utérus, elles remettai(en)t aussitôt la femme au SOS. Le risque d'infection est tangible et sur ces points tous les informateurs ont le même réflexe.

Il y a des exceptions tel que Isabel Verdesoto, à San Jorge (Équateur) qui faisait une manœuvre externe pour aider la délivrance consistant à introduire ses mains, à attraper le placenta, à le secouer puis à le tirer doucement pour qu'il sorte entier. Les pratiques thérapeutiques pour aider la délivrance sont diverses. Antonio Ferreira, sage-femme actuellement à Coimbra, utilise des « médicaments » pour accélérer l'expulsion, comme Beatriz Paredes ou Xavier Alvarado qui ont appris leur usage auprès du médecin de l'hôpital de Shell et de la *madre Guillita*, respectivement. Antonio utilise aussi des perfusions en cas d'hémorragie, pour hydrater la femme ou les massages externes et internes, comme Isabel Verdesoto. Cependant, si au bout d'une heure, la femme n'a pas expulsé le placenta, ils vont à l'hôpital. Au Portugal, c'est également le cas des sages-femmes à domicile retraitées : elles ne prennent pas de risque et envoient directement la femme au SOS.

Une pratique supposée aider la délivrance s'observe systématiquement chez les *Kichwas*, les *Shuars* et les *Achuars* mais pas chez les accoucheuses métisses. « *Si le placenta ne sort pas vite, il faut la faire souffler dans une bouteille très fort. Avec cette force, (le placenta) sort* » (Jacinta Guatatoça, accoucheuse *kichwa*). Cette technique est également présente au Mexique (Bonnet del Valle 2000 : 114).

¹²⁶ J'utilise l'imparfait pour les anciennes pratiques thérapeutiques au Portugal, et le présent pour les pratiques actuelles des accoucheuses traditionnelles en Équateur.

Cette « force » peut également être provoquée par le réflexe de la nausée, soit en chatouillant la bouche de la parturiente avec une plume d’oiseau, soit avec une tige de poireau, soit avec le blanc de l’œuf. Une pratique analogue, d’Isabel Verdesoto, accoucheuse métisse, consiste à donner des infusions à la cassonade et à l’oignon qui provoquent la nausée. Au Portugal, cette pratique est évoquée par Celeste de Conceição (à Alagoa, au Nord-Est du pays). Pour la délivrance du placenta, se souvient-elle, l’accoucheuse introduisait ses cheveux dans sa bouche pour provoquer la nausée (tel qu’il a été déjà évoqué précédemment).

En Équateur, on relève d’autres pratiques traditionnelles isolées. La délivrance du placenta est associée à la chaleur du corps de la femme. Les accoucheuses décrivent des procédures pour le réchauffer, comme appliquer des compresses chaudes sur le dos et la poitrine (Jacinta Guatatoca, *Kichwa* à Arajuno), frotter le corps de la femme avec la fleur de platane qui peut également être préparée en infusion pour la même finalité (Violeta Andi et Gladys Grefa, *Kichwas* à Arajuno), l’infusion de mousse (Leticia Mashikiash, *Achuar*) ou, dans le cas d’Isabel Verdesoto, accoucheuse métisse, *un ponche* (boisson faite avec du lait et des œufs) et/ou des infusions chaudes de *paraguay*, anis ou cannelle, avec du sucre et de l’eau de vie.

Une troisième variante dans l’Amazonie équatorienne répond à la théorie des signatures associant les propriétés physiques des plantes à leurs propriétés médicinales. Estela Grefa (*Kichwa* à Arajuno) donne une infusion de fleur de *orito* (plante de la famille de la banane qui a pour fruit une petite banane), « *un peu baveuse* » qui aide à faire glisser le placenta, à le décoller de l’utérus. Suivant ce même principe, Claudia Jaramillo donne à la femme trois cuillères d’huile d’amande, pour assouplir les organes afin que le placenta soit expulsé.

Les massages externes sont souvent évoqués par mes informateurs, surtout en Équateur et parfois au Portugal. Dans la plupart des cas portugais, le placenta sort spontanément sans que les agents de santé ne mettent en place des procédures.

Lorsque j'étais au Nord du Portugal, les désignations pour parler du placenta étaient : « *as porquerías* » (les saletés), « *as tripas* » (les tripes) ou « *as libras* ». L'utilisation du terme « tripes » s'explique par la ressemblance du cordon avec les intestins. Le troisième terme m'a posé une énigme car même si, à Trás-os Montes, « *libras* » était l'expression courante pour parler du placenta, personne ne pouvait m'expliquer son origine. La question a été éclaircie plus tard, dans la région de Gêres. Maria do Céu, fille d'une accoucheuse ayant accouché elle-même à domicile, lorsqu'elle décrivait la délivrance du placenta, l'appelait « *o libramento* » (la libération ou la délivrance) et le verbe qu'elle utilisait était « *librar* », terme qui, formulé ainsi, n'existe pas dans le métalangage médical portugais. Elle a ajouté :

La sainte (Sainte Marguerite) aide pour le « libramento ». Les gens (de la localité) appellent ça (la délivrance du placenta) « se libérer », « je suis libre ».

Libre de quoi ?

Libre de tout, car pour ça (une rétention du placenta) les gens peuvent mourir : « librar é liberarse » ('librar' est se libérer –dans le sens de se sauver).

Les dénominations de *libras* et de *porquerías* ont aussi fait sens lors de l'entretien avec María Augusta Capela, dans la même région de Gêres.

Libérer la mère.

Quel est l'origine de cette expression ?

Libre de toute cette porquería, libre de ce qui allait lui faire du mal (...) ils font un nettoyage et tout sort vers l'extérieur.

Le nom *porquerías* peut également se comprendre du fait que pendant l'accouchement le reste du cordon et le placenta sont expulsés et n'ont plus de fonction utile. Ce terme pejoratif peut aussi se comprendre par la présence du sang. Il y a une personnification du placenta qui représente le mal, le risque, la possibilité de la mort. L'expression « *porquerías* » désigne donc un dégoût physique, mais aussi un défi à l'éventuelle issue fatale de la naissance. Le terme « *libras* » naît du fait que pour pouvoir survivre la mère doit s'en libérer.

Au Portugal, je n'ai pas eu connaissance d'infusions ou de plantes pour aider à la délivrance du placenta. Cependant, au nord du pays (jusqu'à Porto), j'ai recueilli le récit d'une

pratique religieuse. Il s'agit de la prière à *Santa Margarida*¹²⁷ : “*Santa Margarida, nem estou preña, nem estou parida*”, ce qui signifie : « Sainte Marguerite, je ne suis ni n'enceinte ni accouchée ». Les femmes répétaient cette prière pendant qu'elles étaient assises avec un pot de chambre entre leurs jambes. Elles priaient *Santa Margarida* pour que leur corps déjà ouvert laisse sortir le placenta, car si l'expulsion tardait trop, comme cela a été déjà dit, le corps se refermait. Cette sainte est invoquée uniquement pour ce moment de l'accouchement, comme l'explique Maria do Céu (Serra de Gêres) :

*Je priais à Dieu et à notre dame, je demandais de l'aide à la vierge Marie
Aussi à Santa Margarida ?
À Santa Margarida vous faites appel « quando jà esta à 'librar' » (quand vous devez 'libérer').
Seulement à ce moment-là ?
Oui, juste pour 'libérer'...*

Cette sainte est l'équivalente à Séville de “*Santa Liberada*”. Sa prière est “*Santa Liberada, que la salida sea tan dulce como la entrada*” (Sainte Libérée, que la sortie soit aussi douce que l'entrée) (Padilla Monge 2002). *Santa Liberada* est la vierge protectrice des parturientes. Cette prière fait allusion au plaisir sexuel et évoque la possibilité d'avoir un accouchement dans la jouissance et non dans la douleur.

Au moment de la délivrance, j'ai noté une pratique commune au Portugal et à l'Équateur. Pendant que les accoucheuses s'occupent du nouveau-né, elles nouent un objet au bout du cordon du côté de la mère pour éviter que le reste du cordon se réintroduise dans le vagin. Candida dos Anjos (Alagoa, Portugal) y attachait une clef, la mère de María do Céu (Gêres,

¹²⁷ Marguerite d'Antioche (sainte du IV s.). Son supplice commence lorsqu'elle décide de se convertir au christianisme, en défiant la volonté de son père, Théodore. Elle fait vœu de virginité et repousse les avances d'Olybrius, préfet romain. Elle est soumise à un premier supplice, « puis enfermée dans un cachot avec un dragon, elle est avalée toute vive par un monstre, mais sauvée par un signe de croix : le flanc de la bête s'ouvre et la sainte en ressort intacte. À la suite de nouveaux supplices, elle connaît enfin la mort heureuse des martyrs » (Albert 2008 : 2). Ces enfermements répétitifs et le fait qu'elle en soit toujours sortie « intacte » pourraient être les raisons de sa désignation comme la sainte protectrice des parturientes. Les femmes suivent son exemple qui est une suite de sorties, une suite d'accouchements avec succès.

Portugal), le faisait à la jambe de la parturiente, Rosa Chiguango (Santa Clara, Équateur) utilise un bout de bois.

Lors de l'accouchement que j'ai observé, les médecins ont remis le bébé au père après s'être assurés que mère et enfant ne risquaient rien. L'auxiliaire a aidé la femme à s'habiller. Le père a donné son enfant à l'accoucheuse qui l'a habillée. Quelques minutes après, l'accoucheuse a mis le sang du placenta sur les lèvres et les joues du nouveau-né, pour qu'elles soient toujours bien rouges selon la tradition. Ce rite est aussi évoqué par Graciela Grefa.



date : Sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et



Photo 86 : L'accoucheuse en train de prendre le sang du placenta (qui se trouve à l'intérieur du sac plastique hospitalier)

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013



Photo 87 : L'accoucheuse en train de mettre le sang sur les lèvres et les joues du nouveau-né

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

Que se passe-t-il une fois expulsé le placenta ? Selon mes informateurs, dans les milieux hospitaliers le placenta est jeté à la poubelle. À nouveau, j'ai noté des convergences entre deux pratiques traditionnelles équatoriennes et portugaises. La première pratique est de déposer le placenta dans le fleuve quand il y en a un à proximité, comme c'est le cas de Julia Durão à Porto et de María Chimbo, à Union Muyuna, situé sur les rives du fleuve Misahualli. La deuxième pratique, la plus courante, est d'enterrer le placenta. Mes informateurs insistent sur le fait qu'à l'hôpital, le placenta est jeté à la poubelle, tandis qu'eux ne le font pas¹²⁸.

Pourquoi enterrer le placenta ? Au Portugal, selon Maria Augusta Capela, « à l'époque il n'y avait même pas de sacs plastiques » pour le jeter à la poubelle. Elle ajoute qu'il fallait éviter la puanteur du placenta en décomposition. Violeta Andi (*Kichwa*, Équateur) mentionne aussi l'odeur qui n'a pas uniquement une dimension sensorielle mais qui peut attirer « la méchanceté ». Elle affirme que « les anciens » l'enterraient et faisaient du feu au-dessus pour éviter « les mauvaises odeurs ». Aujourd'hui, elle ne fait plus de feu. Magdalena Vargas l'enterre et fait toujours du feu « pour éloigner les chiens et les esprits ».

Les informateurs n'ont pas donné une explication à cette croyance. Candau (2012) soutient que la personne morte n'est pas considérée comme complètement décédée immédiatement ; « On ne meurt pas en un jour », dit-il. Cet auteur cite les observations de Hertz dans différentes sociétés où « il y a un délai d'attente, qui peut aller jusqu'à plusieurs années entre la date de la mort et les obsèques définitives (...) sa fonction est de laissé s'achever la

¹²⁸ L'OMS et l'OPS ont établi des protocoles sur la gestion des déchets dans les établissements de santé (Fundación Natura, ZABALA Marcia, Comité Interinstitucional para el Manejo de Desechos Hospitalarios 1998). Ce manuel indique que les placentas sont considérés comme des déchets contaminants et doivent être déposés dans des sacs rouges. En Équateur, pendant la gestion du Ministre Chiriboga (2010-2012) un document est publié sur les normes de biosécurité pour les entités de santé dans lequel il est indiqué qu'il faut laisser égoutter le placenta et puis le mettre dans un sac plastique rouge qui est considéré comme « déchet infectieux » (Vásconez Zárate et Molina Garcés n/d). Au Portugal, dans le document *Destino da Placenta após o Parto* (2016) le placenta est considéré comme un « déchet dangereux » et d'après le décret de loi n°411 en 1998, la crémation, l'inhumation est possible pour les « pièces humaines identifiables telles que le placenta ou le fœtus » (Conselho nacional de ética para as ciências da vida 2016 : 8). Les deux pays ont les mêmes protocoles biosanitaires qui répondent à ceux indiqués par l'OMS.

décomposition du cadavre, jusqu'à ce 'qu'il ne reste plus que les ossements' » (Candau 2012 : 26).

D'après les témoignages recueillis par Hertz chez les Olo Ngadjú, le cadavre qui a toujours de la chair est susceptible de souiller « tout ce qu'il atteint, les gens comme les choses », il est décrit comme « un nuage impur » (Ibid. : 26). Hertz conclut que ces populations craignent « que l'influence mauvaise qui réside dans le cadavre et qui fait corps avec les odeurs puisse se répandre au dehors et frapper les survivants » (Ibid. : 26). Pour Céline Geffroy, l'odeur du cadavre est une potentielle source de contamination et un risque pour le reste de la population.

Le cadavre, lors de la veillée mortuaire, dégage une odeur qui peut être très dangereuse pour les femmes enceintes ou les bébés alimentés au sein. Ces derniers sont susceptibles d'attraper la maladie du cadavre et plusieurs artifices sont mis en place pour tromper la maladie. (Geffroy 2013).

Dans le cas des *Kichwas* équatoriens ou boliviens et dans celui du groupe ethnique indonésien décrit par Hertz, la puanteur du cadavre constitue un risque. Le placenta est une substance qui subit le même processus de décomposition qu'un cadavre, donc il représente un risque également pour son entourage vivant. Pourquoi ces « mauvaises odeurs » peuvent-elles attirer la méchanceté ?

En révisant la bibliographie, les conceptions de la santé et de la maladie dans le monde indigène peuvent expliquer ces représentations. Pour Germán Rodríguez Flor (2010), la médecine *kichwa* a une classification traditionnelle des maladies : celles « de l'air » (*Wabra chapska*), de la lumière et de l'eau, et celles du chaud et du frais. Le terme *wayra hapishka*, qui désigne les maladies de l'air, signifie « attrapé par l'air » ou « mal d'air ». Ce sont des maladies provoquées par l'influence d'énergies issues du « *uku pacha* » ou monde souterrain, lorsqu'une personne passe par un de ces lieux (chutes d'eau, grottes, fissures, entre autres) et est « attrapée » par cet esprit provoquant sur elle une énergie négative. Les symptômes sont

l'anxiété, la peur et/ou la douleur du corps, et parallèlement la nausée, des vomissements et la diarrhée. Ainsi la parturiente, qui a perdu son *sinchi*, et le nouveau-né sont vulnérables suite à l'accouchement. Le placenta qui devient une extension d'eux est une substance susceptible d'être attaquée par les puissances maléfiques issues du monde souterrain. Cette interprétation animiste du monde, selon laquelle les éléments de la nature possèdent des esprits et qui considère que les énergies transitent dans le monde, est une explication possible des pratiques de protection relatives au placenta.

En Équateur et au Portugal, après les accouchements domiciliaires, il y a/avait la pratique d'enterrer le placenta. Pourquoi enterre-t-on ce placenta ? Une explication renvoie à nouveau à la théorie des signatures. Selon Isabel Verdesoto, si on n'enterre pas le placenta, l'air le pénètre, et comme il a été en lien avec l'enfant pendant toute la grossesse, cet air entre aussi dans le corps du nouveau-né et provoque des coliques. Chez les *Kichwas*, le placenta doit être enterré à une profondeur fixe : « un bras », « avant le coude », plus ou moins quinze centimètres. Ils pensent que s'il est enterré trop profondément, les dents définitives de l'enfant tarderont à sortir. Le corps de l'enfant est ainsi associé étroitement au placenta. Selon Gladys Grefa, si aujourd'hui les jeunes quittent assez vite le foyer parental, c'est parce que leur placenta n'a pas été enterré. En revanche, si le placenta a été enterré dans le jardin familial, ces nouveau-nés, une fois adultes, s'installeront à côté. On retrouve ce lien placenta/corps de l'enfant chez les indigènes à Curitiba, où le placenta est soigneusement enterré pour que si un jour l'enfant part de sa communauté, il y revienne (Bonnet del Valle 2008 : 215). Cet acte garantit les racines et l'identité du nouveau-né.

En Équateur et au Portugal, le discours dominant est qu'il faut l'enterrer pour éviter que les chiens, les bêtes (ou un diable) ne le mangent. Si cela arrive, d'après mes informateurs équatoriens, il peut y avoir différentes conséquences : soit la mère peut tomber malade (douleurs

d'estomac, coliques gastriques (*entuerto*) ou fièvre), soit l'enfant peut avoir ces symptômes ou un sommeil perturbé, il « attrape la peur » (*se espanta*). Au Portugal, les risques sont différents : l'enfant peut devenir voleur et la mère stérile.

Candau (2012) signale que dans la législation française en matière d'élimination de déchets hospitaliers (décret n°97-1048 du 6 novembre 1997) il existe une distinction entre les « déchets anatomiques » et les « pièces anatomiques ». La première catégorie comprend les déchets humains non-identifiables (fragments d'organes ou de membres, kystes, fragments cutanés, placentas) ». Les « pièces anatomiques » sont « les organes ou membres issus d'amputation, fragments cutanés, fœtus ». Cette différenciation s'effectue au niveau de la gestion de l'élimination des déchets. Les déchets anatomiques ne sont pas identifiables et ils sont éliminés comme des déchets « de soins à risques infectieux » (Candau 2012 : 27) ; tandis que pour les pièces anatomiques le traitement varie :

Les pièces anatomiques, en revanche, sont réputés être reconnaissables par un non spécialiste. Elles doivent obligatoirement suivre une filière d'élimination spécifique (conditionnement, entreposage, transport, convention entre les professionnels) dont le terme est le traitement uniquement par un crématorium autorisé (...) le membre amputé est l'objet d'un traitement particulier, peu différent, en somme, de celui du corps du défunt. (Ibid. : 27).

Ces protocoles sont analogues à ceux qui existent en Équateur, au Portugal et qui sont proposés par l'OMS. Ils contrastent avec les pratiques lors des accouchements traditionnels où le placenta a le rôle du cadavre. Mon explication est que pendant un accouchement domiciliaire, la question de reconnaître l'appartenance des « déchets anatomiques » ne se pose pas car le soin est individuel. Le placenta ne peut appartenir qu'à une seule parturiente.

Dans ce cas, non seulement l'appartenance est reconnue, mais le placenta est également associé au corps de la mère ou du nouveau-né. Chez les *Shuar*, lorsque le placenta est brûlé, dit Rita Chimquim, le sang est expulsé plus vite du corps de la mère pendant le post-partum. « *La mère se sèche plus vite* ». Dans d'autres cas, bien que le placenta ne soit pas associé au corps

de la mère ou à celui de l'enfant, il a une corporéité propre, au Portugal et en Équateur. Il est une entité reconnue comme un corps qui doit être enterré non seulement parce que cette pratique correspond aux représentations de ce qui est hygiénique, mais parce que c'est un corps en soi :

- « *Il faut l'enterrer, il est comme une partie de nous, qui doit retourner à la terre tels que les morts* » (Laura Pérez, Portugal).
- « *Le placenta fait partie du corps* » (Magdalena Vargas, Kichwa, Équateur).
- « *Il faut l'envelopper dans une couche en tissus et l'enterrer. Notre corps lorsqu'on meurt... on est enterrés habillés. Donc le placenta doit être enterré dans une couche aussi* » (Estela Grefa, Kichwa, Équateur).
- « *Le placenta est comme la chair de la mère (...) Toujours bien enterré, enveloppé dans un petit torchon, il faut l'enterrer. C'est quelque chose de chrétien* » (Claudia Jaramillo, métisse, Équateur).

Cette assimilation entre le placenta et le corps peut expliquer la représentation selon laquelle l'enfant à qui les bêtes « volent » son placenta pour le manger devient lui-même voleur pour restituer cette partie de soi qui lui a été enlevée.

Le placenta/corps doit être enterré. Cette représentation de « la tombe » du placenta existe aussi au Mexique. Lors de l'accouchement, un linge chaud est mis sur le ventre de la femme afin de faire sortir le placenta, pendant que l'accoucheuse examine le nouveau-né. Le placenta expulsé est examiné par l'accoucheuse pour déterminer s'il est complet et si des parties ne sont pas restées dans l'utérus. Puis il est enveloppé dans un linge neuf et enterré dans un lieu où personne ne circule. L'auteur attribue à ce lieu la catégorie de tombe. Si l'enfant tombe malade, il sera posé sur « cette tombe » pour qu'il guérisse (Bonnet del Valle 2008 : 115-116). Le

placenta a donc un rôle important dans l'accouchement traditionnel, comme l'a aussi le bout de nombril coupé (appelé traditionnellement au Portugal */imbide*¹²⁹ ou parfois */embide*), souvent gardé en souvenir en Équateur et au Portugal.

Dans le système de santé alternatif au Système Officiel de Santé, les *doulas* et les sages-femmes équatoriennes et portugaises signalent diverses pratiques relatives au placenta : « homéopathie » (je n'ai pas approfondi d'avantage sur ce sujet), empreinte du placenta sur une feuille en papier qui sera encadrée, enterrement du placenta « *pour que ce bébé se sente connecté avec la terre* » (María Isabel Yáñez, *doula*, Équateur). Les *doulas* disent aussi faire un jus de mûres ou d'autres fruits avec le placenta mixé.

5.3. Le don du colostrum ¹³⁰

5.3.1. Histoire de Pratiques et représentations de l'allaitement et du colostrum

S'il y a de très nombreuses publications sur l'allaitement maternel, très peu d'auteurs se sont intéressés au colostrum, exception faite du colostrum non humain qui est étudié par les sciences de la vie. J'ai utilisé les articles de Lett et Morel (2006), Brès (1875) ; Capponi et Roland (2013), Cabrera, Carvajal et Mateus (2003), Benjumea, González, Matijasevic et Ramos (2011), l'enquête nationale ENSANUT-EC (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) menée en Équateur (2011), Hernández-Gamboa (2008), Alexander, Carranza Baona et Méndez

¹²⁹ Transcription phonétique des deux termes qui n'ont pas été trouvés dans le dictionnaire avec cette orthographe mais qui désignent le nombril dans le langage quotidien de cette région.

¹³⁰ Le sous-chapitre ci-dessous est composé d'extraits de ma publication « Pratiques et représentations du don du colostrum dans l'Amazonie équatorienne : étude de cas du centre de santé de Arajuno et de certaines accoucheuses traditionnelles ». Mémoire du colloque « Allaitement et pratiques de sevrage ». Institut National d'Études Démographiques (INED) (en cours de publication).

(2015) et Massó (2013). Ces travaux traitent souvent de l'allaitement, mais abordent aussi partiellement la question du colostrum. Il est donc difficile de retracer un historique de la pratique du don du colostrum sans parler de l'allaitement, tant dans les sociétés européennes que dans les sociétés traditionnelles équatoriennes/de l'Amérique hispanophone.

Dès l'époque préhistorique, sont fabriquées des statuettes féminines allaitant, « sans doute associées à des cultes de fécondité » (Lett et Morel 2006 : 7). Selon ces auteurs, dans les sociétés anciennes accablées par des pénuries, des famines et des disettes, les nouveau-nés ne pouvaient être nourris que de lait de femme.

Comme le sang et le sperme, autres humeurs nobles du corps, le lait maternel a toujours été valorisé sur le plan symbolique : c'est lui qui achève de construire le nouveau-né en faisant de lui un humain et en l'inscrivant dans une filiation qui le rend parent de tous ceux qui ont tété aux mêmes mamelles. Aux époques historiques les plus lointaines, le thème de l'allaitement est fréquent dans l'art de l'Inde ancienne, de la Mésopotamie, de la Phénicie, de la Grèce ou des Étrusques (Ibid. : 7)

Chez les Égyptiens, la figure associée à l'allaitement est la déesse Isis qui allaite son fils Horus : « par le lait d'Isis, qu'il tète rituellement au moment de son couronnement, il reçoit le pouvoir royal transmis par Osiris... » (Ibid. : 8). Au VI^{ème} siècle, le culte d'Isis, la « Mère universelle », se répand jusqu'à la civilisation romaine.

La représentation du lait sacré qui rend divin le mortel est reprise aussi dans la Grèce antique, lorsque Héraclès, fils de Zeus et d'Alcmène est allaité par Héra. Lorsqu'un jet de lait lui échappe, il forme la Voie lactée (Ibid. : 10).

Dans l'iconographie chrétienne, « Maria Lactans », la vierge Marie qui allaite Jésus, est une image récurrente. Ces motifs apparaissent tardivement (en comparaison avec l'Égypte ou la Grèce antique) à partir du XIII s. et deviennent très fréquents à la fin du Moyen Âge, où les tableaux insistent sur l'humanité du Christ (Ibid. : 18-19, 22). Or certains tableaux de la nativité évoquent le fait que tandis que Marie allaite Jésus, Joseph prépare la bouillie, ce qui rappelle le proverbe breton « Pain d'homme et lait de femme font venir les enfants forts ». Ces images

suggèrent que selon les représentations de l'époque ni le lait ni le colostrum n'étaient probablement considérés comme suffisants pour l'alimentation du nouveau-né (Ibid., 88).

Dans l'Antiquité, l'allaitement maternel est valorisé. Selon Pline, dans la Rome du Ier siècle, « le meilleur à chacun est le lait maternel » (Capponi et Roland 2013 : 2). L'allaitement n'est pas seulement un acte nourricier, mais une voie de transmission des « valeurs, des symboles qui mettent au jour les constructions sociales et culturelles » (Lett et Morel 2006 : 41). D'ailleurs, en espagnol, le terme « *mamar* », téter, a plusieurs significations¹³¹ : 1. « attirer, tirer, sucer avec les lèvres et la langue le lait des seins », 2. « l'acquisition d'un sentiment ou d'une qualité morale ou apprendre quelque chose lors de l'enfance » (notre traduction, *Diccionario de la Real Academia de la Lengua española*). Avec le lait maternel se transmettaient aussi « les traits de caractère » (Infor-allaitement 1999 : 1) d'où l'importance de bien choisir la nourrice non seulement en fonction de critères physiques mais aussi moraux (Lett et Morel 2006).

Selon la tradition médicale ancienne, qui remonte à l'Antiquité grecque et romaine, le lait et le colostrum sont du « lait cuit », du « lait blanchi » et qui « remonte » :

Il y a une continuité entre le sang du placenta, dont l'enfant est nourri dans la matrice pendant la grossesse, et le lait qui est produit après la naissance. Les traités anciens d'anatomie expliquent qu'après l'accouchement, on assiste au procédé de déalbatation : le sang, qui allait au cordon, remonte jusqu'aux mamelles par une veine spéciale qui relie l'utérus aux seins (Ibid. 65).

Une autre figure qui prend chair dans cette *cosmovisión* chrétienne du Moyen Âge est celle de l'enfant « changelin », qui est un « enfant changé », substitué par un « être démoniaque ». « Il épuise le lait de plusieurs nourrices, mais sans profit puisqu'il ne grandit pas et garde un ventre dur et gonflé » (Ibid., 48).

¹³¹ 1. tr. Atraer, sacar, chupar con los labios y la lengua la leche de los pechos. 2. tr. Adquirir un sentimiento o cualidad moral, o aprender algo en la infancia. *Mamá la piedad, la honradez*. Diccionario de la Real Academia de la lengua española (n/d). Voir <http://lema.rae.es/drae/?val=mamar> (consulté en mai 2015).

Jusqu'au XVII s. un tabou sexuel demeure (Capponi et Roland 2013 : 2) : les femmes allaitantes ne peuvent pas avoir de rapports sexuels, car ces rapports provoqueraient la réapparition des règles et élimineraient le lait maternel (Infor-allaitement 1999 : 1). « Pour que grandisse le nourrisson, le mari ne doit pas approcher de sa femme pendant toute la durée de l'allaitement qui se prolonge au moins deux ans » (Lett et Morel 2006 : 85). Si la femme a des rapports sexuels, le lait est supposé perdre ses qualités et devenir « plus fragile » (Ibid. 85).

L'allaitement, fortement idéalisé dans de très nombreuses sociétés du passé, n'est donc pas seulement un acte nourricier, à quoi on pourrait le réduire aujourd'hui. Sous une forme symbolique, il exprime les grandes aspirations communes à toute l'humanité, mais aussi les constructions sociales, religieuses ou culturelles propres à chaque société. En Occident, au moins jusqu'à la fin de l'époque médiévale, la documentation iconographique sur l'allaitement ne met en scène que des personnages sacrés ou des symboles. Ce n'est que très progressivement, pendant les cinq derniers siècles de notre histoire, que les artistes représentent des allaitements profanes, plus proches de la réalité vécue par les mères (Lett et Morel 2006 : 13).

Bien qu'à l'antiquité en Europe l'allaitement était représenté dans l'art comme sacré¹³², au quotidien il était perçu comme un acte qui transgressait les codes de la vie sociale et provoquait des « émotions sociales assez négatives » (Capponi et Roland 2013 :7). Face à cette contrainte, au Moyen Âge, la figure de la nourrice devint très importante. Elle est payée en échange de l'allaitement des bébés des femmes plus aisées. Dans le quotidien du Moyen Âge, certains médecins proscrivent l'allaitement pendant la phase des « vidanges » de la femme, car le lait serait de mauvaise qualité. Souvent, on laisse jeûner le nouveau-né pendant trois jours :

Le temps que le lait de la mère se soit épaissi et que ses intestins soient purgés de leurs méconium (...) on considère que le colostrum, si liquide et si pâle, n'est pas une nourriture Il pourrait même empoisonner le nourrisson. Pourtant, au XVIIIe siècle, le colostrum a été réhabilité par la médecine savante. Les médecins le recommandent comme le meilleur purgatif pour l'enfant, bien supérieur aux préparations traditionnelles (huiles d'amandes douce, sirop de chicorée, vin au miel), utilisées depuis des siècles pour dégorger les intestins du bébé. Désormais, il serait souhaitable de mettre le nouveau-né au sein dès la naissance. Cependant, dans la pratique, le jeûne des premiers jours dure longtemps, puisque les manuels de puériculture le recommandent encore jusque dans les années 1950, en expliquant que le colostrum n'est pas du « vrai » lait et que, avant d'être nourri, le bébé doit débarrasser son intestin de ses déchets. C'est seulement depuis une vingtaine d'années que les analyses ont montré l'extrême richesse du colostrum et les bienfaits évidents (pour l'enfant, mais aussi pour la mère) de la mise au sein dès les premiers moments (Ibid. 66).

¹³² Tels que les tableaux : « La lactation » de Rubens et Le Tintoret,

En outre, du XIII^e s. au XVII^e s., l'un des rôles des femmes était de maintenir « la parure et l'ostentation » (Capponi et Roland 2013 : 11), surtout dans la « haute société ». Le fait de pouvoir payer une nourrice constituait un luxe et un signe de statut social. Cependant, même si au Moyen Âge les usages incitaient à recourir à une nourrice, des auteurs tels qu'Erasmus, Cornelius et Joubert encourageaient l'allaitement maternel (Infor-allaitement 1999 : 2). En fait, les avis différaient sur la question. En 1285, Gilles de Rome rédige un traité de médecine et affirme que « le lait de la mère convient mieux à la nature de son enfant que le lait d'autre femme » (Lett et Morel 2006 : 65).

Au XVII^e s., le discours médical commence à proposer une alimentation à base de lait animal et préconise d'attendre entre 2 et 20 jours avant la première mise au sein. La croyance des médecins était que lors de l'allaitement la personne allaitante transmettait des traits de personnalité. La mère et la nourrice étaient perçues comme pernicieuses pour nourrir l'enfant : la première ayant une « vie corrompue en société » et la deuxième des « vices physiques et moraux attribués alors aux gens de la campagne » (Infor-allaitement 1999 : 2). Le colostrum est alors considéré comme une substance nocive, comme « du sang mal blanchi » (Ibid. : 2).

Au XVIII^e s., un tournant se produit avec la diffusion des textes de Rousseau traitant de l'éducation, qui véhiculent l'image d'enfants bons et innocents. Rousseau présente l'allaitement comme un « sacrifice d'amour » et la mise d'un enfant en nourrice, comme une dépravation, s'opposant ainsi aux conceptions de la noblesse qui voyait dans l'allaitement « une fonction trop animale pour une dame de qualité » (Capponi et Roland 2013 : 8-12). Bien que le message rousseauiste commence à changer les représentations sociales, les nourrices restent très sollicitées : en 1780 à Paris sur 21.000 enfants, seuls 1000 nouveau-nés sont allaités par leur mère (Lett et Morel 2006 : 108).

Ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XIX s. que le système de santé s'est intéressé aux nourrissons. Suite à une très grande mortalité de nouveau-nés vivant souvent à la campagne avec leurs nourrices, une propagande en faveur de l'allaitement maternel débuta. Le colostrum fût qualifié d'« aliment précoce bénéfique » (Lett et Morel 2006 : 200). Néanmoins, dans la pratique, les mères faisaient souvent jeûner les enfants plusieurs heures, parfois même un jour ou deux avant de les mettre au sein, cela jusque dans les années 1950 (Capponi et Roland 2013 : 3).

En 1875, Madeleine Brès publie une thèse en médecine intitulée *De la mamelle et de l'allaitement*. Elle s'intéresse à la composition et aux qualités du lait et du colostrum. D'après cette étude, les densités du colostrum et du lait ne diffèrent pas sensiblement. Dans son troisième chapitre, elle affirme que « l'allaitement naturel est le seul qui convienne à l'enfant ; il peut être pratiqué par la mère ou, à son défaut, par une bonne nourrice » (Brès 1875 : 83). Ainsi, la biomédecine reconnaissait déjà le colostrum et l'allaitement « naturel » comme bénéfiques.

Jusqu'au début du XX s., l'idée du lait maternel perçu comme étant « du sang blanchi » de la matrice s'est maintenue (Capponi et Roland 2013 : 2). Ce siècle est une période assez contrastée pour l'allaitement maternel. Le début du siècle est imprégné du discours médical qui prescrit l'allaitement, mais après la Seconde Guerre mondiale, les industries productrices de lait en formule adoptent une stratégie commerciale très puissante (Infor-allaitement 1999 : 4). Plus tard, certains courants du mouvement féministe rejettent l'allaitement en le considérant comme un esclavage, une « servitude épuisante » (Simone de Beauvoir, dans Capponi et Roland 2013 : 12). Jusqu'aux années 1980, hôpitaux, maternités ou autres centres de santé ont pour politique d'imposer des tétées à heures fixes, de séparer l'enfant de la mère pendant leur séjour, et d'introduire des suppléments alimentaires dès la naissance (Ibid. : 3). Depuis quelques décennies, le discours institutionnel et médical encourage l'allaitement maternel.

Pendant la période précolombienne, en Amérique hispanophone, et donc en Équateur, l'allaitement maternel prolongé est répandu (Hernández-Gamboa 2008). Lors du sevrage, l'enfant consommait des préparations faites avec du maïs, ce qui fournissait aux enfants le calcium nécessaire. Après l'arrivée de Christophe Colomb, l'importation de la syphilis en Amérique et l'exportation de la gonorrhée en Europe, deux maladies supposées se transmettre aussi par le biais du lait maternel, ont contribué à réduire l'usage des nourrices en Amérique (Hernández-Gamboa 2008 :4-5).

Quelques études abordent le sujet de l'allaitement en Amérique du Sud et traitent tangentiellement du colostrum. En Colombie, Cabrera, Carvajal et Mateus en 2003 ont mené une enquête sur les connaissances relatives à l'allaitement maternel auprès de 2080 femmes entre 15 et 54 ans. 690 femmes ayant accouché à l'hôpital avec leurs enfants en vie et 140 fonctionnaires des hôpitaux ont également participé à l'étude. La population cible résidait dans dix zones urbaines de la vallée du Cauca, au Sud-ouest de la Colombie. Leurs conclusions par rapport aux perceptions des femmes sur le colostrum ont été les suivantes :

Le colostrum est reconnu par la plupart comme étant le premier lait qui descend ; les connaissances sur ses valeurs nutritionnelles et immunologiques sont très limitées. 67% des femmes l'ont qualifié comme « bon », 8% comme « mauvais », 25% de toutes les femmes participantes n'ont pas su y répondre (notre traduction) (Cabrera, Carvajal et Mateus 2003 : 6).

Le personnel de santé n'a pas demandé l'avis à 98% des parturientes sur leurs choix d'alimentation du nouveau-né juste après la naissance. Il donne des formules lactées ou glucosées, en biberons. Cette pratique est défendue sous le prétexte d'« éviter l'hypoglycémie chez les nouveau-nés ». Dans leur grande majorité, les participants à l'étude pensent que les bébés doivent être allaités immédiatement. Un tiers des femmes enquêtées soutient qu'il faut allaiter les nourrissons à des horaires spécifiques.

Une autre étude a été réalisée en 2010, en Colombie, dans le département de Caldas, par Benjumea, González, Matijasevic et Ramos (2011). Il s'agit d'une enquête auprès de 1316

mères, dont 70,5% habitant en zone urbaine (hormis Manizales, la capitale du département) et 29,5% en zone rurale. Parmi les femmes participantes, 52,2% ont allaité leur enfant immédiatement après l'accouchement, 28% pendant la première heure de naissance et 93,7% avant les deux premières heures qui suivaient l'accouchement.

L'enquête nationale ENSANUT-ECU (Annexe 12) menée en Équateur de 2011 à 2013 montre que plus de la moitié des enfants de l'étude (54.6%) sont mis au sein dès la première heure après leur naissance, 30% tètent pour la première fois le jour même et seulement 15.4% des nouveau-nés sont mis au sein une journée après leur naissance. Cela signifie que plus de 8 enfants sur 10 (84.6%) consomment le colostrum.

Les données rassemblées dans le cadre de l'ANR Colostrum montrent que les statistiques de la consommation et du don de colostrum ne sont pas homogènes.

Des données passablement datées portant sur 120 « cultures » montrent que 50 d'entre elles diffèrent l'allaitement de l'enfant de plus de 2 jours après la naissance (Morse et al. 1990) ce qui, concrètement, signifie la quasi-absence de consommation du colostrum. D'une revue de la littérature scientifique embrassant l'Afrique, l'Asie et l'Amérique Latine (Leféber & Voorhoeve 1999), il ressort une faible pratique du don du colostrum. Les données au niveau mondial mettent en évidence des différences importantes, allant, pour les taux les plus bas, de 15% dans l'État des Tuvalu ou de 18% au Mexique et en République populaire démocratique de Corée, à 88% à Samoa et 95% au Malawi. En Amérique latine le taux est 64% en Bolivie, 68% au Brésil, 49% en Colombie, 77% à Cuba, 69% en République dominicaine, 33% au Salvador, 56% au Guatemala, 64% au Honduras, 76% au Nicaragua, 47% au Paraguay, 51% au Pérou, 59% en Uruguay. La moyenne pour l'Amérique latine et les Caraïbes est de 49%. En Europe, les contrastes sont également marqués. Par exemple, le taux est de 43% en Albanie, de 42% en Bosnie-Herzégovine, de 25% au Monténégro, de 8% en Serbie, de 41% en Ukraine. L'absence de consommation de cette substance est par conséquent un phénomène très répandu, malgré les bénéfices attendus au vu de sa composition riche en facteurs de croissance et d'immunoprotection. (Candau, Bureau, Durand et al. 2012 : 5).

5.3.2. Les pratiques du don du colostrum

Les entretiens réalisés auprès des accoucheuses traditionnelles, des sages-femmes, des femmes ayant accouché chez elles et des *doulas* en Amazonie équatorienne et au Portugal ont

pour ambition d'illustrer certaines pratiques et représentations concernant la culture de la naissance, dont le don du colostrum.

Lorsque je posais les questions sur la position d'allaitement, au Portugal et en Équateur, les réponses se concentraient plutôt sur la position de la mère. Au Portugal, les résultats ont été « couchées », « assises », « avec le bras sous sa tête », « latéralement ». En Équateur, ces réponses se répètent mais complétées d'une nouvelle position : dans un hamac.

Pour les femmes *kichwas*, *achuar* et *shuar*, l'emploi des hamacs est une pratique ancestrale utilisée pour nourrir les bébés mais aussi pour les transporter. Cela permet à la mère d'être en contact avec son enfant et de veiller à son bien-être sans interrompre ses activités. Lorsque l'enfant a faim, la mère découvre son sein et il/elle mange, souvent sans que la mère fasse une pause. Ce hamac est fabriqué avec des tissus qui peuvent être des draps (Antonia Chimbo, accoucheuse *kichwa*). Esperanza Padilla dit « *dans le hamac, ils mangeaient. C'est comme ça que font les gens natifs* ». Cependant Virginia Vizcaíno, une accoucheuse métisse, évoque qu'elle le faisait aussi. Elle portait son bébé dans le hamac tandis qu'elle épluchait les pommes de terre ou avait d'autres activités. Pendant qu'elle trayait les vaches, qu'elle vendait le lait au marché ou qu'elle marchait, « *l'enfant buvait le sein* », « *même pendant que j'étais assise sur un banc, l'enfant s'allaitait* ». Elle conclut en disant que les gens qui ont des employés peut-être ne le font pas, mais que « *tout dépend du milieu* ». Pour elle, le choix de la position en hamac lui a permis de nourrir son enfant, d'être avec lui en permanence et de travailler en même temps. Cela dépend du contexte, dit-elle.



Photo 88 : María Chimbo, accoucheuse traditionnelle kichwa de l'Amazonie, sa fille, dans le hamac. Entre le port du fleuve Misahualli et la place du quartier

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Port du fleuve Misahualli 07/2013

J'ai consulté la documentation du sous-centre de santé d'Arajuno. Il n'existe aucune trace de la position en hamac, pourtant très présente dans le quotidien des femmes d'Arajuno. Elle n'est pas prise en compte institutionnellement, ni pour la déconseiller ni pour l'encourager lors de l'allaitement. Cependant, dans le cabinet de la sage-femme, on peut voir une image d'une femme portant son enfant dans ce hamac.

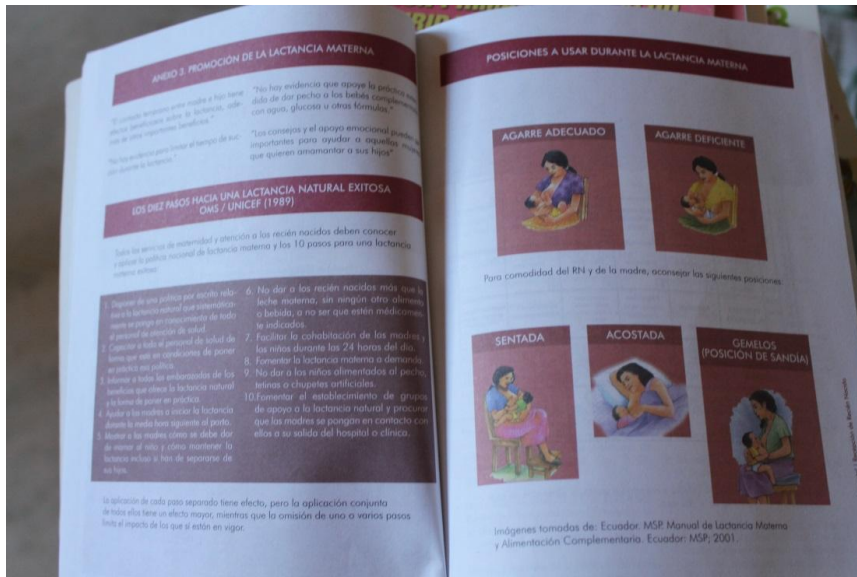


Photo 89 : Matériel bibliographique retrouvé au Sous-centre de santé d'Arajuno. Il donne des conseils pour l'allaitement maternel et présente les positions pour l'allaitement

Source : Maria Fernanda Acosta A.. Lieu et date : Arajuno, Équateur 08/2013

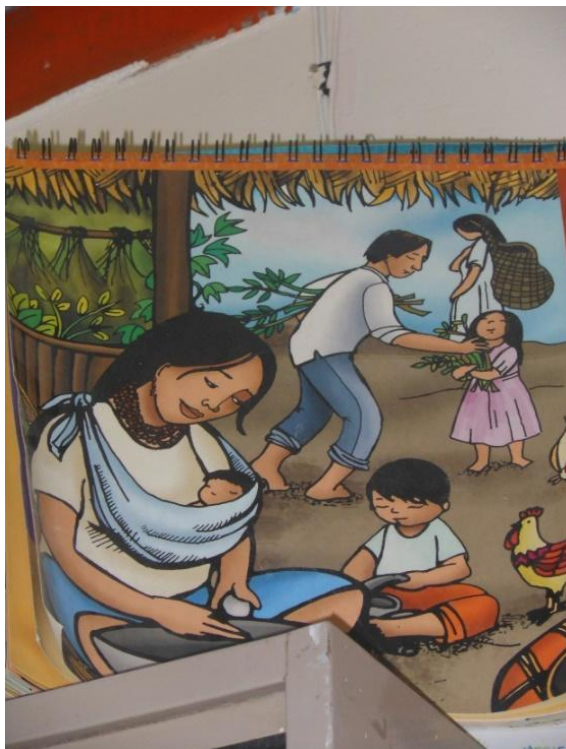


Photo 90 : Matériel visuel accroché au mur du cabinet de consultation des sages-femmes au sous-centre de santé d'Arajuno. Il présente la position en hamac

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Équateur 08/2013

La position allongée de côté peut constituer un danger, d'après Isabel Verdesoto. Si la mère s'endort sur son enfant, elle peut l'étouffer. Cette peur est également exprimée par des informaticiennes au Portugal.

La réponse sur la position est beaucoup plus détaillée chez les *doulas* ou les sages-femmes actuelles domiciliaires ou en institution. Laura Pérez, femme ayant accouché chez elle, est conseillère en allaitement. Elle affirme :

Le bébé doit être ventre contre ventre, face au sein. Il doit être mis en hauteur et en face. Le plus possible de l'aréole (la partie pigmentée qui entoure le mamelon) du mamelon dans sa bouche. Bien qu'au début cela fasse mal, cela ne doit pas faire trop mal, sinon c'est que la prise n'est pas bien faite. Elle peut essayer différentes positions : le berceau, le rugby ; quand il est plus grand assis sur la jambe. Il y a aussi les porte-bébés...

Ces mêmes conseils sont donnés par Esther de Léon, *doula* au Portugal, Antonio Ferreira, *enfermeiro parteiro*, María Isabel Yáñez, *doula* en Équateur (qui ajoute que « *ne pas avoir un mamelon adéquat pour l'allaitement est un mythe* »), Belén Arequipa, sage-femme en Équateur et Lurdes Rodea, sage-femme portugaise. Pour cette dernière, une bonne prise garantit qu'il n'y aura pas de crevasses. Elle m'a fait une démonstration de la bonne position du nouveau-né face au sein.



Photo 91: Lurdes Rodea, « enfermeira parteira » à Beja, Portugal. Elle explique la position du nouveau-né pour la bonne prise

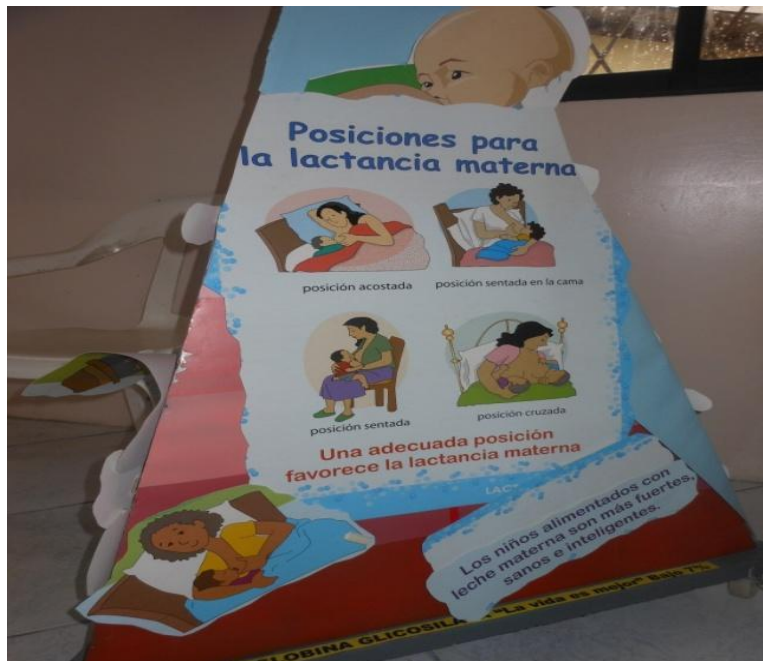
Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Beja, Portugal 09/2014

Dans le cas d'Arajuno, les interactions sont nombreuses entre les agents de la santé officielle et ceux de la médecine ancestrale. Le rôle des sages-femmes reste cependant très important, pas seulement lors de la prestation thérapeutique, mais dans la diffusion de l'information. J'ai pu observer les supports visuels d'un atelier sur l'allaitement et Belén Arequipa, une des deux sages-femmes du sous-Centre de Santé, m'a renseignée sur les contenus transmis.

La première partie portait sur les avantages de l'allaitement pour la santé des enfants. Les images qui accompagnaient cette exposition présentaient des enfants épanouis, en bonne santé. Dans son explication, Belén Arequipa (Cf. photo 11) n'a pas abordé le sujet de l'allaitement à la libre demande. Elle prodiguait aussi des conseils pratiques tels que le tirage du lait pour le surgeler sans qu'il perde ses qualités ou l'aide à apporter au nouveau-né pour expulser les gaz en lui donnant des petites tapes dans le dos. La deuxième partie de l'exposé portait sur les différentes positions possibles pour l'allaitement (assise ou couchée) et la façon adéquate de donner le sein et d'éviter les crevasses. À la fin, elle a évoqué les difficultés éventuelles rencontrées lors de l'allaitement, tels que les crevasses ou les abcès, les soins appropriés, et les signes d'alertes devant inciter à consulter les sages-femmes, comme une inflammation grave ou une fièvre qui indique la présence d'une infection.



Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013



Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : Arajuno, Pastaza 08/2013

Ces agents de santé ont un discours scientifique, informé et homogène sur l'allaitement. Cependant, certains articles critiquent la surabondance d'informations qui, parfois, peut enlever l'intuition ou la spontanéité de l'allaitement et qui infantilise la mère allaitante.

... il faut bien le dire, comme pour toutes les bonnes choses, il y a eu, il y a et il y aura des « abus de position ». Je veux parler de ces professionnels (c'est semble-t-il le cas de certaines sages-femmes britanniques) qui se sont transformés en « prescripteurs » de position. On a pu lire ou entendre des phrases comme « nombril à nombril » ou « le mamelon doit entrer dans la bouche du bébé sous un angle de tant de degrés ». Une fois de plus, la mère est alors infantilisée par des experts qui « savent » exactement, au millimètre près, comment elle doit mettre son bébé au sein, et se font fort de le lui enseigner. Et cela avec les meilleures intentions du monde. Or un geste appris dans un livre ou de la bouche d'un expert n'aura jamais la souplesse ni la liberté d'un geste « naturel » connu depuis toujours. (La leche league- France n/d).

J'ai voulu savoir si le colostrum était une substance acceptée et donnée aux nouveau-nés. Cette question en appelle une autre : combien de temps après sa naissance le bébé est-il mis au sein ?

D'une manière générale, les questions relatives au temps d'allaitement - « combien de temps vous allaitez (ou les mamans allaitent) les enfants ? » ; « combien de fois par jour est-ce que les mères donnent le colostrum ? » ; « au bout de combien de temps (en heures) après la naissance la mère redonne le sein à son bébé ? » - ont mis mes informatrices mal à l'aise car elles s'estimaient souvent incapables de donner « la bonne réponse », faute d'avoir procédé à cette comptabilité.

Par rapport à la question du temps, on note deux sortes de réponses parmi les plus fréquentes. La première, commune chez les métisses, les *Kichwas* et également donnée par Leticia Mashikiash (*Achuar*) est que lorsque l'enfant et la mère sont prêts (c'est-à-dire propres et habillés, après la délivrance) le nouveau-né est mis immédiatement au sein.

À la question : « combien de temps après la naissance le bébé est mis au sein ? Immédiatement ? », Adelaida Zaraiba répond : « non, mais il voulait juste dormir, il était fatigué du ' voyage ', mais après quelques heures, il mangeait ». La deuxième réponse se base sur le

respect du rythme de l'enfant, thème évoqué par tous les agents du système alternatif de santé, par quelques agents du système officiel de santé, par certaines accoucheuses et par la plupart des femmes au Portugal. Le temps n'est pas très important et il n'est pas calculé à la minute près. Les réponses sont par exemple : « *il sera allaité quand il devra être allaité* », « *peut-être quarante-cinq minutes, ou une heure après, même deux* », ou : « *le signal de la faim sera qu'il pleure ; c'est alors le moment de le mettre au sein* ».

Pour Antonio et Luisa (sage-femme et *doula*), il faut juste que cela se produise pendant la première heure suite à la naissance. María Isabel et Esther (*doulas* en Équateur et au Portugal) rappellent que le bébé se déplace jusqu'au sein de sa mère guidé instinctivement ou par l'odeur. Hartmann, Doucet, Niclass, Dittrich, Cupisti, Schaal, Buettner et Starckenmann donnent une explication à l'attirance naturelle que l'enfant ressent pour le sein de sa mère¹³³. D'après ces

¹³³ A similar mechanism might lead to neonatal olfactory perception of these substances: for HM (human milk) and colostrums, two imaginable pathways for the release of the odour active substances from the conjugates may be possible. On the one hand the compounds might be transformed into volatile substances by the microflora in the mouth of the newborn during breast-feeding, which causes a so-called retronasal effect. This effect is described for several naturally occurring cysteine-S-conjugates present in onion, bell pepper and wine (Starckenmann et al., 2008). However, it would be necessary to verify if this principle of oral release can be transferred to the cysteine-S-conjugates formerly only found in sweat. Also, it needs to be clarified if the newborns' oral microflora has the cleavage potential to liberate the odorous substances. In this context it might be interesting to know whether the metabolic capacity of newborn and infant salivas differs to some extent from that of adults.

On the other hand, skin bacteria located on the breast can be responsible for the liberation of the odourants when the HM covers the nipple during breast-feeding or by a spontaneous milk ejection. It is a well-known phenomenon that spontaneous ejection of milk is caused either by mental stimulation such as the cry of a baby or when the breast is full of milk and the next feeding episode is approaching (Kochenour, 1980). It is also reported that milk drips from the breast opposite to that being sucked (Newton & Newton, 1948). Accordingly, the maternal breast is continuously covered with a milk film and might therefore be a potential source for odour attraction to the infant. In all cases the odour of the HM may stimulate the sucking response in the infant (Marlier & Schaal, 2005; McNeilly & McNeilly, 1978; Mizuno & Ueda, 2004), perhaps by release of odourants from human milk during this period. Definitely, the attractiveness of the odour of breast pads of lactating mothers for newborns has been demonstrated by several examinations (Macfarlane, 1975; Makin & Porter, 1989; Porter, Makin, Davis, & Christensen, 1991; Schaal et al., 1980).

With regard to AF (amniotic fluid), one might argue that the perinatal environment of the unborn should be close to sterile conditions so that release of the odouriferous substances is unlikely to occur. In our studies, we found the conjugates in AF sampled during Caesarian sections. However, during normal delivery the AF is exposed to the vaginal tract and related bacterial microflora, and it also comes in close contact to the skin of the mother, so that an intra-vaginal release of odour-active substances from their corresponding conjugates may be possible by those bacteria during delivery. However, if such cleavage takes place, the potential role of such processes would need further clarification.

Apart from these potential odourant liberation considerations, our studies show that the concentrations of the different odourant conjugates in HM vary highly from individual to individual. Similar results were previously found for axillary secretions. It has been shown by diverse groups that the amounts of the characteristic precursors and released odour-active substances in sweat differ hugely between individuals which cause individual body

auteurs, plusieurs hypothèses sont possibles, mais ils mettent à l'avant les bactéries propres issue de la peau des seins de la mère produisent des odorisants ("*odourants*") lorsque les mamelons se recouvrent de lait maternel (ou de colostrum). Cette odeur attire les nouveau-nés et les enfants. De plus, les fluides de chaque mère a une odeur particulier que l'enfant sait reconnaître. Chaque enfant préfère le lait de sa mère à tout autre lait maternelle qui lui est proposé. (Hartmann, Doucet, Niclass, Dittrich, Cupisti, Schaal, Buettner et Starckenmann 2012: 232).

Seules Elvia Barreno (accoucheuse équatorienne) et Maria de Luz Correa, accoucheuse portugaise, leur donn(ai)ent aussi des infusions dans le cas exceptionnel où « *la mère n'a pas de lait* ». Cette dernière dit « *même s'ils suçaient, des fois, il n'y avait pas encore de lait* ». Elle le mettait systématiquement au sein quand même « *pour ne pas perdre l'allaitement* ».

De plus, selon les agents alternatifs de santé, la succion du nouveau-né provoque une stimulation des mamelons qui favorise la production d'endorphines et donc les contractions utérines. D'après cette théorie, cette succion aide à déclencher l'expulsion du placenta. Cela est confirmé par Salomé, la sage-femme qui s'est réorientée vers les accouchements à domicile

odour types (Akutsu et al., 2006; Natsch et al., 2006; Troccaz et al., 2009). For HM, colostrum, and AF one might speculate that an analogous relationship exists, however this would need to be supported by a much broader data base. However, this hypothesis is supported by several studies that indicate that the odour of AF, colostrum and HM is also partially specific to each individual (Kuhn & Natsch, 2009), as newborns can differentiate between the body fluids of their own mother and an unfamiliar mother (see references in the Section 1).

In this context it might be interesting to note that single nucleotide polymorphism in the ABCC11 gene was demonstrated to be the determinant of human earwax type, being dry or wet (Yoshiura et al., 2006). Authors proposed that the apocrine colostrum secretions from the mammary glands are associated with the type of earwax. They stated that women with the dry earwax, from the recessive genotype, are seen among East Asians and they do not produce colostrum (Miura et al., 2007). An association was determined between axillary malodours and the ABCC11 gene (Martin et al., 2010; Nakano, Miwa, Hirano, Yoshiura, & Niikawa, 2009). This might be an indication that there might be a genetic determinant for conjugate secretion, and that colostrum contains specific molecules that are also excreted in other bodily secretions such as e.g. axillary sweat.

Summarizing the above-said, we identified in this study human specific odour conjugates so far unknown in AF, colostrum, and mature HM. The release process of odourants from these conjugates in AF and HM, if any is still unknown, just as is the behavioural response of newborns when such liberated substances are presented. The possible genetical determination is also unclear. Nevertheless, these conjugates may play a role in early mother-infant interaction and will be the topic of further studies. (Hartmann, Doucet, Niclass, Dittrich, Cupisti, Schaal, Buettner et Starckenmann 2012: 232).

(Bonnet del Valle 2008 : 183). Cependant, le seul cas congruent avec cette hypothèse est la naissance d’Africa, la fille de Laura Pérez. Elle a été mise au sein de Laura avant la délivrance du placenta. Dans les autres cas, la succion de l’enfant se produit après la délivrance du placenta, une fois que la femme et le nouveau-né sont lavés. Cela invalide l’hypothèse selon laquelle le don du colostrum est pratiqué pour aider l’expulsion du placenta. D’après mes observations lors de l’accouchement mixte à Arajuno et selon les propos mêmes de mes informateurs, le colostrum est donné au nouveau-né très tôt après sa naissance et la délivrance du placenta.



Photo 94 : La femme qui allaite son bébé entre vingt et trente minutes après l’accouchement

Source : María Fernanda Acosta A. Lieu et date : sous-centre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

Donner le sein chaque fois que le bébé pleure, à la libre demande, est la pratique jugée normale. Seules deux personnes sur vingt ont souhaité établir des horaires d’allaitement « *pour qu’il (l’enfant) ne soit pas gourmand* ».

Les réponses apportées aux questions sur le temps entre les prises et leur durée ne sont pas univoques. Seules deux des accoucheuses de l’Équateur disent avoir réveillé leurs enfants toutes les deux heures pour les allaiter les premiers jours, surtout s’ils sont prématurés (Gladys Grefa). Dans les deux pays, les autres donnaient le sein « *toutes les deux, trois ou quatre heures*

plus ou moins », « *lorsque le bébé se réveillait* », ou « *qu'il pleurait* ». Le temps de chaque prise n'est pas chronométré non plus. Elvia Barreno pense que, les premiers jours, ils têtent entre « *dix et quinze minutes de chaque sein* », tandis qu'Isabel Verdesoto se souvient que ses enfants s'endormaient tout de suite et ne mangeaient pas beaucoup. Pour Xavier Alvarado, ils arrêtent de boire le colostrum lorsqu'ils sont satisfaits et pour Esperanza Padilla « *quand le 'lait' de la mère se finit* ». Une réponse souvent donnée est : « *il n'y avait pas d'horaires* » ou « *je ne calculais pas le temps* ». Le don du colostrum est donc en libre demande.

Le terme « libre demande » n'est évoqué que par les *doulas*, les sages-femmes ou Laura Pérez qui est conseillère d'allaitement :

C'est le bébé qui doit établir son propre rythme. Lorsqu'on met des horaires au bébé c'est comme si j'obligeais une maman à se réveiller à quatre heures du matin pour manger une feijoada¹³⁴. Personne n'aime. Le bébé a des cycles de croissance, des fois il mange plus et d'autres moins (Antonio Ferreira).

Est-ce que tu manges toutes les trois heures ? (Luisa Condeço)

L'alternance entre les deux seins est mentionnée par tous les informateurs et informatrices, sauf Maria Luz Correa qui signale que les premiers jours elle donnait un seul sein par prise. Dans les représentations *kichwas*, une logique explique cette alternance : un sein est pour manger, *mikuna*, l'autre pour boire, *upina*. Pour bien nourrir l'enfant, il faut lui donner à manger et à boire, donc il faut qu'il/elle tète les deux seins.

Au Portugal, la plupart des informateurs et informatrices considèrent que la quantité de lait consommée est indépendante du genre du nouveau-né. Pour Esther de León, cette consommation « *est individuelle, elle ne dépend pas du sexe de l'enfant* », c'est-à-dire qu'elle sera différente pour chaque enfant, indépendamment de son sexe. Cela est confirmé par Alice

¹³⁴ La feijoada est un plat brésilien et portugais fait avec des haricots noirs et de la viande de porc.

Bisanto qui répond par rapport à son expérience personnelle, mais ne formule pas une généralisation : « *Anabella* (sa fille) *mangeait plus que les autres* ».

En Équateur, la plupart des informateurs et informatrices pensent que ce sont les garçons qui mangent le plus, mais une minorité (trois personnes) considère que cela est indépendant du sexe de l'enfant.

María Isabel Yáñez évoque une représentation de l'effet de l'allaitement sur l'orientation sexuelle. Cette croyance n'est pas universelle : selon cette *doula*, dans la province *del Carchi* (au Nord de Quito) on considère qu'il faut les sevrer à six mois pour éviter qu'ils deviennent homosexuels :

On est des êtres humains et cela est notre essence. Mais pour des raisons culturelles et par des mythes, si c'est un garçon les gens disent à la mère qu'elle doit arrêter l'allaitement car l'enfant va être 'rempli de nature'. C'est-à-dire qu'il va devenir gâté et donc il pourrait devenir gay. C'est pour cela qu'on enlève le sein avant les six mois à beaucoup des garçons (...) ce mythe je l'ai entendu dans toutes les couches sociales des plus basses aux plus riches. (María Isabel Yáñez).

Cette affirmation correspond à des représentations présentes lors de l'allaitement (non pas du don du colostrum) dans des populations des Andes. Elle contraste avec la croyance générale chez la population enquêtée en Amazonie où on considère que les garçons mangent plus.

Au Portugal, la plupart des informateurs (femmes ayant accouché chez elles et agents de santé), pensent que la quantité de colostrum consommée ne dépend pas du sexe du nouveau-né. Seules deux informatrices estiment que les garçons en consomment plus. Selon Alice Bisance, c'est sa fille Anabella qui tétait davantage. Les discours recueillis au Portugal et en Équateur sont contrastés à ce sujet. La représentation des « garçons qui se nourrissent davantage » est présente en Équateur, pas au Portugal, quel que soit l'âge ou le niveau d'éducation des femmes.

En Équateur, les soins à prodiguer pour que la mère ait plus de lait sont différents entre métisses et indigènes. Pour les métisses, il faut boire des liquides et bien manger. Les aliments généralement conseillés sont la soupe de poulet et les *coladas*, une boisson sucrée à base de farines ou de céréales et de lait ou d'eau. La *horchata de arroz* (boisson de riz) est également mentionnée. Il ne faut pas non plus que le « dos attrape froid » car le lait sècherait.

Pour les accoucheuses *kichwas*, on augmente la production du lait en donnant des liquides, des boissons avec des céréales et de la *chicha* de manioc (boisson faite avec le manioc trituré souvent mâché), en faisant des compresses, en lavant les seins avec de l'eau chaude salée, ou les frottant avec des fleurs (celle de la plante de la banane, la « fleur du sein » (*chuchu sisa*)).

À *Nunkuy Nunkay*, chez les *Shuars*, la même plante est rappée et bue et mise sur les seins des mères pour stimuler la production du lait. Il s'agit des « *petites boules* » d'une plante qui s'appelle *périphe* (Rita Chimquim).

Estela Grefa mentionne aussi le fait que la mère doit se reposer. « *Il ne faut pas négliger la mère, l'époux doit être là pour prendre soin du fils* ». Néstor Noteno évoque l'influence de l'infidélité sur la production de lait. Si le mari a des rapports sexuels avec une autre femme, explique-t-il, et qu'« *il dépose son sperme* », sa femme perdra son lait. Il y a probablement là un mode de contrôle social de la fidélité du couple. Cette association entre le lait et le sperme est aussi un symbole de la continuité des fluides corporels. Le sperme du mari aide/devient le colostrum ou le lait de la femme.

Au Portugal, les informateurs évoquent l'importance de l'alimentation de la mère pour avoir du lait. « *Le lait dépend de ce que la mère mange. Si elle mange bien, elle a du lait* » (Maria de Luz Correa). En général, après l'accouchement la coutume était de donner à la mère du bouillon de poule. Certaines prenaient uniquement le liquide, même si elles avaient faim.

« Laurinha » (Afurada, Portugal) l'explique ainsi : « *Rien que de l'eau. Nous sommes chaudes et nous ne devons pas donner du lait chaud* » car cela produirait de la fièvre chez le nouveau-né. Les autres femmes disent qu'elles devaient manger léger. D'autres informatrices mangeaient aussi de la poule. Dans tout le pays, manger des sardines et de la morue, nourritures typiques du régime alimentaire portugais, est supposé favoriser la lactation. Au Nord du Portugal, les femmes mangeaient aussi un bouillon de choux, *o caldo verde*. Certaines ont évoqué l'importance des liquides, eau ou jus de fruits. Selon Antonio Ferreira, c'est parce que « *la composition du lait est à 70% de l'eau* ». Enfin, quelques-unes disent manger « normalement », selon leur régime quotidien, une recommandation reprise par la *doula* Esther de León.

Deux points ne font pas consensus : la consommation de vin et de légumes verts pour stimuler la production de lait ou « du premier lait ». Selon Conceição, « *il fallait faire attention avec l'alimentation, on ne devait pas manger des légumes, des boissons avec du gaz, des boissons alcooliques, de la charcuterie pour que l'enfant n'ait pas des gaz* ». Selon d'autres informatrices, il fallait consommer des légumes et/ou un verre de vin.

Les personnes anciennes disaient qu'il fallait boire beaucoup de vin pour avoir plus de lait, manger du bouillon de choux et des légumes. Les personnes qui travaillaient peu et mangeaient bien avaient beaucoup de lait. Celles qui mangeaient mal n'avaient pas de lait. (Celeste de Conceição).

Selon Antonio Ferreira, il faut favoriser la consommation d'aliments « *galactogènes* ». Chez ces agents de santé alternative, j'ai retrouvé aussi la consommation du fenouil en infusion (Laura, Paula Marquez (mère), Lurdes Rodea) ou en huile essentielle (Esther de León).

Pour certains informateurs en Équateur et au Portugal, l'enjeu est non seulement l'alimentation de la mère mais aussi son repos. Cette idée est exposée en termes techniques par

la sage-femme Lurdes Rodea : « *c'est important aussi qu'on explique aux femmes que l'ocytocine et la prolactine augmentent lorsque la mère est tranquille et bien. Ce n'est pas nécessaire de boire des infusions, ça suffit si elle est au repos* ».

Au Portugal, plusieurs informatrices ont mentionné ce qu'elles ont qualifié de croyance, légende ou coutume. Les restes de la nourriture de la mère allaitante ne devaient pas être déposés dans la poubelle car ils risquaient d'être mangés par un animal. « *Si la chatte était en train d'allaiter, elle allait voler notre lait* » dit « Maria » (Casa Branca). Maria do Céu raconte que les restes devaient être enterrés ou jetés dans le fleuve.

Ce transfère de lait est présent aussi dans le cas des *Aït Khebbach*. (peuple berbère marocain). Dans cette société, plusieurs restrictions et pratiques sont mises en place pour la mère et pour sa famille.

Les modes de transfert du lait s'effectuent selon la typologie suivante :

- 1. tout homme, père d'un nourrisson de moins de quarante jours qui consomme un aliment provenant de la maison de l'accouchée.*
- 2. les frères du nourrisson qui consomment une nourriture dans la demeure d'une accouchée.*
- 3. les mammifères domestiques venant de mettre bas qui ingurgite le lait maternel.*
- 4. le petit bétail et les dromadaires.*
- 5. et enfin les fourmis.*

Si le transfert du lait intervient d'une part, via la transgression humaine d'interdits alimentaires (père et frère du nourrisson) et, d'autre part, animale (mammifères domestiques allaitant), il reste possible de s'en prémunir soit par le « partage des quarante jours » soit d'obtenir la restitution de la substance lactée par l'échange de dons. (Gélard 2005 : 112-113).

Pour la mère, seuls les aliments « chaud » lui sont permis, car il faut empêcher toute « déperdition de chaleur » qui pourrait entraîner un tarissement du lait. Pour le père du nouveau-né, les restrictions sont aussi sur le plan alimentaire :

Durant les quarante jours qui suivent la naissance d'un enfant, aucun homme, père d'un nourrisson de moins de quarante jours, ne doit manger ni boire dans la maison d'une accouchée depuis moins de quarante jours. Toute transgression – elles sont quasi unanimement

involontaires – aura pour conséquence immédiate le tarissement du lait de l'accouchée au profit de l'épouse du transgresseur. (Gélard 2005 : 100).

Ce transfère des fluides peut être retourné avec des pratiques avec le père de l'autre famille qui devra accepter l'invitation au sein de la maison de la femme qui a perdu son lait. Suite à ce rite, le lait le sera restitué.

D'autres mammifères allaitantes peuvent aussi voler le lait de la mère, en mangeant, non pas les restes des aliments de la mère, mais le lait du nouveau-né, il faut donc prendre des précautions telles que des dons alimentaires afin qu'elles soient rassasiées.

Ainsi, la chatte (tamachot), la chienne (tichdit) et la vache (tafunest) peuvent, en ingurgitant du lait maternel via les vomissements du nourrisson, provoquer le tarissement du lait de la mère. Il convient alors de procéder à différents dons alimentaires en faveur de ces animaux. Pour cela, l'accouchée doit offrir, de sa main, du pain ou de la viande à chacune des femelles allaitant un petit. (Gélard 2005 : 102).

La crainte du tarissement du lait maternel semble être présente dans différents contextes et il entraîne certaines pratiques (interdictions, régimes alimentaires, protection du froid...) afin de protéger la production du lait maternel.

Par ailleurs, lorsque la mère a des abcès, des « boules », les soins recommandés par les accoucheuses, métisses ou indigènes, sont l'extraction manuelle du lait, souvent avec des compresses d'eau chaude qui peuvent être imbibées d'une décoction de plantes. « *Pour les abcès, avec l'infusion de ' matico*¹³⁵, *il faut passer un peigne sur le sein et le masser. Des compresses avec de l'infusion de camomille* » (Isabel Verdesoto). Cette accoucheuse a fait un jour téter un chien pour faire sortir le lait solidifié.

¹³⁵ Plante dont le nom scientifique est « *piper aduncum* » ; en français : « poivrier à épis crochus ». Botanicalonline. n/d. Voir : http://www.botanical-online.com/pimienta_piper_aduncun.htm (consulté en juin 2016)

Chez les *Kichwas*, d'autres méthodes s'ajoutent comme les cataplasmes de *chugri yuyo*¹³⁶ « pendant trois ou quatre jours et la boule disparaît » (María Chimbo, accoucheuse *kichwa*). Cette plante est également utilisée pour guérir les crevasses des seins. Des cataplasmes avec de l'eau salée sont aussi évoqués. Selon Glaciela Grefa, un ver de terre est utilisé en cas de crevasses et d'abcès :

*Nous avons un ver de terre d'une plante 'tila curo'. Vous le prenez, vous l'écrasez et vous mettez ça sur le mamelon lorsqu'il s'ouvre. Ça cicatrise. S'il y a une infection à l'intérieur, ça draine. Vous mettez le petit ver de terre bien écrasé et sur cela vous rajoutez le 'chugri yuyo' et des fois la 'maria panga'*¹³⁷.

Selon Leticia Mashikiash, technicienne d'attention primaire de Santé (TAPS) *achuar*, il faut prendre une infusion de *piripire*, « qui est comme une 'papa china'¹³⁸ ». Il faut l'écraser, le cuisiner et le mettre chaud sur le sein sous forme de compresse. Mais si c'est une infection, elle conduit la femme à l'hôpital.

Au Portugal, la plupart des femmes interviewées disent avoir eu des problèmes aux seins tels que des crevasses ou des abcès. Olivia Saofix raconte que les abcès ont provoqué des épisodes de fièvres. Elle a dû retirer le lait avec une bombe. « *Mes seins ont grandi, que Dieu me protège ! Accoucher a fait tellement mal et puis ma poitrine a poussé à cause du lait...* ». Le médecin a fait des massages, puis a tiré le lait mêlé de sang. Il a même dû inciser le sein pour libérer la pression du lait.

¹³⁶ Plante dont le nom scientifique est « *bryophyllum pinnatum* » ; en français : « *Kalanchoe pinnata* ». Herbolario digital Carpio Iasa. n/d. Voir : <http://herbariodigitalcarpioiasa.blogspot.com/p/crassulaceae.html>. (consulté en juin 2016)

¹³⁷ Plante dont le nom scientifique est « *piper auritum* » ; en français : « poivre mexicain ». Ministerio de salud, Petroamazonas. 2009. Voir : http://www.centrosachawarmi.org/IMG/pdf/lacaze_2009-cuaderno_del_promotor.pdf (consulté en juin 2016)

¹³⁸ Tubercule dont le nom scientifique est « *dioscorea trifida* ». Huerto urbano, agricultura técnica, hidroponía. 2013. Voir : <http://hidroponiayhuertas.blogspot.com/2013/08/papa-chiricana-dioscorea-trifida-p.html> (consulté en juin 2016).

Maria do Céu se souvient que son fils suçait un lait mélangé au sang de ses crevasses, mais à l'époque « *il n'y avait rien à faire*, dit-elle » (de même que Celeste de Conceição). Elle a fini par acheter du lait en pharmacie, car elle estimait n'avoir plus assez de lait. Son expérience rejoint celle de Laurentina Pamplido : « *j'allaitais même avec des crevasses. L'enfant finissait avec les lèvres remplies de sang. Avec la force du lait le sein a explosé. Le médecin est venu me guérir. Il a fait des trous dans le sein et il a mis des mèches pour faire sortir le lait* ». Maria Emilia Neves se souvient des caillots dans ses seins. Le médecin lui a prescrit des compresses chaudes, des massages pour faire sortir le lait et il lui a donné une ordonnance pour un médicament qu'elle a utilisé pour tous ses enfants. Pour ses enfants suivants, Olivia Saofix gagnera ses seins d'une ceinture afin de ne pas avoir de lait.

Le discours de Julia Durão (femme ayant accouché chez elle à Porto) concorde avec celui de la *doula* équatorienne María Isabel Yánez. « *Je n'avais pas beaucoup d'argent, des fois il y avait du sang, mais la salive du bébé le cicatrisait. Je n'ai jamais fait d'échographie ni rien. Je n'ai jamais eu d'abcès* ». María Isabel est du même avis. Lurdes Rodea et Laura Pérez pensent que c'est le propre lait de la mère qui guérit le sein, même si elle déclare qu'existent des produits efficaces comme la pommade achetée en pharmacie (pratique la plus courante chez les *informatrices* portugaises). Selon Laura Pérez, les crevasses surviennent lorsque la prise n'est pas bonne ; l'allaitement à la libre demande, dit-elle, réduit les risques des mastites et de formation d'abcès. Elle critique les procédures médicales :

Les médecins donnent des antibiotiques, donc la femme ne peut pas donner le sein. Lorsqu'il n'y a pas de professionnel qui te soutient correctement, tu dois arrêter d'allaiter le temps que tu prendras les antibiotiques... c'est la mort de l'allaitement. De l'eau chaude et des massages, dans des cas aigus, donner juste un sein. Pour les crevasses mettre un peu de lait c'est bon et ne pas couvrir les seins tout le temps si possible ». (Laura Pérez)

Paula Marquez, qui n'a jamais eu des crevasses, dit que pendant les grossesses elle mettait de l'huile d'amande pour « *préparer ses mamelons* ».

En Équateur, surtout dans le cas des accoucheuses non métisses, certaines pratiques de soins des seins reposent sur l'utilisation des plantes, d'autres sur l'extraction manuelle du lait, les compresses de l'eau chaude et les massages.

L'Équateur et le Portugal ont des pratiques et des représentations culturelles propres à chaque contexte, qu'il s'agisse de l'allaitement, de l'alimentation de la femme ou des soins au moment du postpartum. Cependant, on note aussi des constantes telles que le don du colostrum à la libre demande, les soins de la femme au postpartum qui, pour avoir du lait, doit bien manger et surtout boire des liquides (mais la notion de « bien manger » est différente dans chaque contexte et les liquides ne sont pas les mêmes). À côté des constructions culturelles locales, certaines pratiques culturelles sont communes, décrites par les accoucheuses et les femmes dans le langage de tous les jours et par les agents de santé (surtout alternative) à l'aide d'un métalangage médical, plus technique.

Pratiques et représentations sont dans une relation dialectique : les représentations naissent des pratiques et en même temps les motivent. J'analyse maintenant les représentations du don du colostrum.

5.3.3. Le colostrum chez les accoucheuses traditionnelles : le nommer, le décrire... le concevoir

Une partie de la recherche a été consacrée à la définition du colostrum par la population étudiée. Le premier objectif a été d'identifier le nom que les informateurs donnaient au colostrum. Il y a deux types de réponses. Les personnes interrogées peuvent identifier lexicalement la substance pré-lactée comme du colostrum et en donner le nom technique : c'est le cas des accoucheuses métisses, de certaines femmes portugaises et des agents de santé du

Portugal et de l'Équateur. Il peut aussi arriver que les informateurs ne fassent pas la distinction lexicale entre le colostrum et le lait maternel. Cependant, tous affirment que le colostrum est différent du lait mature. Pour Ana do Mare, il s'agit du « *lait maternel* », mais lorsqu'elle en parle elle dit : « *ce premier lait ...* ». Trois des femmes portugaises savaient que la substance avait un nom mais ne s'en souvenaient pas.

Au Portugal, les noms donnés au colostrum sont plus idiosyncrasiques que partagés : « *suco alimentario* » (jus alimentaire), « cette eau » ou « *aguadilha*¹³⁹ », Maria Augusta Capela justifie sa réponse en disant « *parce que c'est une eau jaunâtre* ».

Les accoucheuses métisses l'appellent aussi « *zamora* » (j'ignore l'origine de ce terme). Pour les *Kichwas*, il n'existe pas un terme unique pour le désigner, mais les noms comportent déjà une description des caractéristiques physiques du colostrum.

¹³⁹ Sécrétion liquide qui ressemble à l'eau. Mucosité ou mucus. Dicionarioinformal (n/d). Voir : <http://www.dicionarioinformal.com.br/aguadilha/> (consulté en mai 2016).

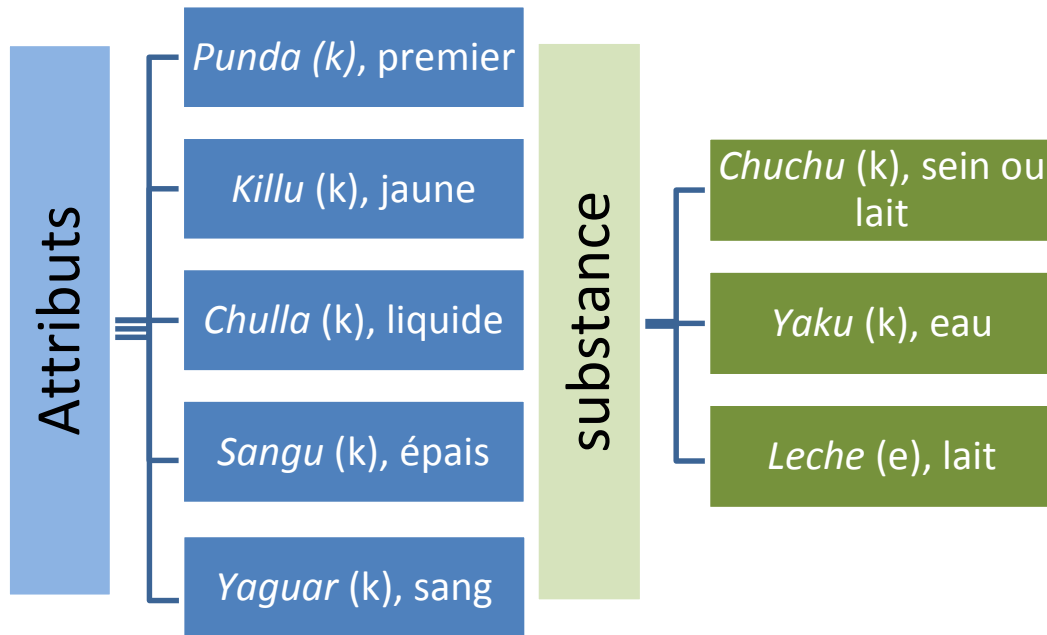


Tableau 9 : Dénomination du colostrum par la population *kichwa* de Pastaza.

Source : María Fernanda Acosta

Souvent, un nom composé décrit le colostrum qui est appelé *chuchu* (sein ou lait), *yaku* (eau) ou *leche* (lait en espagnol) et *punda* (premier en kichwa) : *punda chuchu*, *punda yaku* ou *punda leche* qui est le premier « sein », la première eau ou le premier lait. Lorsque la substance *chuchu*, *yaku*, ou *leche* est décrite comme *killu*, jaune, l'opposition colostrum/jaune versus lait/blanc émerge spontanément presque à chaque fois. Sur la consistance du lait, il n'y a pas non plus de consensus : certaines attribuent la qualité d'épais, *sangu*, au colostrum et d'autres lui attribuent la qualité de *chulla*, liquide. Le colostrum est associé au sang lorsque les femmes ont eu des crevasses, ce qui se produit souvent chez les primipares. Il n'existe pas de nom stable pour désigner le colostrum, les termes employés changent d'un contexte à l'autre, reportant dans le nom l'expérience sensorielle et les observations de chacun des acteurs. Peu importent les termes utilisés, une personne *kichwa* reconnaît le colostrum derrière ces combinaisons de mots.

Sur mes deux terrains, la description la plus consensuelle est celle d'une substance jaunâtre et plus épaisse que le lait mûr, comme « *du beurre* » (Maria Augusta Capela, Portugal). Si certaines femmes le décrivent comme plutôt liquide, la plupart qualifient le colostrum d'épais. Pour deux informatrices, il est collant. Concernant l'odeur et le goût, les souvenirs sont imprécis, la plupart ne s'en souviennent pas. Deux hommes (Équateur) ont dit qu'il était sucré ainsi que quelques femmes. Les informateurs qui ont évoqué le goût du colostrum sont Mario Garcés qui affirme qu'il est sucré, Xavier Alvarado qui le décrit comme « (ayant) *le même goût que le lait* » et Beatriz Paredes qui compare son goût à celui du lait de vache. Lorsqu'ils évoquent l'odeur, mes interlocuteurs disent soit que la substance sent le lait, soit qu'elle n'a pas d'odeur. Seules deux informatrices disent qu'elle a une odeur forte.

Dans l'Amazonie équatorienne, l'image du colostrum est plutôt positive. Les femmes connaissent l'existence de ce terme et le concept de colostrum vient souvent du monde de l'élevage qui leur est familier. En parlant du colostrum humain, les accoucheuses le comparent fréquemment (7 fois) à celui des vaches. Le contexte rural et la proximité de l'élevage facilitent cette comparaison. On note la même comparaison dans la région rurale du Nord-est du Portugal. Selon les termes de Maria Emilia Neves, « *il est différent du lait, il est plus épais, comme celui des animaux. La vache, lorsqu'elle accouche, a aussi un lait plus épais et plus obscur* ».

Ses propriétés nutritionnelles sont ainsi reconnues. À la question « le colostrum est-il bon ou mauvais pour le nouveau-né ? », la réponse paraissait évidente aux accoucheuses. Elles comparaient les bébés aux veaux qui ont une santé très fragile et peuvent mourir s'ils ne consomment pas le colostrum de leurs mères. Cette affirmation est comparable à la représentation du colostrum et de l'allaitement existant chez les *Aït Khebbach*, pour qui, leur consommation garantit la bonne santé et même l'espérance de vie du nouveau-né.

Mais on constate alors, systématiquement, que ces enfants sont continuellement malades, éprouvent des difficultés à grandir, marchent tard, demeurent chétifs, etc. Car, dit-on : « agho aïd da isqsahn iqjijn » (c'est le lait [entendu le lait maternel] qui rend les os solides). Le lait maternel est donc le plus sûr moyen d'assurer la survie du nourrisson, puis sa croissance. (Gélard 2010 : 26)

À l'exception de deux personnes qui pensent que le colostrum est un lait en train de pourrir pour être resté longtemps dans le sein de la mère (elles encouragent cependant les mères à le donner), la quasi-totalité des accoucheuses estiment que le colostrum est bon, même si elles ne font pas allusion au colostrum animal. Des affirmations telles que :

- « (le colostrum), *c'est de la vitamine pour que les bébés se développent plus rapidement, pour qu'ils soient intelligents, ça les protège des maladies* »,
- « *les enfants qui le boivent sont plus sains que ceux qui ont été nourris avec le biberon ou du lait de pharmacie* »
- ou un discours plus médicalisé (une accoucheuse métisse qui travaille à la restauration d'un hôpital) : « *il a des protéines, du calcium, du fer, il a tout, il est tout à fait complet* » (Claudia Jaramillo)
- « *l'enfant qui le boit est un enfant sain ; c'est bon si sa mère est saine aussi* ».

Ce dernier entretien met en évidence la représentation du colostrum et du lait en général comme un vecteur possible de contamination en cas de maladie de la mère ou si celle-ci est mal nourrie. Les accoucheuses pensent que cela aura des répercussions sur la santé de l'enfant.

Selon les accoucheuses, le colostrum est sécrété en quantité suffisante. Dans cette région, les femmes *kichwas* nourrissent leurs enfants exclusivement avec du colostrum et ne leur donnent aucun complément. Par rapport à sa composition, certaines accoucheuses estiment que sa qualité dépend de la nutrition de la mère. Une informatrice évoque ainsi la qualité de l'alimentation lors de la grossesse :

Si la maman a bien mangé pendant sa grossesse, l'enfant est né avec toutes ses énergies et il n'en a presque plus besoin lorsqu'il naît : il boit un tout petit peu et il est rassasié. Le lait dépend de comment a été la grossesse (...) certaines fois ils se réveillent et ils ne veulent pas manger, tandis que d'autres boivent et boivent sans se rassasier (Claudia Jaramillo).

Claudia a des connaissances techniques sur les propriétés nutritionnelles du colostrum, peut-être liées à son travail à l'hôpital. Elle a introduit le sujet, lors de l'entretien, comme un concept qu'elle emploie et qu'elle connaît parfaitement. Il y a une différence importante entre son discours et celui des accoucheuses indigènes. Dans son cas et dans celui de Beatriz Paredes à Puyo, on note une influence des discours médicaux académiques.

Si la description visuelle de la couleur du colostrum et de sa consistance, plutôt riche, est dénotée dans les différentes dénominations, peu d'accoucheuses, en revanche, ont donné une description de son goût ou de son odeur.

Donner le colostrum est perçu comme une pratique « naturelle », « normale » et courante dans la culture *kichwa*. L'allaitement a une valeur sociale très importante : il sert de critère pour juger si une mère est « bonne » ou « mauvaise ». Je n'ai pas trouvé de femmes qui n'allaitaient pas. Un facteur qui encourage les mères à allaiter est leur propre santé, car les « aïeux » leur ont dit que si elles ne donnaient pas le sein, elles auraient des abcès.

Le discours n'est pas le même en Amazonie équatorienne que dans d'autres régions du pays. María Isabel Yáñez, née à Tulcán (une ville dans la région des montagnes) évoque la discrimination ethnique qui joue sur les comportements des mères face à l'allaitement. Elle cite le cas d'une femme qui a dû arrêter d'allaiter car sa mère lui avait dit qu'elle ressemblait à une « *longa*¹⁴⁰ *del mercado* » (« indigène » du marché). Cette *doula* a vu des cas où « l'allaitement est un sujet de blanchiment social ». L'allaitement exclusif est ainsi associé au fait d'être

¹⁴⁰ Terme qui vient du *kichwa* et signifie jeune. Dans ce cas, ce terme est péjoratif. Il désigne les femmes indigènes et commerçantes au marché. Il est un discriminant ethnique. Sa traduction est difficile en langue française où les termes ne montrent pas l'intentionnalité existante derrière les mots. Ce sont souvent les métis qui l'utilisent pour se distinguer des indigènes.

indigène et/ou pauvre. Le fait d'allaiter, dans ce contexte, « *veut dire que tu n'es pas de la classe sociale qui t'appartient* », dit María Isabel, ce qui veut dire dans cet exemple que le regard social veut qu'une femme métisse et aisée ne devait pas allaiter. Sa mère lui a avoué qu'elle l'allaitait, dit-elle, mais elle lui donnait aussi le biberon car « *si tu n'avais pas de biberon, t'étais (perçue comme étant) une fille pauvre* ». Sa grand-mère lui « *a tout acheté : les biberons, le stérilisateur* » pour que les gens sachent que « *cette petite avait tous les comforts* ». Dans ce cas, l'allaitement n'est plus un élément déterminant pour juger si la mère est « bonne » ou « mauvaise ».

María Virginia Vizcaíno, accoucheuse, souligne aussi cette différence qu'elle explique par les différences entre la ville et la campagne :

Avant la mère ne pouvait pas se séparer de son fils car elle ne pouvait pas laisser le lait. Elle devait l'amener toujours avec elle. Les gens de la campagne sont très différents que ceux de la ville. Nous, nous allaitons ! Avec le châte mis, on a la nourriture toute fraîche.

L'allaitement est un « fait social total » (Mauss 1950) ainsi que le don du colostrum. Les pratiques et les représentations sont sous l'emprise de différents facteurs tels que l'absence ou la présence massive de la commercialisation du lait en formule, le discours des médias sur les laits de formule et sa consommation, les discours des politiques et des agents de santé. La commercialisation massive de ces produits ne s'est pas produite en Amazonie équatorienne qui, du fait de sa faible densité démographique et de sa population exclusivement indigène jusqu'en 1964¹⁴¹, ne constituait pas un marché porteur. Au contraire, d'après Lurdes Rodea cela s'est produit au Portugal dans les années 1950-1960, affirmation qui est corroborée par les sources bibliographiques (Infor-allaitement 1999 : 4).

¹⁴¹ Année de la première réforme agraire soutenue par l'IERAC (Institut Equatorien de Réforme Agraire et Colonisation) qui touche l'Amazonie. (Eberhart 1998 : 27).

Actuellement, l'allaitement maternel exclusif redevient une pratique encouragée par les agents de santé et même par le Ministère de la Santé Publique qui soutient des campagnes publicitaires et d'information sur l'allaitement dans les institutions de santé, comme à Arajuno.

Le processus a été le même au Portugal où beaucoup des femmes interviewées, âgées de soixante à quatre-vingts ans, ont donné le biberon à leurs enfants. Pendant cette époque, la consommation de lait en formule a été élevée « *Moi, je donnais déjà le biberon* », dit Ana do Céu. Maria Domiguez rappelle le discours médical qui validait la consommation du lait de formule : elle donnait le lait « *prescrit pas le docteur* ». Pour Adelaida Zaraiba, à l'époque de Salazar elle a eu « *le droit au lait de la pharmacie* », décrit comme « *le lait adéquat* ». Cette représentation du lait de formule comme étant un droit et une avancée, soutenue par le discours médical et les politiques de santé, n'a pas favorisé la pratique de l'allaitement maternel qui reste faible dans cette population. Les arguments avancés par mes informatrices pour ne pas avoir choisi d'allaiter sont l'insuffisance de lait ou des problèmes aux seins.

D'autres informatrices affirment qu'anciennement les femmes donnaient toutes le sein. « *Les huit enfants que j'ai eus, dit Julia Durão (Porto), n'ont jamais pris le biberon ni la tétine ni rien, ils ont toujours pris le sein* ». Deux des informatrices ont été nourrices des enfants de leurs voisines « *qui n'avaient pas de lait* ».

Maria de Casa Branca me dit : « *maintenant elles ne donnent plus le sein, conseillées par les médecins* », mais elle accorde des propriétés au colostrum et au lait : « *il est bon, il protège plus les enfants, ses os et tout son organisme* ». Cette affirmation met en évidence une contradiction entre sa perception du discours médical et sa propre opinion. Laura Pérez, conseillère d'allaitement, a un discours très positif sur le colostrum : « *(il) est jaune, le lait est plus léger et plus blanc. Le colostrum est jaune et plus épais. Il a un très bon goût, comme le lait, très sucré. C'est très bon* ». « *Le colostrum, ajoute-t-elle, est très important. Même s'il ne*

boit pas le lait maternel, il doit boire le colostrum. Nous et tous les mammifères avons dans le colostrum tous les minéraux et les défenses et nous le produisons dès la grossesse ».

Une informatrice portugaise dit du colostrum qu'il « *est jaune comme le poison* ». Le colostrum est-il jugé bon ? Au Portugal, les réponses sont hétérogènes. Pour certaines, il n'est pas bon mais elles le donnaient quand même car « *il fallait faire sortir le mauvais pour avoir le bon. Toutes les mères le donnaient* » (Celeste de Conceição).

Un courant d'opinion, se souvient Lurdes Rodea, véhiculait l'idée que le colostrum ne suffisait pas et même qu'il ne fallait pas le donner. « *Il était une sorte de poison (...) le bébé passait 24 heures sans manger, ils prennent une substance glucosée et rien de plus. Ce n'était pas à mon époque. Quand j'ai commencé à travailler, il y a 34 ans ce n'était plus comme ça* ». « *Le premier lait donne de la fièvre. De moins en moins, mais avant il était mauvais, ça donnait de la fièvre car il venait de la chaleur de la femme* » (Ana do Mare). Cette accoucheuse a même amené un échantillon du lait au laboratoire « Ricardo Jorge » pour le faire analyser et éviter la maladie que, selon elle, ce colostrum aurait pu occasionner.

Pour d'autres femmes comme Maria Augusta Capela, Maria Emilia Neves, Paula Marquez ou Laurinha, le colostrum est bon car il nettoie les intestins des enfants (comme dans le cas des veaux, dit Maria Emilia). Selon Laurinha, les anciens l'utilisaient même pour guérir la douleur d'oreille en y mettant quelques gouttes.

Chez les sages-femmes à domicile retraitées les opinions ne sont pas homogènes non plus. Pour certaines, le colostrum est bon pour protéger les nouveau-nés contre les infections (Lurdes Pereira). Pour d'autres, « *il n'est pas bon, mais il (l'enfant) devait téter car ils n'avaient pas d'argent pour acheter autre chose* ».

Antonio Ferreira, ainsi que d'autres sages-femmes à domicile et *doulas*, possède une information assez précise et technique sur cette substance : « *il a une composition faible en*

protéines, mais rempli d'immunoglobulines et anticorps, faible en matières grasses et en sucres aussi ».

Ma question « d'où vient le colostrum ? » a été perçue comme très difficile. La réponse habituelle est : « *je ne sais pas* ». Malgré l'absence d'une réponse « fiable » à donner, j'ai recueilli des réponses intuitives telles que : « *ça doit venir de dedans (le corps)* », « *de la chaleur de la mère* », jusqu'au point de provoquer de la fièvre chez l'enfant (Ana do Mare), ou du sang de la mère : « *lorsque l'enfant est déjà formé, le sang se transforme en colostrum* ». Cette dernière affirmation peut se comparer aux conceptions des *Ait Khebbach* pour qui l'origine du lait est perçue comme féminine, « il provient du sang de la femme transformé en lait » (Gélard 2010 : 28). Toutes ces réponses montrent que les informateurs ont une intuition des processus physiologiques du corps lors de la grossesse et de la formation du colostrum.

L'information la plus imprécise concerne la durée de la sécrétion du colostrum : les réponses varient de deux jours à un mois, la réponse la plus commune étant de deux-trois jours. La réponse la plus atypique a été celle de la sage-femme équatorienne Belén Arequipa qui dispose d'informations sur l'allaitement ; elle fait des ateliers informatifs à Arajuno. Cependant, elle a évoqué la présence pendant six mois du colostrum dans le corps de la mère. Le discours pour décrire et expliquer les propriétés du colostrum est le même que pour l'allaitement. Le colostrum est encore un point peu abordé et enseigné. Le Ministère de la Santé d'Équateur encourage les agents de santé à informer la communauté sur l'allaitement, sujet primordial pour prévenir et améliorer les taux de malnutrition et de dénutrition des enfants en bas âge et réduire la mortalité infantile.

À nouveau, les agents de santé tels que les sages-femmes à domicile et les *doulas* ont l'information la plus technique : « *Le colostrum structurellement a une composition différente du lait...* » (Antonio Ferreira), « *il vient de nos glandes et c'est notre organisme qui le produit.*

(...) *À partir du septième mois de grossesse, la femme peut sentir le colostrum...* » (Lurdes Pereira).

Pour les *Kichwas*, le passé et les aïeux sont des référents. Ce sont eux, hommes comme femmes, qui ont transmis les savoirs sur le colostrum, disent la plupart des accoucheuses et accoucheurs. Des accoucheurs hommes ont participé aux entretiens. Ils n'étaient jamais embarrassés quand la discussion portait sur l'accouchement, mais leur attitude a changé quand elle a porté sur le colostrum. Ils ont perdu de leur assurance, cherchant confirmation de leurs réponses auprès de leurs femmes. Même si personne ne l'a dit explicitement, la transmission des connaissances sur le colostrum, hors du contexte médical, semble relever des femmes. À Nunkuy Nunkay, ce sont encore les femmes (mère ou belle-mère) qui non seulement ont ces connaissances (acquises sur leur propre corps), mais qui les utilisent en aidant aux accouchements. Les détentrices de ces informations sont des femmes qui en font l'expérience sur leurs propres corps et ce sont elles qui la transmettent.

Il en va de même au Portugal : c'étaient les mères (surtout) des informatrices, les *habilidosas*, les *parteiras*, ou les femmes plus âgées qui transmettaient le savoir relatif à l'allaitement et à l'accouchement. Maria Augusta Capela évoque sa mère qui eut douze enfants et qui a donc acquis l'expérience et les connaissances nécessaires. Paula Marquez habitait de façon communautaire et menait toutes ses activités avec les autres femmes de la communauté. « *Nous vivions ensemble* », dit-elle. Ce sont ces femmes qui l'ont formée et informée. Dans le cas de Laura Pérez, ce sont des groupes de soutien sur l'allaitement à Madrid, composés encore de femmes.

Toujours au Portugal, Alice Bisanto n'a jamais bénéficié de connaissances, elle s'est laissé guider par son instinct « *comme les animaux, on est égaux, on est comme eux* ». Selon Julia Durão, l'information donnée aujourd'hui était inexistante à son époque, y compris les

méthodes de contraception. « *Avant il n'y avait rien. Maintenant celle qui veut être mère l'est. Maintenant il y a même la pilule du lendemain* ». Il y a juste une femme qui reconnaît avoir eu des informations du médecin.

5.3.4. Le don du colostrum et la relation mère-nouveau-né

Le docteur Claudio, à Curitiba (Brésil), décrit la première prise du sein d'une des femmes qu'il a assistées. « Rayonnante, Sylvana prend l'enfant et le met contre son sein. Dans la pièce d'à côté, Josélia vient aussi d'accoucher et les deux bébés, presque jumeaux, têtent déjà, libérant les hormones d'attachement » (Bonnet del Valle 2000 : 199).

L'allaitement n'est pas seulement compris par certains informateurs comme un acte alimentaire mais aussi comme un moment émotionnel. C'est important pour l'enfant et pour la mère :

Les hormones que l'on secrète sont le pic d'ocytocine le plus élevé. Tomber amoureuse de ton bébé, c'est le moment de la retrouvaille et du coup de foudre. Même pour préserver l'espèce, c'est le moment de rencontre et de coup de foudre qui garantit que tu prendras en charge ton enfant. D'un point de vue très animal, très biologique, ça c'est important : qu'ils se regardent dans les yeux. Maintenant ils font plus attention à ça. Ça dépend du professionnel, il y a déjà ce soin de laisser le bébé avec sa mère. Ils le ramènent dans une salle pour l'habiller, mais pas tout de suite, pas dans la première demi-heure (Esther de León).

Selon Luisa Condeço, *doula* portugaise, le sein de la mère n'est pas juste du lait mais de l'amour, de la confiance, de la compassion, de la sécurité. L'allaitement rassure l'enfant pendant qu'il s'adapte à un monde qu'il ne connaît pas, dans lequel les bruits ou autres stimuli lui font peur. La *doula* María Isabel Yáñez souligne aussi l'importance du don du colostrum dans le rapport entre la mère et le nouveau-né. Le colostrum sent « *l'amour, la femme, l'humain, dit-elle, au-delà des composants chimiques, il y a une phéromone incroyable. Il est rempli*

d'ocytocine. Si l'amour avait une odeur, je pense qu'il sentirait l'ocytocine ». Pour elle, le don du colostrum est une façon d'exprimer l'amour de la mère pour son enfant.

Trois des femmes portugaises évoquent aussi l'importance de la construction de « *ce moment d'intimité* » et de la relation mère/enfant. D'ailleurs, dit Julia Durão, « *le bébé lorsqu'il naît vient déjà avec l'odeur de la mère et du père, il les connaît déjà* ». En Équateur, pour l'accoucheuse Virginia Vizcaíno, l'enfant apprend à aimer sa mère lorsqu'il est au sein. « *L'enfant allaité va chercher sa mère lorsqu'elle n'est pas là* ».

En résumé, le don du colostrum et l'allaitement sont des pratiques habituelles dans la culture *kichwa* de l'Amazonie et chez les métisses de cette région. Elles font même partie des critères de jugement social pour évaluer ce que c'est qu'être une « bonne mère ». Le colostrum est perçu comme une substance bénéfique et suffisante pour l'enfant et c'est l'unique aliment donné aux nouveau-nés. Certaines informatrices ont même évoqué la prévention du cancer du sein, comme bénéfique pour la mère.

Il n'en va pas toujours de même au Portugal. Dans ce pays, la génération des femmes interviewées a assisté à la promotion du lait artificiel. Leur maternité n'était pas disqualifiée socialement si elles n'allaitaient pas. Chez elles, cette absence d'allaitement s'accompagnait d'une justification (soit elles n'avaient pas eu « *assez de lait* », soit elles avaient eu des mamelons crevassés ou qui saignaient, soit elles avaient eu des abcès ou une inflammation du/des seins(s) (une mastite).

Sur les deux terrains, même si le concept de libre demande n'est pas explicite, les accoucheuses allaitent (ou encouragent d'allaiter) souvent leurs enfants « *quand ils pleurent* », et non pas en fonction d'horaires définis. Cette pratique va configurer un rapport plus étroit entre l'enfant et sa mère, qui sera plus à l'écoute de ses besoins.

Bien que Maria Augusta Capela (Serra de Gêres, Portugal) affirme qu'elle allaitait les enfants de ses voisines qui devaient travailler, les relations de colactation dans mes deux terrains n'impliquent pas la construction de liens sociaux entre familles ou groupes comme c'est le cas dans le peuple *Aït Khebbach*. Pour eux, « Le lait est plus fort que le sang » (« *Agho ichqa ugar n-idamn* ») puisque la colactation établie des relations de parenté entre deux familles ou des tribus.

En effet, tout enfant allaité par une femme autre que sa mère biologique appartiendra de fait à la fratrie de cette femme, créant une parenté de lait étendue entre germains des deux familles. (Gélard 2010 : 26).

Ni dans l'Amazonie de l'Équateur, ni au Portugal, le don du colostrum ou l'allaitement ont cette dimension symbolique de lien social entre les familles ni de construction identitaire de parenté.

La pratique du don du colostrum et la perception de cette substance sont l'objet d'une transmission entre femmes. Sur le sujet, les accoucheurs *kichwas* ne sont pas sûrs d'eux-mêmes ; ils demandent confirmation de leurs réponses à leurs femmes. Les savoirs sur le colostrum s'enracinent dans l'expérience sensorielle des femmes qui les transmettent ensuite. Souvent les représentations associées au lait sont transférées au colostrum et les bénéfices spécifiques du colostrum sont l'objet de représentations approximatives.

Après le don du colostrum, je vais considérer maintenant d'autres éléments du processus des premiers jours du postpartum : les soins procurés par les agents de santé à la femme, les pratiques autour de son corps, le rôle de la famille et de l'agent de santé pendant cette période.

5.4. Le postpartum

Les jours qui suivent l'accouchement sont considérés par mes informateurs de deux pays comme des périodes de repos pour la femme. Elle n'est pas censée faire d'efforts physiques et elle doit se protéger du froid. Les tâches ménagères sont prises en charge soit par quelqu'un de la famille (la mère, la belle-mère, la tante, la sœur, la belle-sœur, parfois le mari ou même le beau-père, dans le cas de Alice Bisantos, ou des voisines), soit par l'accoucheuse. Celeste do Santos se souvient que pour les premiers jours c'était l'accoucheuse qui lavait les couches, « *après la sage-femme avait sa propre vie, ses propres enfants* ».

Le rôle de l'accoucheuse était de contrôler le postpartum de la femme, de la laver et de lui procurer les soins post-accouchement, ou encore de l'aider aussi aux tâches domestiques. Au Portugal, pour dédommager l'accoucheuse, la femme lui payait parfois le salaire journalier (*jeira*) pendant les jours où elle l'aidait (Laurentina Pamplido). Cependant, dans les deux pays, il arrivait souvent que l'accoucheuse ne se fasse pas payer.

Au Portugal et en Équateur, les maris « *aid(ai)ent* » leurs femmes les premiers jours, mais ce n'était/est pas une règle générale. Dans le cas où le mari n'est pas présent, dit Esperanza Padilla, la femme doit prendre en charge ce travail qui, dans les représentations locales, correspond à une tâche féminine. Selon Ana do Mare, ces travaux ne concernent pas les hommes et elle le dit explicitement :

- *Ma tante me faisait à manger.*
- *Et votre mari aussi ?*
- *Non, cela était un travail de femmes. Ma mère venait le samedi faire le ménage de la chambre et s'occuper du linge, c'était toujours comme ça.*

La représentation du froid comme une menace pour la femme qui vient d'accoucher est commune à tous mes interlocuteurs, mais la façon de l'éviter et la durée durant laquelle la femme doit rester chez elle diffèrent d'un contexte à l'autre.

Comme je l'ai déjà dit, à Nunkuy Nunkay, communauté *shuar*, les femmes accouchent dans la maison traditionnelle, ronde et construite en canne. Cette maison est le lieu de la cuisine. La mère et son enfant y séjournent après l'accouchement. Traditionnellement, « *d'après les anciens* », il faudrait passer un mois dans cette pièce qui est réchauffée quotidiennement pendant que les repas de la famille sont préparés. Cependant, mes informateurs affirment que ce n'est plus le cas, qu'aujourd'hui les femmes y passent quatre jours, puis « *elles vont au lit avec le matelas dans l'autre maison* » (Silvio Guasún, confirmé par sa femme, Maria Pias). Selon Rita Chimquim, dans la même communauté, on ferme tout, les portes et les fenêtres pour que les femmes « *n'attrapent pas froid* », pendant un mois car « *parfois elles attrapent des rhumatismes, certaines femmes qui ne prennent pas soin d'elles la première semaine et qui se lèvent de leur lit attrapent froid* » (Cf. photo 77).

Pour Leticia Mashikiash, technicienne *achuar* de prise en charge de santé primaire, la femme doit rester chez elle deux ou trois mois, car « *elle doit se reposer et être chez elle, elle est faible, elle doit se méfier du froid* ». Maria, à Casa Branca, appelle cette période le *resguardo* (protection, défense ou abri). Idéalement, il faut se lever du lit progressivement « *pour récupérer de la maladie de l'accouchement* » (Olivia Soafix).

Les accoucheuses et accoucheurs de l'Amazonie déconseillent de se baigner dans le fleuve.

La mère doit se laver avec de l'eau chaude ainsi que le bébé. Pendant huit jours il ne faut pas se laver (ni la femme ni le bébé). Il faut éviter le froid, pour qu'elle puisse récupérer la chaleur qu'elle a perdue pendant l'accouchement. Il faut aussi qu'elle prenne de la nourriture chaude. (Mario Garcés, accoucheur *kichwa*).

Selon mes interlocuteurs des deux pays, l'idéal est de rester quelques semaines ou même un, deux ou trois mois à se reposer après l'accouchement. Mais la durée de ce repos dépend(ait)

du contexte. Celeste Santos n'a pas pu se reposer, car elle « *n'avait personne pour l'aider* », comme Julia Durão qui a dû se remettre aux tâches ménagères le jour même. Plus la femme reste chez elle, plus « *elle est bien conservée* » (elle est en bonne santé et semble jeune) ensuite.

Cette période de repos n'est pas propre à l'Équateur et au Portugal. En Inde, suite à la naissance du nouveau-né, on relève des pratiques rituelles de protection pour la mère et l'enfant, telles que la réclusion de la femme chez elle et une diète spécifique. Après le dixième jour, c'est le père qui attribue le nom au nouveau-né et la femme changera à ce moment son régime de lait et de plantes.

... le père entoure maintenant la maison de branches protectrices magiques et arrose la chambre de grains de riz pilés. Il suspendra ensuite des sachets remplis d'herbes protectrices dans la chambre, autour du cou de sa femme et de son fils, ainsi que dans les instruments de cuisine et la jarre d'eau. La période de réclusion qui correspond au caractère d'impureté attribué à l'acte de mettre au monde peut maintenant commencer. (Bonnet del Valle 2000 : 164).

Cette période transitionnelle est aussi mentionnée dans la Bible. Suite aux couches, la femme est perçue comme impure et des délais sont établis pour sa purification à travers son sang et par certaines pratiques :

1 Et l'Éternel parla à Moïse, disant :

2 Parle aux fils d'Israël, en disant : Si une femme conçoit et enfante un fils, elle sera impure sept jours ; elle sera impure comme aux jours de l'impureté de ses mois.

3 Et au huitième jour on circonciera la chair du prépuce de l'(enfant).

4 Et elle demeurera trente-trois jours dans le sang de sa purification ; elle ne touchera aucune chose sainte, et ne viendra pas au sanctuaire, jusqu'à ce que les jours de sa purification soient accomplis.

5 Et si c'est une fille qu'elle enfante, elle sera impure deux semaines comme dans sa séparation, et elle demeurera soixante-six jours dans le sang de sa purification.

6 Et quand les jours de sa purification seront accomplis, pour un fils ou pour une fille, elle amènera au sacrificateur, à l'entrée de la tente d'assignation, un agneau âgé d'un an pour holocauste, et un jeune pigeon ou une tourterelle pour sacrifice pour le péché ;

7 et il présentera ces choses devant l'Éternel, et fera propitiation pour elle, et elle sera purifiée du flux¹ de son sang. Telle est la loi de celle qui enfante un fils ou une fille. (La Bible, Lévitique chapitre 12)

Isabelle Bianquis évoque également l'existence en Mongolie d'une période de repos de trente à quarante jours avant les relevailles de la femme. Suite à l'accouchement, la femme est perçue comme un corps disloqué. La femme étant habituellement représentée comme le

« réceptacle de l'âme et de la force vitale » (Bianquis 2014 : 50), elle est confrontée pendant le postpartum au risque que son âme ou le souffle vital lui échappe. Tous les orifices peuvent être une porte ouverte favorisant cette perte : les aisselles, la fontanelle, les oreilles, les pores de la peau ou le bassin. Les oreilles et la fontanelle sont des zones particulièrement fragiles après l'accouchement, ce sont des régions de passage de l'âme. Pendant cette étape, elle est obligée de porter un foulard ou un chapeau pour se protéger. Ces deux accessoires ont la fonction de « fermer symboliquement l'individu » (Ibid. 3).

La femme doit également éviter de transpirer ou de souffler par excès de travail car elle peut perdre son souffle vital qui sort par sa bouche ou par les pores de la peau. Le chaud et le froid sont également présents dans la culture mongole. Le froid est associé aux femmes et aux personnes âgées, tandis que le chaud l'est aux hommes et aux jeunes. Cette chaleur est aussi régulée par le sang, « mais durant la période de gestation, ne perdant plus son sang, elle accumule un surplus de chaleur qui permettra la cuisson de l'enfant » (Ibid. 3).

Troisième contrainte : en Mongolie, la femme durant cette période ne peut pas avoir de rapports sexuels. Ils pourraient provoquer une montée de chaleur et donc de la transpiration qui entraînerait la perte du souffle vital ou un assèchement qui compromettrait ses futures grossesses.

Estela Grefa (accoucheuse *kichwa*) partage cette idée sur l'abstinence sexuelle pendant le postpartum car le corps de la femme et son utérus sont encore faibles.

Il faut faire attention pendant trois mois, « ya no se ocupa ya » (on ne s'utilise plus¹⁴²), il faut prendre différentes plantes médicinales (...) Si elle a des rapports avant les trois mois, elle tombe malade, c'est mauvais, le corps est encore faible, notre utérus... notre corps est encore faible... (Estela Grefa)

¹⁴² Expression pour signifier que les femmes n'ont plus de rapports sexuels.

Bien que la crainte du froid soit omniprésente chez tous mes informateurs, celle de la chaleur excessive n'est évoquée que par Isabel Verdesoto. La différence entre les représentations de la température idéale du corps dans ces trois différents contextes ouvre le débat : est-ce que l'influence de l'entourage crée-t-elle des représentations diverses ? Est-ce que les facteurs religieux interviennent-ils dans les constructions des différentes représentations sur le corps ?

En Équateur et au Portugal, les informateurs conseillent des aliments chauds pour augmenter la production de lait et pour que la femme reconstitue la chaleur perdue pendant l'accouchement, comme des soupes, notamment celle de poulet ou des *coladas*. « *Il ne faut rien boire de froid également* » (Rosa Chiguango, accoucheuse *kichwa*). Il y a certaines contre-indications dans la nourriture, différentes selon l'informateur :

- Il faut qu'elles mangent « *du poulet ou d'autres animaux endémiques* » Esperanza Padilla,
- « *sauf des animaux de la montagne* », Rita Chimquim
- « *il ne faut pas manger certains oiseaux et des singes* » Maxi Andi

Ces dernières pratiques ont pour but d'aider la femme à récupérer la chaleur perdue pendant l'accouchement. Si elles sont exposées au froid (en mangeant de la nourriture froide ou en exposant leurs corps au froid), elles risquent d'avoir de la fièvre, des douleurs physiques (Isabel Verdesoto) et de tomber malades. De plus, si les femmes mangent des animaux endémiques, leur rétablissement sera plus rapide (Esperanza Padilla). On note une différence avec les pratiques mongoles, où les aliments conseillés pendant le postpartum sont des « soupes noires » ou maigres qui consistent en « un bouillon obtenu après la cuisson de la viande de mouton » (Bianquis : 52). Cette soupe respecte les proscriptions de « viande grise » ou

« aliments blancs » qui peuvent réchauffer excessivement la femme et donc provoquer des transpirations.

En Équateur, les conséquences peuvent être diverses : pour la femme, constipation, grippe, baisse de la qualité du lait, malaises, gonflement de certaines parties du corps, fièvre, douleurs des os, *sobrepartos*¹⁴³. Lors d'une sortie prématurée de la maison, l'enfant peut aussi « attraper la mauvaise humeur par les gens qui transmettent la mauvaise humeur, 'ojeando'¹⁴⁴, les enfants se mettent alors à pleurer sans cesse » (Estela Grefa).

Le froid peut également provoquer des *sobrepartos*. D'après Isabel Verdesoto, ce malaise s'exprime par une douleur intense des os et/ou des dents, des sueurs froides et/ou « une sensation que les yeux vont exploser ». Elle est provoquée, dit-elle, pendant le postpartum par excès de froid ou de chaleur. Pour soigner la femme, elle prépare un mélange d'herbes, de menthol et de médulle d'os d'animaux qui est enveloppé dans une feuille d'arbre (*maito*) et réchauffé dans du charbon. Puis elle frotte le corps de la femme avec cet onguent « qui ressemble à de la vaseline ». Il faut qu'elle le sente aussi. La deuxième façon de soigner ce malaise est de préparer une infusion avec trois pierres blanches du « milieu d'une rivière » (celles qui sont sur les bords ne servent pas), les faire bouillir avec un vieux fer à cheval préchauffer et ajouter un peu d'alcool. Cette boisson doit être bue par la parturiente, car « les piqûres et les médicaments que les docteurs leur donnent ne marchent pas ». Elle ne donne pas d'explication sur cette procédure, puisque « c'est comme ça qu'on m'a appris ». Cette pratique

¹⁴³ La traduction de ce terme est postpartum, cependant dans ce contexte il est employé comme synonyme de maladie ou de malaise.

¹⁴⁴ Qui vient du *mal de ojo* ou maladie de l'œil, c'est lorsque les gens de façon volontaire ou involontaire transmettent une énergie négative trop forte aux jeunes enfants, juste en les regardant. Une pratique traditionnelle en Équateur est de mettre aux petits enfants un bracelet rouge pour les protéger des personnes qui ont une « énergie trop forte » et qui peuvent « *ojearles* ».

fait partie de la transmission de savoirs, même si Isabel ne peut pas comprendre les principes médicaux qui opèrent pour guérir la femme.

Xavier Grefa guérit ces malaises avec des bains de décoctions chaudes de plantes telles que la feuille du tabac sauvage. Gladys Grefa met sur la région de l'utérus des cendres chaudes du charbon utilisé pour cuisiner. Elle se souvient également qu'autrefois les femmes ne portaient pas de culottes et que le sang coulait directement sur le plancher recouvert de cendre.

Au Portugal aucune pratique traditionnelle pour que la femme se « purge » du sang pendant le postpartum n'a été mentionnée. En Équateur, les accoucheuses *kichwas* utilisent plusieurs plantes en infusions pour cette purge telles que la *guayusa*¹⁴⁵ (avec ou sans alcool) (également mentionnée par Rita Chimquim, femme *shuar*), le *chugchuguaso*¹⁴⁶, le *chigri yuyo* (cf. supra, page 225). Rosa Chiguango pense que « *le sang sort tout seul et qu'il ne faut rien donner* ».

Chez les accoucheuses métisses, les pratiques postpartum sont différentes. La purge se fait avec d'autres infusions comme la camomille, le miel, les feuilles de noyer et/ou du gazon. Beatriz, Isabel et María Virginia font la *encaderadada*, quelques jours après l'accouchement. Cette manipulation vise à refermer les hanches de la parturiente et à remettre l'utérus à sa place après l'accouchement, selon des objectifs médicaux et esthétiques.

« *Le encadero* » (*j'applique la procédure de la 'encaderada'*) avec un drap. Je la secoue avec le drap (*manteo*), puis je secoue ses pieds vers le haut pour qu'elle ne reste pas

¹⁴⁵ Nom scientifique « *Ilex guayusa* », plante endémique. Colecciones en linea del herbolario Medel (n/d). Voir : <http://www.biovirtual.unal.edu.co/ICN/?controlador=ShowObject&accion=show&id=557818> (consulté en mai 2016).

¹⁴⁶ Nom botanique « *maytenus laevis reiss* », plante endémique. Colecciones en linea del herbolario Medel. n/d. Voir : https://books.google.fr/books?id=qj6-Do2Ci_0C&pg=PA76&lpg=PA76&dq=chugchuguaso&source=bl&ots=dJ_xUjaExl&sig=CkBRohBtE_POIDu8O38D968DFos&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjf7_uri4LNAhVHvxQKHbIvBVvsQ6AEIHZA#v=onepage&q=cugchuguaso&f=false (consulté en mai 2016)

ventrue (...) après accoucher les hanches doivent se recoller. (Virginia Vizcaíno, accoucheuse métisse à Puyo).

Après avoir remis l'utérus à sa place, par des secousses ou par une manipulation manuelle, elles enserrant étroitement le corps de la femme dans une gaine ou des morceaux de draps. Cette procédure existe chez les métisses, mais aucune des accoucheuses *kichwas* ne la pratique.

En définitive, le postpartum est perçu par les informateurs comme un moment critique où la femme doit prendre soin d'elle pour se rétablir. Cette phase de *resguardo* devient de plus en plus courte. Selon mes informateurs, « à l'époque de nos aïeux c'était un mois » ou « avant, les femmes restaient un mois au lit ».

Après l'accouchement de mes informatrices portugaises, et aujourd'hui encore dans les sociétés de l'Amazonie équatorienne, le rôle de la famille, des voisins et/ou de l'accoucheuse dans ce rétablissement est central. Cette solidarité entre les membres de la communauté contribuait à la cohésion sociale. C'est ainsi que souvent la voisine ou un membre de la famille venait/vient laver la femme accouchée, le nouveau-né et même l'aider dans les tâches ménagères pour lui permettre de se reposer.

Dans tous les cas, on note une constante pendant les premiers jours du postpartum : la crainte du froid qui peut rendre malade la femme et même provoquer un « *sobrepardo* ». Pour l'éviter, elle doit rester chez elle, bien fermer les portes et fenêtres de la maison, manger de la nourriture et boire des boissons chaudes.

Conclusion du chapitre

La naissance est pour la mère et l'enfant un moment de transition fondamental. Cette transition s'opère dans différentes séquences telles que la coupure du cordon, l'expulsion du placenta, le don du colostrum et le temps du postpartum où la femme et le nouveau-né construisent leurs identités et deviennent mère et fille ou fils. Ce dernier moment correspond à la « naissance sociale ».

La longueur du cordon ombilical laissée au bébé est variable. Les mesures des distances ne sont pas les mêmes chez les accoucheuses portugaises et chez les accoucheuses amazoniennes, le système de mesure étant lui-même différent. Dans cette dernière région, la différence entre les filles et les garçons est affirmée, la longueur du cordon étant associée à celle qu'aura le pénis et aux traits de leur future sexualité.

Cet amalgame entre le cordon et les organes du nouveau-né est présent dans d'autres représentations comme celle du placenta, considéré comme une prolongation du corps de la mère ou de l'enfant dans les accouchements domiciliaires au Portugal et en Équateur. Le cordon et le placenta ont une fonction sociale, un système de représentations se tisse et donne lieu à des pratiques spécifiques. Le placenta est perçu comme un cadavre qu'il faut enterrer et protéger des esprits et des bêtes pour éviter que « le mal » ou la « maladie » atteignent les corps (ou les comportements dans le cas du Portugal) de la mère ou de l'enfant.

Candau affirme que « un cadavre qui pue, c'est encore une vie qui résiste » (Candau 2012 : 30). Cette « personnification » du placenta peut aussi être expliquée par le fait qu'il est susceptible, pendant sa décomposition, d'attirer des « mauvaises odeurs » et donc des maladies. Il agit sur l'entourage de la parturiente et a donc une fonction sociale, une « vie sociale ».

La délivrance du placenta est aussi entourée de pratiques spécifiques. Au Nord du Portugal, le placenta est appelé *as libras* et le moment de la délivrance, *o libramento*. La pratique traditionnelle était de faire une prière pour que Sainte Marguerite aide cette expulsion. Ce rite est particulier au Portugal. Cependant, j'ai retrouvé une pratique thérapeutique commune aux deux pays au moment de la délivrance : provoquer un effort en créant le réflexe de vomir. L'effort de vomir ou de souffler entraîne un travail sur le diaphragme qui pourrait faciliter l'expulsion du placenta (discussion avec la gynécologue Judith Dendievel). Ces pratiques montrent comment la mécanique du corps (le biologique) a opéré sur les pratiques culturelles.

Un autre aspect notable dans les deux pays est la tradition du repos (*cuarentena* ou *resguardo*) suite à l'accouchement afin que la femme se rétablisse. Ce temps est de plus en plus écourté. Une distinction entre la tradition (perçue positivement) et les pratiques contemporaines est faite par les informatrices.

Par rapport au colostrum, dans des contextes davantage en lien avec l'élevage (Nord-est du Portugal et Amazonie équatorienne), la comparaison est faite avec le colostrum des vaches, faisant valoir que le veau qui ne boit pas le lait de sa mère est souvent malade, chétif et qu'il présente des risques de mortalité plus élevés. Par analogie, le nouveau-né doit boire le colostrum pour être en bonne santé. Dans d'autres régions du Portugal (où il n'y a pas l'élevage) les bienfaits du colostrum ne sont pas toujours reconnus.

Au Portugal et en Équateur, il n'y a pas de description unique du colostrum. Ses caractéristiques sont variées : jaunâtre et épais, avec du sang, liquide (*aguadilha*, sécrétion liquide en portugais), ou simplement considéré comme « premier lait ». La durée de la sécrétion du colostrum est la question qui a provoqué le plus d'hétérogénéité dans les réponses (de un jour à six mois).

Si aujourd'hui les professionnels de santé ont beaucoup d'informations sur l'allaitement, ce n'était pas toujours le cas pour les sages-femmes à domicile portugaises à la retraite. Elles exerçaient leur profession à une période où l'industrie du lait en poudre était très offensive et visait à remplacer l'allaitement naturel. Recevoir ce lait artificiel était même considéré comme un droit, un acquis dans la période de Salazar. Au Portugal, la représentation d'une « bonne mère » ne se basait pas sur fait de donner le colostrum ou le sein maternel. Aujourd'hui, chez les infirmières les plus jeunes, l'allaitement maternel est à nouveau valorisé. En revanche, en Équateur, la « bonne » mère a toujours été la mère allaitante. Je l'attribue au fait que la publicité en faveur du lait artificiel n'a jamais atteint cette région du monde où l'alimentation « normale » était le lait maternel.

En définitive, l'expulsion du nouveau-né ne constitue pas sa naissance. L'accouchement se termine à la délivrance du placenta. La naissance sociale commence à ce moment-là. Les traditions, les pratiques et les représentations de la femme, de la maternité, du corps, du placenta... seront les fils conducteurs qui modèleront les caractéristiques de ce rite de passage, dans chaque culture de la naissance.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'accouchement est un rite de passage conçu de manière différente selon les contextes culturels. En ce sens, on peut parler d'une culture de l'accouchement. Les pratiques diverses sont associées à des représentations relatives à la mort, les corps, la douleur, les systèmes de santé, la religion, la propreté, les liens sociaux, entre autres. Dans cette recherche, j'ai identifié trois systèmes de santé dans les deux pays étudiés : le système officiel (ou biomédecine), le système traditionnel et le système alternatif. Le premier répond à des protocoles homogènes, instaurés par l'enseignement académique. Historiquement la médecine académique ou biomédicale, qui prend ses origines dans la tradition hippocratique, s'est transformée sous l'influence des contextes culturels. Au Moyen Âge, les pratiques de guérison sont très marquées par la religion. Des saints spécifiques pour chaque maladie sont invoqués et priés. Ils sont supposés guérir les maux par le biais de la foi. La maladie est souvent liée au péché.

L'Inquisition joue un rôle important dans l'évolution des pratiques de santé. Les femmes qui guérissent et qui ont des connaissances des plantes et d'autres remèdes traditionnels sont qualifiées de sorcières et brûlées vives.

À partir de Descartes au XVII^e s. puis du siècle des Lumières, le positivisme s'est consolidé. Au XIX^e s., Claude Bernard met en place les principes de la médecine expérimentale. Ces événements marquent un changement dans les approches médicales. La foi religieuse est remplacée par les paradigmes de la médecine et de la science.

Le deuxième système médical correspond aux accoucheuses traditionnelles ou *curiosas*, *habildosas* ou *parteiras* (au Portugal). Leurs savoirs sont issus d'une transmission empirique de génération en génération et non pas d'une formation issue du système officiel de santé. Dans la culture de la naissance traditionnelle, on note des points communs entre les deux pays étudiés, mais aussi des spécificités. Au Portugal, les connaissances traditionnelles sur l'emploi des plantes médicinales semblent oubliées. Ce résultat contraste fortement avec la très longue liste de plantes, infusions, parties d'animaux et/ou techniques encore utilisées à l'heure actuelle par les accoucheuses traditionnelles en Équateur. Malgré une forte influence de la colonisation espagnole en Amérique Latine, les accoucheuses traditionnelles autochtones, à l'époque, n'ont pas subi comme en Europe une chasse aux sorcières issue de l'Inquisition.

Le système alternatif est conformé par des *doulas*, formées par l'institution scolaire et non par une transmission intergénérationnelle et/ou empirique, non reconnue officiellement, et également par des sages-femmes qui critiquent les protocoles biomédicaux et instaurent des pratiques différentes d'accouchement. Les *doulas* et les sages-femmes qui revendiquent l'accouchement domiciliaire critiquent ce qu'elles qualifient de « *surmédicalisation de l'accouchement* » et discutent des sujets tels que l'assujettissement de la femme et de son corps par les protocoles médicaux. On retrouve les mêmes discours et approches chez les praticiens et praticiennes du système alternatif dans les deux pays.

Comment ces systèmes de santé se sont construits ? Quels sont les rapports entre ces trois systèmes de santé ? Le système biomédical est reconnu comme le système officiel de santé. En milieu hospitalier, ce SOS est de plus en plus normé et standardisé par des protocoles médicaux. Dans le cas de l'accouchement, ces protocoles datent de 1668, lorsque François Mauriceau les publie. Son traité d'obstétrique établit la position lithotomique (allongée sur le dos) comme une norme obstétrique ainsi que d'autres protocoles.

Entre le XVIII s. et le XX s., nous assistons à la mise en place d'un cadre légal qui garantit non seulement la légitimité du SOS, sa validité, mais aussi son exclusivité au détriment des systèmes traditionnels de santé. Les barbiers-chirurgiens, les accoucheuses, les guérisseurs, les magnétiseurs sont mis à la marge.

Les agents de santé du système biomédical sont associés au développement, à la pratique de la science, à la modernité et donc aux savoirs et à la connaissance. Les accoucheuses sont souvent perçues comme n'ayant pas accès aux techniques adéquates ni à la modernité, donc dotées d'une connaissance limitée et pas « adéquate ». Ce discours paternaliste ou intégrationniste (Cunningham 2002) est porté par le personnel de santé des deux pays et par certaines femmes interviewées au Portugal. Dans ce pays, le SOS a remplacé complètement les pratiques traditionnelles de prise en charge de l'accouchement.

L'Équateur se distingue du Portugal dans la politique publique de santé qui prend en compte depuis 2008 « la santé interculturelle ». Dans ce cadre juridique, les pratiques thérapeutiques des accoucheuses sont reconnues. Cependant, dans la pratique, souvent du point de vue du personnel de santé académique, les accoucheuses ne sont pas qualifiées pour assister à un accouchement ou pas assez (car elles ne respectent pas les protocoles médicaux). La relation hiérarchique entre les deux systèmes de santé, traditionnel et biomédical, continue d'exister au profit du second. En Équateur, ce rapport hiérarchique est aiguisé par les représentations de blanchiment social prégnantes dans la société équatorienne. Le fait d'être indigène est souvent perçu par les métis comme un facteur d'infériorité sociale (Muyolema 2001).

Malgré cette politique de « santé interculturelle », on observe des interactions culturalistes (d'après cette approche le système traditionnel de santé serait reconnu et considéré comme étant subordonné au SOS.) (Cunningham 2002) dans son application :

- les positions traditionnelles d'allaitement ne sont pas incluses dans les manuels ;
- un accouchement assisté par une accoucheuse traditionnelle est considéré comme un accouchement à risque ;
- il n'y a ni échange ni symétrie entre les formations des accoucheuses et des médecins. Les accoucheuses incluses dans le programme de « santé interculturelle » reçoivent des formations sur d'autres pratiques traditionnelles, et aussi sur des pratiques davantage liées aux protocoles biomédicaux comme le toucher, le port des gants (ces derniers ont pour fonction de protéger l'accoucheuse, la mère et l'enfant), les signes d'urgence obstétrique, entre autres. Les agents du SOS ne sont pas formés dans une approche interculturelle. Les connaissances traditionnelles n'ont pas été incorporées aux contenus académiques.

Quelles sont les limites entre le système traditionnel et le système biomédical ? Sont-elles clairement définies ? De notre travail de terrain, il ressort que ce n'est pas le cas. Dans la vie quotidienne, au Portugal, les catégories d'accoucheuses et de sages-femmes ne sont pas établies de manière nette. Une *parteira* est plutôt associée à la *enfermeira-parteira* (sage-femme), mais dans la compréhension de certaines personnes elle peut désigner également les *curiosas* ou *habildosas* (accoucheuses traditionnelles).

En Équateur, ces catégories sont déterminées de façon plus nette : la différence entre une sage-femme et une accoucheuse est clairement établie (la formation académique versus empirique). Cependant, certaines accoucheuses traditionnelles et domiciliées n'ont pas été à l'université et ont adopté des protocoles médicaux tels que l'utilisation des gants, des médicaments, ou des piqûres.

En même temps, le choix de faire des études dans le domaine de la santé n'implique pas un divorce avec la culture d'origine et les traditions. Bien que les services d'une accoucheuse qui recourt au protocole médical soient remboursés (contrairement aux accoucheuses traditionnelles qui exercent souvent gratuitement), la pratique du métier induit des liens forts avec les femmes assistées et les nouveau-nés.

Peut-on parler d'un système traditionnel homogène dans les deux pays ? Dans le système traditionnel géré par des accoucheuses traditionnelles (les *curiosas* ou *habildosas* dans le cas du Portugal) – qui n'ont pas eu une éducation formelle pour exercer leur métier, mais qui l'ont appris dans le cadre d'une transmission générationnelle – la plupart de différences sont entre un pays et un autre (Équateur/Portugal) et même d'une région à l'autre dans le cas de l'Équateur.

- Tandis que la prise en charge traditionnelle de l'accouchement en Équateur se fait avec des infusions, des onguents et/ou des vaporisations faites de plantes et de parties de corps d'animaux, au Portugal ces remèdes traditionnels sont absents.
- Des pratiques religieuses absentes en Équateur lors de la prise en charge thérapeutique de l'accouchement existaient au Portugal où les accoucheuses invoquaient *Santa Margarita* pour la délivrance du placenta (surtout au Nord du Portugal).
- En Équateur, on associe généralement la longueur de cordon ombilical laissée après la coupure et celle du pénis des garçons. Leur cordon est souvent coupé à une plus grande longueur que celui des filles. Cette représentation est quasiment absente au Portugal où une seule informatrice l'a évoqué.

Entre les pratiques des accoucheuses des deux pays, on note de nombreux points communs à plusieurs étapes de la naissance (avant l'accouchement, pendant ou lors du postpartum) :

- Avant l'accouchement, aucune des accoucheuses traditionnelles n'a un repère strict des semaines de gestation. La femme accouche lorsque les contractions commencent. Les accoucheuses ne cherchent pas à induire un accouchement ou n'envisagent pas une césarienne.
- La notion de ce qui est « propre » est relative. La maison où l'accouchement a lieu est parfois nettoyée mais dans aucun cas les accoucheuses n'évoquent le terme « stériliser ». Les femmes lavent parfois la région pubienne avant l'accouchement, mais ce n'est pas une règle. Parfois, surtout au Portugal, les femmes considèrent qu'elles sont « déjà propres » et ne trouvent pas de sens à se relaver.
- Les accoucheuses ne font pas d'épisiotomies, ni de lavage intestinal, ni de rasage des poils pubiens. La morphologie du corps de la femme n'est pas altérée. Les poils et le sang ne sont pas considérés comme sales ou contaminants. Même l'expulsion de sédiments est perçue comme normale dans un accouchement : « *il faut prendre un papier et nettoyer* » dit une accoucheuse.
- Les accoucheuses ne réalisent pas le toucher pour évaluer la dilatation de la femme (sauf certaines qui ont été formées par des agents du SOS dans le cas de l'Équateur). Au Portugal, elles laissent avancer l'accouchement jusqu'à la naissance de l'enfant. En Équateur, diverses pratiques existent à cet effet : évaluer la chaleur au sommet de la tête, la température et la transpiration de la parturiente, sentir l'accélération de son pouls.

- Dans les deux contextes, les accoucheuses sont souvent des amies, des voisines et même des membres de la famille de la parturiente. L'accouchement est rarement rémunéré. Cette prise en charge aide à renforcer les liens de cohésion sociale. Au Portugal, il est habituel de faire cadeau à l'accoucheuse d'une *lembraça* (un souvenir) en signe de remerciement. Même si elle ne devient pas la marraine du nouveau-né, elle restera très proche de l'enfant et de sa famille. Dans le cas des *Kichwas* de l'Amazonie, ce rapport se manifeste symboliquement lors du baptême où les accoucheuses portent l'enfant jusqu'à l'église et le donnent à la marraine.

- Le placenta est considéré comme un corps en soi qui doit être enterré et même parfois habillé auparavant. Il est aussi considéré comme une prolongation du corps de la mère et/ou de l'enfant qui peuvent tomber malades si des animaux le mangent. Cela est justifié par le fait que pendant sa décomposition, il peut dégager des « mauvaises odeurs ». Le placenta, jusqu'au moment de l'enterrement, continue d'avoir une fonction sociale, une vie sociale.

Bien que les protocoles médicaux soient appliqués de façon homogène dans les milieux hospitaliers, à partir des années 1970 au et plus fortement à partir des années 2000, les femmes commencent à exprimer des demandes alternatives pour accoucher. Dans le même temps, certains professionnels de la santé se portent critiques des protocoles gynécologiques (tel est le cas de Leboyer et d'Odent en France). Des variations sont intégrées dans certains centres de santé. L'hôpital Pithiviers en France (dirigé par Michel Odent de 1962 à 1985), l'hôpital de Setúbal au Portugal ou certaines institutions de santé publiques et surtout privées en Équateur ambitionnent de promouvoir la « naissance respectée » et mettent un place un système de santé alternatif au SOS.

À côté des institutions de santé, on voit émerger des agents de santé (*doulas* ou sages-femmes) qui soutiennent des pratiques différentes des protocoles médicaux pour la prise en charge de la naissance. Dans ce contexte, les accouchements domiciliaires sont encouragés et même privilégiés. Les *doulas* et les sages-femmes domiciliaires remettent en cause certains protocoles biomédicaux pour des accouchements eutociques (par voie basse).

Le système alternatif de prise en charge de l'accouchement porte un discours commun aux deux contextes. Les acteurs partagent des sources, des références, un métalangage et une approche commune de la culture de naissance. Certains d'entre eux perçoivent cette « réappropriation par la femme de son corps », lors de l'accouchement, comme une revendication caractéristique d'une nouvelle révolution féminine dans laquelle la maternité, l'allaitement et une conscience corporelle sont valorisés.

Le cas des *doulas* est difficile à situer dans le débat entre la tradition et le biomédical. Elles sont issues d'une formation scolaire (et non d'un héritage culturel de connaissances traditionnelles), leurs services sont remboursés, et leurs connaissances proviennent aussi de la recherche biomédicale. Cependant, elles ont des liens étroits avec les femmes qu'elles accompagnent, elles n'intègrent pas seulement les éléments biologiques et physiologiques dans l'accouchement, mais aussi les composantes psychologiques et émotionnelles. Elles évoquent des pratiques traditionnelles préhispaniques comme « l'infusion d'accouchement » de Naoli Viver, entre autres. Elles font partie d'un système de santé différent : le système alternatif. Cela ne les exclut pas de leur contexte culturel. Par exemple ; elles adhèrent à certaines pratiques traditionnelles telles que partager un gâteau pour fêter une naissance ou garder les enfants de la parturiente ou cuisiner pour la famille s'il le faut (comme les accoucheuses portugaises le faisaient).

Qu'ont en commun les trois systèmes de santé ? Avant tout, un discours normatif validant les pratiques et les représentations propres à chacun d'eux et imposées dans des protocoles ou par le discours de « *l'écoute du corps* » dans le cas du système alternatif. Dans l'univers culturel des accoucheuses, ce discours présent est basé sur la tradition et le poids des sagesses ancestrales : « il faut être debout », « si la femme est couchée lors de l'accouchement, elle peut mourir », « couchée, elle n'a pas la force », « ici nous savons tous comment faire (pour accoucher) », « ce sont nos aïeux qui nous ont appris ». La tradition est en soi un argument d'autorité qui vise à rendre légitimes pratiques et représentations qui seraient l'analogue des protocoles dans la biomédecine.

Deux sujets ont attiré particulièrement notre attention et ont été traités indépendamment : la douleur et le don du colostrum. Autour de la douleur, se déploient plusieurs représentations et discours. Dans la tradition héritière de la culture chrétienne, elle est souvent évoquée comme le prix à payer pour le péché capital et les rapports sexuels, en accord avec la citation biblique « Tu enfanteras dans la douleur ». La douleur est perçue comme normale lors de l'accouchement et traitée de façon secondaire. C'est le cas de plusieurs femmes qui ont accouché chez elles et des accoucheuses amazoniennes. Cependant au Portugal, certaines femmes interviewées disent qu'elles auraient voulu avoir accès à l'anesthésie lors de l'accouchement.

Les agents de santé alternative critiquent également la représentation de la douleur dans le système médical portugais. Pour ce dernier, elle doit être éliminée, alors que pour ces agents de santé, elle doit être acceptée et vécue comme faisant partie de l'accouchement, si la femme le décide ainsi. Pour ces *doulas* et ces sages-femmes domiciliées, la douleur est le signe d'un changement dans le corps de la femme.

Concernant le colostrum, on note dans le système traditionnel de santé des similitudes et quelques différences entre les pratiques et les représentations en Amazonie équatorienne et au

Portugal, et très peu de différences dans le SOS (même entre les informatrices portugaises).

Dans le système alternatif de santé, on n'observe pas de différences significatives.

Dans le système traditionnel de santé :

- Le colostrum est reconnu dans les deux pays comme une substance différente du lait maternel, considéré comme plus mûr. La substance est décrite dans la plupart des cas comme jaunâtre et plus épaisse. Souvent, un nom particulier lui est donné qui la distingue du lait, soit « *aguadilha* » en portugais, soit des noms en *kichwa* qui correspondent à la perception personnelle du colostrum. Chaque terme est composé de deux parties : un adjectif suivi d'un nom. Pour les adjectifs on note : *killu* (jaune), *sangu* (épais), *punda* (premier), *chulla* (liquide) et pour le nom : *yaku* (eau), *chuchu* (lait ou sein) et *leche* (lait en espagnol).
- Dans les deux pays, le colostrum humain est comparé à celui de la vache. La représentation qui s'en dégage est que le colostrum est bénéfique, voire indispensable pour le nouveau-né, puisqu'un veau qui ne boit pas le lait de sa mère sera chétif et peut même mourir. Cela confirme la forte relation entre un contexte et les représentations culturelles. La différence observée entre la qualité de vie du veau qui boit le colostrum de sa mère et celui qui ne le fait pas donne des pistes sur « le comportement adéquat » (par rapport aux « lois de la nature ») et détermine finalement des comportements.
- Mes informateurs étaient embarrassés lorsque j'ai cherché à connaître la fréquence de l'allaitement. Les nouveau-nés sont allaités à la demande. Ils sont mis au sein « lorsqu'ils pleurent » et ils mangent souvent jusqu'à ce qu'ils soient rassasiés (sans mesurer le temps).

- La tradition d'alterner les deux seins est présente dans les deux pays (sauf dans les cas de problèmes d'allaitement avec un seul sein), mais les justifications de cette pratique sont différentes. Les deux réponses les plus communes sont que les deux seins aient la même taille à la fin de l'allaitement, et que le lait ne reste pas dans un seul sein en y formant « des boules ». Les *Kichwas* avancent une autre réponse pour expliquer cette alternance. Le bébé reçoit de chaque sein de sa mère un lait différent : un est fait pour le rassasier, « pour qu'il mange » (*mikuna*) et l'autre pour calmer sa soif, « pour qu'il boive » (*upina*).

- Les informateurs décrivent les positions d'allaitement davantage en fonction de la mère (assise ou couchée) que de l'enfant. En Équateur, le hamac s'ajoute aux positions d'allaitement. Cette pratique est très répandue. Les femmes peuvent continuer leurs activités et allaiter en même temps.

- En Équateur, la circulation de l'information sur l'allaitement se fait à travers les femmes. Bien que des accoucheurs traditionnels puissent être habiles pour assister un accouchement et l'expliquer, au sujet de l'allaitement ils sont beaucoup moins à l'aise et demandent confirmation de leurs réponses auprès de leurs femmes. Au Portugal, j'ai très peu enquêté auprès des hommes mais, là encore, la place des femmes est centrale.

- Une différence importante entre les deux pays tient au fait qu'au Portugal, pendant l'après-guerre, les industries de lait artificiel se sont fortement développées. Ce produit est introduit dans les institutions publiques et le recevoir est perçu comme un droit « à l'époque de Salazar ». De ce fait, la génération de femmes enquêtées (de 60 à 86 ans) n'a pas une représentation de la « bonne mère » en lien avec l'allaitement et le don du colostrum. Dans ce cas-là, la perception du colostrum n'est pas toujours positive. En Équateur, au contraire, pour les populations métisses ou indigènes, être

« une bonne mère » est directement lié à l'allaitement et donc au don du colostrum. Le lait artificiel existe dans le commerce, mais il n'est pas très utilisé. Aujourd'hui, dans les deux pays, le discours médical et le discours non médical soutiennent l'allaitement maternel.

Suite à mon expérience dans la maternité Luz Elena Arismendi (à Quito), j'ai constaté que le personnel de santé a des connaissances sur le colostrum. Belén Arequipa, à Arajuno, aborde les problèmes dans l'allaitement, les possibilités de stockage du lait, les possibles complications les plus courantes et leurs solutions. Elle encourage les femmes à allaiter. Cependant elle n'a pas des connaissances très approfondies sur le colostrum. En commençant par le temps pendant lequel il est secrété, de « *six mois* » selon la sage-femme. Cette méconnaissance est aussi manifeste chez les femmes qui ont accouché à domicile au Portugal ou chez certaines accoucheuses qui affirment que la durée de sécrétion du colostrum va de un jour à un mois. Chez les sages-femmes domiciliées retraitées, les opinions ne sont pas homogènes non plus. Soit elles pensent que le colostrum est bénéfique pour la protection des nouveau-nés contre les infections (Lurdes Pereira), soit « *il n'est pas bon, mais ils devaient téter car ils n'avaient pas d'argent pour acheter autre chose* ». Même si le colostrum est reconnu comme un lait différent, des connaissances manquent dans ce domaine.

En revanche, les agents de santé alternatifs maîtrisent des informations actualisées et scientifiques sur l'allaitement et le colostrum et ont des connaissances précises sur ce sujet. Certaines sages-femmes retraitées au Portugal ont aussi une idée sur sa composition chimique, mais le degré de connaissance n'est pas le même que celui des *doulas* ou des sages-femmes domiciliées qui exercent actuellement et qui ont accès à l'information actualisée.

Une autre question qui reste ouverte à propos de la culture de la naissance est celle de « l'accouchement naturel ». Pour certains informateurs, c'est « un accouchement qui doit

garantir le respect à la nature » et qui ne procède pas à des interventions pour l'accélérer, ou pour agir sur la dilatation. Pour les indigènes de l'Amazonie, un accouchement naturel est un accouchement traditionnel, avec des infusions et même des manœuvres externes (telles que *la acomodada* ou l'extraction manuelle du placenta). Cela implique une intervention. Cependant, lorsque les sages-femmes portugaises ou des *doulas* donnent des infusions comme celle de Naoli Viver, cela est considéré comme une aide à l'accouchement et non comme une intervention. La différence consiste non pas dans le fait d'intervenir ou pas pendant l'accouchement, mais dans le genre ou style d'intervention. S'il s'agit d'une intervention avec des médicaments ou des protocoles qui limitent la mobilité de la femme et assujettissent son corps, l'accouchement est jugé « pas naturel ».

Dans les discours des agents de santé alternative, cette représentation de l'accouchement naturel est souvent liée à l'instinctif ou à l'intuitif, adjectifs qui ressortent dans leurs entretiens. Pour Frédérick Leboyer, Michel Odent ou Sheila Kitzinger (sources des nouveaux courants de préparation pour l'accouchement, les deux derniers étant formateurs de *doulas*), il faut que les femmes récupèrent la confiance en elles et en leurs « capacités naturelles » pour accoucher. Il faut « réveiller l'instinct mammifère » qui agit lors de l'accouchement.

Phénomène naturel, la naissance est toujours l'objet d'une élaboration culturelle. Dans le cas du système alternatif de santé, la femme reprend une conscience de son corps et dépasse les protocoles établis. Les informatrices décrivent des positions qui ne sont pas inventoriées dans des protocoles médicaux, ce ne sont pas non plus les positions décrites par leur mères, amies ni grand-mères. Ce sont des positions qui se veulent choisies spontanément dans le cadre instinctif de l'accouchement.

Les différentes conceptualisations de « l'accouchement naturel » et ce troisième discours de « l'instinct lié à la nature », pour moi, répondent à la dichotomie autour de la relation

nature/culture expliquée par Descola (2001). Cet auteur attribue au monde occidental « un univers dualiste » (Descola 2001 : 104) dans lequel « la nature est définie négativement telle que cette partie ordonnée de la réalité qui existe indépendamment de l'action humaine » (notre traduction) (Ibid. : 104). Cette représentation de « la nature » s'établit par opposition entre « le soi et autrui », entre la culture et la nature. « La tendance de rendre la nature de plus en plus « artificielle » qui a caractérisé les opérations de la science et la technologie à partir du XVII^{ème} siècle a été possible uniquement, dans la pratique, par un renforcement de l'opposition entre la nature et la société¹⁴⁷ » (notre traduction) (Latour dans Descola 2001 : 109). Malgré que Guillo critique cette vision dualiste entre le monde « occidental » et le « non-occidental », il y a une conception différente de « l'accouchement naturel » qui, pour moi, est expliquée par la thèse de Descola.

« L'accouchement naturel » conçu comme un accouchement sans intervention médicale correspond à une approche naturaliste. Dans le cas des sociétés amazoniens, il n'existe pas de relation d'opposition entre la nature et la culture, d'ailleurs leur culture est perçue comme faisant partie de la nature. L'accouchement traditionnel est perçu comme « un accouchement naturel », même s'il compte avec l'intervention des manœuvres (*acomodamiento*, infusions...) des accoucheuses. Dans les trois systèmes de santé le concept de « nature », « d'accouchement naturel » est une construction culturelle avec des représentations propres.

Dans la continuation de cette réflexion sur la relation entre « accouchement naturel », instinct et culture, je souhaite revenir sur la politique de santé en Équateur qui attribue le statut de « santé interculturelle » (correspondant aux pratiques thérapeutiques des populations non-métisses) à toutes les pratiques du « système traditionnel de santé ». Quelle serait la place des

¹⁴⁷ «la creciente artificialización de la naturaleza que ha caracterizado las operaciones de la ciencia y la tecnología a partir del siglo xvii sólo fue posibilitada en la práctica p o r un reforzamiento de la oposición polar entre naturaleza y sociedad» (Latour dans Descola 2001 : 109).

accoucheuses métisses dans cette politique de « santé interculturelle » ? Que fait-on des femmes qui revendiquent un accouchement hors des protocoles médicaux et qui ne sont ni indigènes ni noires ? Est-ce que les pratiques hors normes médicales doivent être reconnues comme étant uniquement « interculturelles » ? La politique de santé ne couvre pas toutes les demandes de la population qui est d'une grande diversité ethnique et culturelle. De plus, le fait de rompre avec ces protocoles médicaux est-il forcément un sujet d'appartenance ethnique et culturel ?

D'après les résultats de cette thèse, le système traditionnel de santé se caractérise par des savoir-faire très spécifiques et contrastants par rapport au SOS. Cependant, cette quête d'une culture de la naissance hors du cadre hospitalier et des protocoles médicaux n'est pas une revendication exclusive des « peuples et nationalités ancestraux » (auto définition). D'un autre côté, le système traditionnel de santé donne parfois le pouvoir à la femme sur son corps, mais certaines accoucheuses imposent aussi une sorte de « protocole médical propre » comme la position. Dans l'approche de la politique de santé interculturelle, « l'accouchement culturellement adéquat » est soutenu surtout pour les populations non-métisses. Cependant le choix d'un accouchement en dehors des protocoles biomédicaux devrait être un choix pour l'ensemble des femmes, indépendamment de leur origine ethnique.

Nous arrivons à la fin de ce travail qui a été un voyage sur ce rite de passage qu'est la naissance, une construction identitaire pour la mère et pour l'enfant toujours influencée par la culture. En Équateur et au Portugal, le fil conducteur a été cette relation entre la tradition, le biomédical, et l'alternatif dans deux contextes différents, qui ont en commun une tradition chrétienne qui ressort dans les pratiques thérapeutiques. Je considère qu'un futur défi serait de réaliser des nouvelles comparaisons des éléments présents dans cette recherche dans des contextes où existe une autre tradition religieuse, ce qui permettrait de mieux cerner l'influence du christianisme.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ACOSTA María Fernanda. 2007. "Prácticas y representaciones del parto en contextos urbanos; el caso de las parteras en los valles de Quito". Travail final pour la licence en Anthropologie. Quito, Universidad Politécnica Salesiana.

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine. 2002. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan, Bibliographie, index, 128 p.

AGUINDA VARGAS Janeth. 2015. *Estudio etnobotánico de especies vegetales en las explotaciones agropecuarias del cantón santa clara*. Puyo, Universidad Estatal Amazónica, Escuela de Ingeniería Ambiental. 174p.

AIACHE Pierre, FASSIN Didier (Dir.). 1994. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos – Economica, Bibliographies, index, 364 p.

ALARCÓN Ana M, VIDAL Aldo, NEIRA ROZAS Jaime. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista médica de Chile*. Santiago, Revista médica de Chile. Voir : revmedchile@smschile.cl

ALARCÓN Isabel. "Las doulas apoyan a las mamás antes, durante y después del parto", el Comercio, 20, 11, 2014.

ALBERT Jean-Pierre. 1998.« La légende de sainte Marguerite : un mythe maïeutique ? », *Razo, Cahiers du Centre d'Études Médiévales de l'Université de Nice*. Nice. P. 19-31

ALEXANDER Jhon, CARRANZA BARONA César, MÉNDEZ Sayago. 2015. "¿Mejora el bono de desarrollo humano la lactancia materna exclusiva en Ecuador?" en *Estudios Sociales*, vol. XXIII, núm. 45 - Redalyc. México, Coordinación de Desarrollo Regional

ALMEIDA Vanessa. n/d. *Natalidade, mortalidade e esperança de vida à nascença nos concelhos portugueses. Uma correção pela estrutura etária*. Lisboa, Direcção Regional do Centro.

AMENDOEIRA José. 2002. *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Lisboa, Departamento de Sociologia, Universidad Nova de Lisboa.

ANN PAGE Lesly, SIMON Agnès, BENOIT Marianne (Coord.), 2004, *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*. Paris, Harcourt Colin Limited, Elsevier SAS, Bibliographies, tables, index, 418 p.

ARRISCADO NUNES João, NEVES, Daniel, RORIZ, Marta et MARQUES FILIPE Ángela. 2009. *EPOKS, European Patient Organizations in Knowledge Society*. CES- Centre for Social Studies. Portugal.

Asamblea Nacional. 1994. *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia*. Ecuador, Asamblea nacional.

Asamblea Nacional del Ecuador. 2008. *Constitución política del Ecuador*. Montecristi, Asamblea Nacional del Ecuador. 119 p.

Asamblea Nacional del Ecuador. 2009. *Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Acompañado en el Sistema Nacional de Salud*. Ecuador, Asamblea Nacional del Ecuador.

Asamblea Nacional del Ecuador. 2016. *Memorando N°. SAN-2016 0929*. Quito, Asamblea Nacional del Ecuador. 24 p.

Association « Nos tout-petits de Nice ». n/d. Nice, Voir : <http://www.nostoutpetits.fr/parteneriat/nos-tout-petits-de-nice/>

ASTUDILLO ESPINOSA Celín. 1995. “El Hospital “San Juan de Dios” en la Historia de la Medicina Ecuatoriana”, en el tomo I del libro *Biopatología Andina y tropical Ecuatoriana*. Quito, Academia Ecuatoriana de Medicina.

AYALA MORA Enrique. 2008. *Resumen de Historia del Ecuador. Tercera edición actualizada*. Quito, Universidad Andina Simón Bolívar. Bibliographie, illustrations, index, tables, 90 p.

BASZANGER Isabelle, BUGENER Martine, PAILLETa Anne (Dir.). *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, la Dispute, Snédit. 2002. Bibliographies, 250 p.

BAUBEROT Jean, LIOGIER Raphaël. *Sacrée médecine. Histoire et devenir d'un sanctuaire de la Raison*. Paris, Editions Entrelacs. 2010. Bibliographie, index, 196 p.

BELLOTTO Emma. 2012. "Murialdine". Testimone dell'amore". *Giuseppini del Murialdo - sito ufficiale*. Italia, Congregazione Guiseppini del Murialdo.

BENJUMEA RINCÓN María Victoria, GONZÁLEZ HOYOS Dolly Magnolia, MATIJASEVIC ARCILA Ana María, RAMOS BERMÚDEZ Santiago. 2011. “Lactancia materna exclusiva y parcial en el departamento de caldas – 2010”, Revista *Hacia la Promoción de la Salud*, 16, 1, - Redalyc. Colombia, Universidad de Caldas.

BENOIST Jean. 1996. « Carrefours de cultes et des soins à l'île Maurice », *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi.

BENOIST Jean. 1997. « Réflexions sur le pluralisme médicale : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? », *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi.

BENOIST Jean. 2002. *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie*. Paris, Amades. Index, 360 p.

BENOIST Jean. 2008. « Publications en anthropologie », *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi.

BERNARD Claude. 2008. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris, Le Livre de poche, Classiques de la Philosophie. Bibliographie, index, 478 p.

BERNARD Claude. 2008. *Principes de la médecine expérimentale*. Paris, Presses Universitaires de France, Quadrillage. Index, 304 p.

BERTHOUD Gérald. 2007. « La comparaison anthropologique : ébauche de la méthode » dans *Revue européenne des sciences sociales* (En ligne), XLV-138 | 2007.

BIANQUIS Isabelle. 2004. « Le foulard de l'accouchée en Mongolie », *Le corps et ses orifices*. France Éditions L'Harmattan, collection Nouvelles Études Anthropologiques. Pages 49-61.

BIBEAU Gilles, GRAHAM Janice, FLEISING Usher. 2006. « Biosciences et biotechnologies sous surveillance ethnographique. Où se situent les anthropologues médicaux canadiens ? ». *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Paris, les Presses de l'Université Laval, Economica, Anthropos. Bibliographies, index, 26 p.

Bible. 1910. Version Louis Segond. Voir : https://www.eergex.fr/images/sampled_data/stories/Bible.pdf (consulté en avril 2014).

BISMUT Roger, BOURDON Albert-Alain, DRAIN Michel, FRANÇA José-Augusto, GUICHARD François, LABAN Michel, MAURO Frédéric, MORAÏS-BARBOSA Jorge, PEREIRA Victor, PRADO COELHO Eduardo, Universalis. n/d. « PORTUGAL »,

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ María Isabel. "Aproximación a la antropología de la Reproducción", *Revista de antropología iberoamericana*. Madrid, Antropólogos Iberoamericanos en red.

BONNET DEL VALLE Muriel. 2000. *La Naissance, un voyage. L'accouchement à travers les peuples*. France, Éditions l'instant présent.

BORDES Rémi (Dir.). 2011. *Dire les maux. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde*. Paris, Ethique et pratiques médicales, l'Harmattan. Bibliographie, illustrations, index, 296 p.

Botanicalonline.com. n/d. Voir : <http://www.botanical-online.com/>

BOURDIEU, Pierre. 1980. *Le sens pratique*. Paris, Editions de Minuit.

BOURDIEU, Pierre. 2000. *Cosas dichas*. Barcelona, ed. Gedisa.

BRAVO PEÑA Mery. n/d. *Atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario*. Perú, Salud Preventiva Andina. Voir : https://issuu.com/joaaan/docs/salud_integral_enfer_mod1 (consulté en septembre 2016).

BRÈS Madeleine. 1875. *De la mamelle et de l'allaitement*. Paris, Bibliothèque interuniversitaire de médecine. Voir : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?TPAR1875x189>

BROMBERGER Christian, MOREL Alain. 2001. « Limites floues, frontières vives », *Sciences Humaines*. France, éd. de la MSH, 386 p. http://www.scienceshumaines.com/limites-floues-frontieres-vives_fr_1764.html. (Consulté en juin 2013).

BROSSOLLET Jacqueline. n/d « GALIEN CLAUDE (131 env.-env. 201) », *Encyclopædia Universalis* (en ligne). Voir : <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/claude-galien/> (consulté en mars 2016).

BUITRÓN Myriam, DE LUCA Erri, DE MARCO Danilo, GRI Gian Paolo. 2002. *La sabiduría y arte de las parteras*. Ecuador, Ediciones A cura di.

CABRERA Gustavo, CARVAJAL Rocío, MATEUS Julio C. 2003. "Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia" dans *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 21, núm. 1- Redalyc. Colombia, Universidad de Antioquia.

Cáceres Efraín. n/d. "Encuentros y desencuentros de dioses y curanderos: 500 años en la medicina andina". *Salud, historia y cultura*. Quito, Edición Abya-Yala, 152-158 p.

CANDAU Joël, BUREAU Ève, DURAND Karine, GEFFROY Céline, GELARD Marie-Luce, GINOUVES Véronique, HAHN Hans Peter, KHABBACHE Hicham, KIBORA Ludovic Ouhonyoué, KNODEL Kathrin, MAZZUCCHI FERREIRA Maria Leticia, SCHAAL Benoist, SIM Kruy Leang, ROSSO Thierry, VERGUET Céline, VERHASSELTEN Valérie, ZIROTTI Jean-Pierre. 2012. *ANR Projet Colostrum*. France, Université de Nice Sophia-Antipolis

CANDAU Joël, BUREAU Ève, DURAND Karine, GEFFROY Céline, GELARD Marie-Luce, GINOUVES Véronique, HAHN Hans Peter, KHABBACHE Hicham, KIBORA Ludovic Ouhonyoué, KNODEL Kathrin, MAZZUCCHI FERREIRA Maria Leticia, SCHAAL Benoist, SIM Kruy Leang, ROSSO Thierry, VERGUET Céline, VERHASSELTEN Valérie, ZIROTTI Jean-Pierre. 2016. « Une approche bioculturelle du Premier aliment du nouveau-né : le

colostrum ». *Pratiques d'allaitement et de sevrage : approches diachroniques et pluridisciplinaires*. Paris, INED.

CANDAU Joël. 2012. « Est-on définitivement mort (socialement) quand on ne sent plus ? ». *Rencontre autour du cadavre*. France, Gaaf. Pages 31-37.

CANGUILHEM George. 1993. *Le normal et le pathologique*. Paris, Quadrillage, Puf. Bibliographie, index, 224 p.

CAPPONI Irène, ROLAND Françoise. 2013. « Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences », *Devenir*, 25, 2, p. 117-136. DOI : 10.3917/dev.132.0117

CATHERBRAS Pascal. 1996. « Le recours aux médecins parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme », *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi. Voir : http://classiques.uqac.ca/contemporains/cathebras_pascal/recours_medecines_para/recours_medecines_para.pdf. (consulté le 20 avril 2012).

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). n/d. France, CNRS, Atilf.

CHANTAL Jean-François. 1985. « Types de sociétés, types de morbidités : la socio-genèse des maladies », *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi. Voir : http://classiques.uqac.ca/contemporains/chanlat_jean_francois/types_societes_morbidite/types_societe_modbidite.pdf. (consulté le 22 avril 2012).

CHISAGUANO M. Silverio. 2006. *La población indígena del ecuador. Análisis de estadísticas socio-demográficas*. Quito, INEC. Bibliographie, illustrations, index, tables, 41 p.

CIA. Central Intelligence Agency. n/d. Voir : <http://www.zonu.com/Europa/Politicos.html> (consulté en janvier 2016)

Comité de usurias/os de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia del Distrito Metropolitano de Quito, Comisión de control cívico de la corrupción. 2007. *Veeduría para el cumplimiento de la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora*. Comité de usurias/os de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia del Distrito Metropolitano de Quito, Comisión de control cívico de la corrupción, MPS. Bibliographie, illustrations, index 76p.

CONAIE (Confederación Nacional de Indígenas de Ecuador). n/d. Ecuador, CONAIE.

Conselho nacional de ética para as ciências da vida. 2016. *Destino da Placenta após o Parto*. Lisboa, Conselho nacional de ética para as ciências da vida.

CRUZ Marcelo. n/d. "Historia de las neurociencias en América". *Salud, historia y cultura*. Quito, Edición Abya-Yala. Bibliographie, 152-158 p.

CUNNINGHAM Myrna. 2002. *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. Estados Unidos, OPS y OMS.

DASEN Véronique. 2013. « Entrer dans la vie à l'époque romaine », *Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui*. Toulouse, Éditions érès. Bibliographie, illustrations, index, tableaux, 388 p.

DAVIS-FLOYD Robbie E. 1993. "The technocratic model of birth", *Feminist theory in the study of folklore*. Illinois, University of Illinois Press. Pages. 297-326

DAVIS-FLOYD Robbie E. 2001. "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Voir : <http://www.ijgo.org/> et <http://davis-floyd.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/>

DEL CID LUCERO, Víctor Manuel. 2008. *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina*. Nicaragua, URACCAN Universidad de las Regiones Autónomas de la costa caribe nicaragüense.

DIAMOND Jared M. 1978. *The Tasmanians: the longest isolation, the simplest technology*, Nature Vol. 273. Voir : <http://www.nature.com/nature/journal/v273/n5659/pdf/273185a0.pdf> (consulté en mars 2016)

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 2014. España, Academia de la lengua española. Voir : <http://lema.rae.es/drae/?val=mamar> (consulté en 2014).

Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Vigésima segunda edición. Microsoft Internet Explorer.

Dictionnaire Gaffiot latin-français. 1934. France, *Lexilogos*, Gaffiot.

Dictionnaire Larousse médical. n/d. *Larousse* Voir : Larousse.edu.fr

Dictionnaire Larousse. n/d. *Larousse* Voir : Larousse.edu.fr

Dictionnaire Interna@ute. n/d. CCM Benchmark Group. Voir : www.linternaute.com/dictionnaire/fr/

Dictionnaire Glosbe. n/d. Voir : <https://fr.glosbe.com>

Dizionario etimologico online. 2004-2008. italia, francesco bonomi

DUARTE GÓMEZ María Beatriz. 2006. *Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla*. México, Red Salud Pública de México.

DUFRESNE Jacques. 1985. *Aspects culturels de la santé et de la maladie*, les classiques des sciences sociales. Université du Québec à Chicoutimi.

DUSSAULT Gilles. 1985. « Professionnalisation et déprofessionnalisation. Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie », *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi.

EBERHART Nicolás. 1998. *Transformaciones agrarias en el frente de la colonización de la amazonía ecuatoriana*. Quito, Abya Yala.

ECO Humberto. 1998. *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura; versión castellana*. España, Ed. GEDISA.

EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deirdre. 1973. "Witches, Midwives, and Nurses. A History of Women Healers", *The Memory Hole*. New York, The Feminist Press, SUNY, College at Old Westbury. Bibliographie, illustrations, 35p.

Enciclopedia Sapere.it. n/d. Italia, deabyday. Voir: <http://www.sapere.it/sapere.html>

ENCYCLOPÆDIA UNIVERSALIS. n/d. *Encyclopædia Universalis France*. Voir : <http://www.universalis.fr/>

Europe travel. n/d. Voir : <http://goeurope.about.com/od/mapsofportugal/l/bl-portugal-regions-map>

FALS BORDA, Orlando. 2008. "Orígenes universales y retos actuales de la IAP (investigación acción participativa)" *Peripecias* N° 110 - 20 de agosto de 2008.

FASSIN Didier. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris, Presses Universitaires de France. Bibliographie, Index, Graphiques, p. 359.

FASSIN Didier. 2008. *Faire de la santé publique*. Rennes. Editions EHESP. Bibliographie, index, 69 p.

FASSIN Didier, MEMMI Dominique. 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris, Editions de L'Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales. Index, 269 p.

FENAUX Christine. 2011. *Sage-femme : du corps au cœur. Pour que demeure l'essentiel*. Paris, Harmattan. Bibliographie, index, 145 p.

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Lili. 2010. "Cosmovisión y explicación del término weltanschauung", *Geopolis*. Voir <http://www.gestiopolis.com/cosmovision-y-explicacion-del-termino-weltanschauung/> (Consulté en août 2016).

FERRARO Emilia. n/d. *Desde la Tubería a la mentalidad*. Quito: Abya Yala.

FOUCAULT Michel. 2001. *El Nacimiento de la clínica*. Argentina, Siglo veintiuno Editores.

FOUCAULT Michel. 1992. *Microfísica del poder*. Barcelona: Ed. La Piqueta.

FOUQUE Antoinette. 2007. *Gravidanza, Féminologie II*. France. Édition des femmes.

Fundación Natura, ZABALA Marcia, Comité Interinstitucional para el Manejo de Desechos Hospitalarios. 1998. *Manual para el Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud*. CEPIS, OMS, OPS.

GAULAIN Pascal. 2003. « La chirurgie au XV^e siècle », *Les Guerriers d'Avalon*. France, Association, Les guerriers d'Avalon.

GEFFROY Céline. 2013. *Boire avec les morts et les pachamama. Une anthropologie de l'ivresse rituelle et festive dans les Andes boliviennes*, Thèse de doctorat en anthropologie. Nice, Université de Nice Sophia Antipolis.

GÉLARD Marie-Luce. 2005. « La fourmi voleuse de lait. Transferts et représentations de la substance lactée dans le Tafilalt (Sud-Est marocain) », *L'Homme* 173:97-118

GÉLARD Marie-Luce. 2010. « les pouvoirs du lait en contexte saharien : le lait est plus fort que le sang », *Corps, Revue française d'anthropologie*. Editions de l'EHESS 2005, pp.97-118.

Gobierno autónomo descentralizado municipal del cantón Arajuno. 2011. *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial Arajuno 2011*. Arajuno, Gobierno autónomo descentralizado municipal del cantón Arajuno. Bibliographie, illustrations, index, tables, 188 p.

Gobierno autónomo descentralizado municipal de Pastaza. n/d. *Affiche touristique du Cantón Pastaza*. Pastaza, Gobierno autónomo descentralizado Municipal de Pastaza.

Gobierno municipal del cantón Taisha. n/d. Ecuador, Gobierno municipal del cantón Taisha.
GOBLET MALVE Véronique. 1993. *Parteras, entre brujas y doctores. Juegos de poder antiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la Sierra Ecuatoriana*. Quito, FLACSO –Ecuador.

GOMES BRANCO António, RAMOS Vítor. 2001. “Cuidados de saúde primários em Portugal”, *Revista portuguesa de saúde pública*. Portugal, Universidade nova de Lisboa.

GONÇALVES Anival. 2015. *A descoberta de Vila Flor*. Voir : <http://descobrir-vilaflor.blogspot.fr/>

Google maps. n/d. Google. Voir : <https://www.google.fr/maps>

Grupos Étnicos del Ecuador. 2013. Voir : <https://sextouej.files.wordpress.com/2013/05/mapa-del-ecuador-y-sus-regiones.jpg>

GRAWITZ Madeleine. 1990. *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Précis Dalloz.

GUALÁN CARTUCHE Cristian Andrés, GUANOLUISA CORDERO Oscar Ismael. 2015. *Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - ECUADOR*. Tesis previa a la obtención del título de médico. Cuenca, Universidad de Cuenca, 48 Pg.

GUILLO Dominique. 2015. « Quelle place faut-il faire aux animaux en sciences sociales? Les limites des réhabilitations récentes de l’agentivité animale », *Revue française de sociologie*. France, Sciences de l’Homme et de la Société.

GRAÇA Luis. 2000. “Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX”, *History of Health at Work: 2.1. The 1899-1901 Portuguese Public Health Reform*. Portugal, Universidade nova de Lisboa.

GUERRERO ARIAS Patricio. 2002. *La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y diferencia*. Quito, Abya Yala.

GUILLO Dominique. 2000. « La sociologie d’inspiration biologique au XIXe siècle : une science de l’« organisation » sociale », *Revue française de sociologie*. Vol. 41, No. 2, pp. 241-275. France, Sciences Po University Press, Revue Française de Sociologie.

HARTMANN Constanze, DOUCET Sébastien, NICLASS Yvan, DITTRICH Ralf, CUPISTI Susanne, SCHAAL Benoist, BUETTNER Andrea et STARKENMANN Christian. 2012. “Human sweat odour conjugates in human milk, colostrum and amniotic fluid”, *Food chemistry*. SciVerse ScienceDirect, Elsevier, Food chemistry.

Herbolario digital Carpio Iasa. n/d. Voir : <http://herbariodigitalcarpioiasa.blogspot.com/p/crassulaceae.html>.

HERMIDA PIEDRA César. 1979. *Resumen de la Historia de la Medicina Ecuatoriana*. Cuenca, Academia Ecuatoriana de Medicina.

HERNÁNDEZ-GAMBOA, Eduardo. 2008. “Genealogía histórica de la lactancia materna”, *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 15, XX. Costa Rica, Universidad de Costa Rica.

HERNÁNDEZ REYNA Miriam. 2007. “Sobre los sentidos de ‘multiculturalismo’ e ‘interculturalismo’”. *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*. México, Universidad Autónoma Indígena de México.

HOBBSAWM Eric. 1995. « Inventer les traditions », Enquête. Voir : <http://enquete.revues.org/319>, (consulté en mars 2016)

Huerto urbano, agricultura técnica, hidroponía. 2013. Voir : <http://hidroponiayhuertas.blogspot.com/2013/08/papa-chiricana-dioscorea-trifida-p.html>

Infojardin.com. n/d. <http://archivo.infojardin.com>

INFOR-ALLAITEMENT. 1999. « Histoire de l’allaitement, Brève histoire de l’allaitement maternel dans nos régions de l’Antiquité à nos jours ». *Infor-allaitement*. Voir : <http://www.infor-allaitement.be/pages/histoire.php> (révisé en janvier 2015).

ILINÁ Natalia. 2009. “La fraseología como cosmovisión colectiva”, *Mundo Eslavo*. N.8. España, Universidad de Granada.

Instituto de ciencias naturales. n/d. *Colecciones en línea del herbolario Medel*. Colombia, Instituto de ciencias naturales.

Instituto Indigenista Interamericano. 1963. *El Embarazo, el parto y el recién nacido. Manual para parteras rurales* (segunda edición). México: Instituto Indigenista Interamericano.

Instituto Geográfico Português. n/d. *Carte du Portugal*. Portugal, Instituto Geográfico Português.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) -MSP. 2013. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013)*. Quito, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Ministerio de Salud Pública.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). n/d. “Fascículo provincial Pastaza”. *Resultados de censo 2010, de población y vivienda en el Ecuador*. Quito, INEC. Illustrations, tables, 8 p.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2010. *Recensement de Population et logement (2010)*. Quito, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). n/d. *Ecuador en cifras*. Quito, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Instituto Nacional de Estatística. 2011. *Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa*, Instituto Nacional de Estatística. Bibliographie, index, 145 p.

Instituto Nacional de Estatística. 2015. *Estatísticas da saúde 2013*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística. Bibliographie, index, tableaux, 373 p.

JOUANNA Jacques. n/d. « HIPPOCRATE DE COS (~460-env. ~370) », *Encyclopædia Universalis* (en ligne). Voir : URL : <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/hippocrate-de-cos/> (consulté en mars 2016).

KAPTCHUK Ted, EISENBERG David M. 2001. “Varieties of healing. 1: Medical pluralism in the United States”, *Annals of Internal Medicine*. United States of America, American College of Physician.

KNIBIEHLER Yvonne. 2007. *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Rennes, Editions de l’Ecole Nationale de la Santé Publique. Index, 188 p.

La leche league France. n/d. *Comment se positionner pour allaiter*. France, la leche league France.

LARREA, Carlos. 2005. *Hacia una historia ecológica del Ecuador*. Ecuador, Universidad Andina Simón Bolívar, Corporación Editora Nacional, EcoCiencia. Bibliographie, Illustrations, index, tables. 136 p.

LE BRETON David. 1990. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France. Bibliographie, index, 264 p.

LEBOYER, Frédéric. *Pour une naissance sans violence*. https://www.youtube.com/watch?v=x3UqFmPO3lo&list=PLakpDkhxGfQ_NSxm6OfCuIuw1oSCRtrJu (consulté en 2016)

LENOBLE-PINSON Michèle, LEROY Fernand. 2003. *Les dessous étymologiques de la sage-femme*. New YPERMAN, Societas Belgica Historiæ Medicinæ, IV, 8 p.

LETHU ABTEY Catherine. 2008. *La confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post-partum, Travail pour obtenir le diplôme d’état de docteur en médecine*. Nantes, Université de Nantes.

LETT Didier, MOREL Marie-France. 2006. *Une histoire de l’allaitement*. Paris, Éditions de la Martinière.

LÉVI-STRAUSS Claude. 1949. « L’efficacité symbolique », *Revue de l’histoire des religions*, tome 135. France, Persée.

LOYER Brigitte. 2009. *L'allaitement au CHU de Nice –Etat des lieux des pratiques-*. Nice, Université de Nice Sophia-Antipolis. Bibliographie, illustrations, index, 77 p.

MANN Carol. 2008. « L'enfance est-elle possible en Afghanistan ? », *Enfances & Psy.* 2008/3 (n° 40), p. 165-174. France, Érès.

Mapas del Mundo. n/d. MapXL

MASSÓ GUIJARRO Ester. 2013. “Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado”, *Dilemata*. España, Dilemata.

MAUSS Marcel. 1950. *Essai sur le don*. Paris, Presses Universitaires de France, Paris, dans *Sociologie et anthropologie*.

MELHUS Marit. 1993. “Una vergüenza para el honor una vergüenza para el sufrimiento”, *Simbología de la Femenidad: la mujer en el imaginario mítico religioso de las sociedades indias mestizas*. Quito, Abya Yala.

MIDEROS Raúl. 2008. “Medicalización e industria del nacimiento”, *Transformaciones Sociales y sistemas de salud en América Latina*. Bibliographie, illustrations, pp. 247-255.

MIGNOLO Walter. 2000. “Diferencia colonial y razón postcolonial”, *La reestructuración de las ciencias sociales en América Latina*. Bogotá, Pensar, Pontificia Universidad Javeriana.

Ministerio de Salud Pública. 2008. *Guía técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Ecuador, Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de salud, Petroamazonas. 2009. *Cuaderno del promotor de salud intercultural*. Ecuador, Petroamazonas Ministerio de salud.

Ministerio de Salud Pública. 2011. *Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada*. Ecuador, MSP.

Ministerio de Salud Pública. 2011. *Módulos de capacitación en atención materna culturalmente adecuada para el personal de salud*. Ecuador, MSP.

Ministerio de Salud Pública. 2011. *Módulos de fortalecimiento de conocimientos a parteras ancestrales*. Ecuador, MSP.

Ministerio de Salud Pública. n/d. *Unidades de salud ecuador. Zonas de planificación. Plataforma Geosalud*. Ecuador, Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Transporte y Obras Públicas (MTOPE). 2014. *Estado de la red vial estatal*. Ecuador, Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

MONTES MUÑOZ María Jesús. 2007. *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, Facultat de Lletres.

MORIN Edgar. 1966. « La démarche multidimensionnelle en sociologie », *Cahiers Internationaux de Sociologie*. France, Presses Universitaires de France. Vol. 41 (Juillet-décembre 1966), pp. 49-61

MUYOLEMA Armando. 2001. “De la “cuestión indígena” a lo “indígena” como cuestionamiento. Hacia una crítica del latinoamericanismo, el indigenismo y el mestiz(o) aje. Ecuador”. *Convergencia de los tiempos. Estudios subalternos. Contextos latinoamericanos. Estudios cultura y subalternidad*. Amsterdam/Atlanta, Rodopi.

NAROTZKY Susana. 1998. “La sexualidad procreadora de las mujeres: representaciones melanesias”, *Éndoxa: Series Filosóficas*, n°10. Madrid, UNED. pp. 351-362.

NOBOA Patricio. 2006. “Representaciones del corpus de la naturaleza. De la pre a la Postmodernidad”. *Textiendo textos y saberes*. Colombia, Universidad del Cauca. Bibliographie, 81-104 p.

Nuevo Diccionario de Mariología. 2010. *Santísima virgen María*. Ecuador, Ediciones Paulinas.

Online Etymology dictionary. 2001-2015. Douglas Harper

Organisation des Nations Unies (ONU). 2013. *Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2013*. États- Unis : Nations Unies.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1985. *Sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé, publicadas y reconocidas en la conferencia internacional de Fortaleza*. Brasil: OMS.

OMS. 1985. *Recommandations de l'OMS*. Fortaleza, OMS. Voir : http://www.aoe.eu/documents/20/les_20recommandations_20de_20l_27oms.pdf (consulté en mars 2013).

Organismo andino de salud, Convenio Hipólito. n/d. Lima, Organismo andino de salud
Organización Mundial de la Salud (OMS). 1985. *Recommandations liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*. Fortaleza, OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1997. *Soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*. Genève, OMS. Bibliographie, Index, 61p.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2013. *Estadísticas mundiales sanitarias*. Suiza, OMS. 172 p.

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. 1993. *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*. OMS y OPS.

Ortega Fernando. 2008. “Los modelos de atención de salud en el Ecuador”, *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*. Ecuador: FLACSO.

PADILLA MONGE. 2002. *Santa librada santa librada que la salida sea tan dulce como la entrada. XIV congreso SAGO*. España, Ed. Padilla libros - Sociedad española de ginecología y obstetricia.

Parteras comunitarias de Arajuno. 2012. Conocimientos y experiencias de las parteras de Arajuno en el uso de plantas medicinales. Pastaza, Ministerio de Salud Pública, Dirección provincial de salud de Pastaza subproceso de Salud Intercultural.

PERDIGUERO Enrique. 2004. “El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por Investigar”, *Gaceta sanitaria*. Barcelona, Scielo.

PISON Gilles. 2015. « Tous les pays du monde (2015) », *Population & Sociétés*. France, INED.

POUCHELLE Marie-Christine. 2003. *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris, Editions Seli Arlan. Illustrations, index, 218 p.

POURCHEZ Laurence. 2011. *Savoir des femmes. Médecine traditionnelle et nature. Maurice, Réunion, Rodrigues*. Paris, Savoirs locaux et autochtones, UNESCO, Bibliographie, illustrations, index, 120 p.

Prefectura de Pastaza, Arajuno. 2014. Ecuador, Prefectura de Pastaza

Prefectura de Pastaza, Santa Clara. 2014. Ecuador, Prefectura de Pastaza

Prefectura de Pastaza, Puyo. 2014. Ecuador, Prefectura de Pastaza

Prefectura de Pastaza, Fátima. 2014. Ecuador, Prefectura de Pastaza

RACINET C. 2005. « Positions maternelles pour l'accouchement ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. N°33. Page 533-538. Editorial Board.

REVAULT D'ALLONNES Claude. 1991. *Le Mal joli. Accouchements et douleur*. Paris, Union générale d'éditions.

RICHARDSON Benjamin Ward, LAB Frédérique. 2006. *Hygeia. Une cité de la santé*. Paris, Editions de la Villette. Bibliographie, illustrations, index, 110 p.

RIVAL Laura. 1996. *Hijos del sol, padres del Jaguar: los huaorani de ayer y hoy*. Quito, Abya - Yala. 541p.

ROCHER Guy. 1992. « La notion de culture ». *Introduction à la sociologie générale. Première partie : l'action sociale, chapitre IV*. Montréal, Éditions Hurtubise HMH ltée, troisième édition. pp. 101-127

RODRIGUES Antonio. 1999. *Desigualdades na qualidade do serviço nacional de saúde*. Lisboa, Direcção Regional do Centro. Bibliographie, illustration, 19 pages.

Rodríguez Flor Germán. 2010. *La Faz oculta de la medicina andina*. Quito, Edición Abya-Yala. Bibliographie, illustrations, index, 96 p.

ROEMER Milton. 1972. *Evaluación de los centros de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

RUIZ MANTILLA, Lucy. 2000. *Amazonía ecuatoriana. Escenario y actores del 2000*. Quito, EcoCiencia. Comité ecuatoriano de la UICN.

SAILLANT Francine, GENEST Serge. 2006. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Paris, les Presses de l'Université Laval, Economica, Anthropos. Bibliographies, index, 467 p.

SALVADOR LARA Jorge. 1994. *Breve historia contemporánea del Ecuador*. México, Fondo de Cultura Económica.

SÁNCHEZ TORRES Fernando. n/d. “Algunas costumbres ginecobstétricas en el continente ...que sería Hispanoamérica”, *Historia de la ginecobstetricia en Colombia*. Librería digital, Voir : https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ginecobstetricia/epocapre2_ginecobstetricia/ (révisé en 2015).

Sistema de información de tendencias educativas en América Latina (SITEAL). 2012. “La situación educativa de la población indígena y afrodescendiente en América Latina”, *Cuaderno 14*. Francia, Organización de Estados Iberoamericanos, IPE – UNESCO Sede Regional Buenos Aires. ISSN: 1999-6179

SOLARTE RUANO Marco Freddy. 2010. *Hierbas, usos, rezos y rituales –testimonio. Santiago de Cali*. Voir : <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/hierbas-usos-rezos-y-rituales/hierbas-usos-rezos-y-rituales.pdf>. (Consulté en octobre 2012).

SOUTY Jérôme. 2001. « Limites floues, frontières vives », *SciencesHumaines.com*. France, MSH.

Springbioscience. 2008-2016. Researchgate.net

ST-AMANT Stéphanie. 2015. « Naît-on encore ? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement », *Recherche familiales* 2015/1 (n° 12), p. 9-25. DOI 10. 3917/rf.012.0009

THIVEL Antoine. n/d. « Hellenica : Hippocrate et la théorie des humeurs », *Revue Noésis*. Voir : <http://noesis.revues.org/index1419.html?file=1> (consulté en octobre 2012).

UNICEF. (n/d). *Ecuador- Estadísticas*. UNICEF. Voir : http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador_statistics.html#120 (consulté en avril 2015).

UNICEF. 2015. *State of The World's Children 2015 Country Statistical Information*. New York, UNICEF.

VAN DER STUYFT Patrick, DE VOS Pol. 2008. “La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud”. *Rev Cubana Salud Pública* (en ligne). vol.34, n.4. Voir : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466. (consulté en juillet 2015).

VAN EERSEL, Patrice. 2014. « Nous sommes les plus beaux mammifères ! », *CLES*. Voir : <http://www.cles.com/enquetes/article/nous-sommes-les-plus-beaux-des-mammiferes> (consulté en septembre 2015).

VAREA VITERI María Soledad. 2006. “Relaciones de poder entre chamanes, parteras, pajuyos alrededor de las plantas medicinales”, *Decorriendo velos de las ciencias sociales, estudios de género en el Ecuador*. Quito, Abya Yala.

VAUTIER, Marie-Laure. 2013. « Historique des positions obstétricales ». *Périnée & maternité. Collection Grands sujets*. Paris, ELPEA. Bibliographie, illustrations, p. 91-92.

VÁSCONEZ ZÁRATE Nelson, MOLINA GARCÉS Susana. n/d. *Manual para el Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud*. Ministerio de Salud Pública. Voir : <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/LIBRO%20DESECHOS%20FINAL.pdf> (consulté en octobre 2016).

VEGA Mario. 2001. *Etnobotánica de la Amazonía Peruana*. Quito, Abya Yala.

VIGNOLO Julio, VACAREZZA Mariela, ÁLVAREZ Cecilia, SOSA Alicia. 2011. “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud”, *Arh Med Interna*. Uruguay, Prensa médica Latinoamericana.

Vocabolario etimologico della lingua italiana 2. 1907. Roma-Milano, Dante Alighieiri.

WALSH Catherine. 2008. *Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Entrevista a Walter D. Mignolo*. Voir : www.oei.es/salactsi/walsh.htm - 97k (Consulté en 2010).

ANNEXES

Annexe 1. - Classification de types d'accouchement par régions du Portugal en 2013

1.11 b - Partos efetuados nos hospitais, por distribuição geográfica (NUTS III/III), segundo o tipo de parto (a)

Distribuição geográfica	Total	Partos eutóxicos	Partos distóxicos			Unidade: n.º
			Total	Cesarianas	Outros	
			2013			
Portugal	81 559	38 470	43 089	29 000	14 089	
Continente	77 449	36 384	41 065	27 601	13 464	
Norte	26 648	11 957	14 691	10 440	4 251	
Alto Minho	...	...	...	...	...
Cávado	2 922	1 388	1 534	1 078	456	
Ave	3 323	1 726	1 597	1 151	446	
A. M. Porto	14 644	5 856	8 788	6 351	2 437	
Alto Tâmega	0	0	0	0	0	
Tâmega e Sousa	...	...	...	...	...
Douro	1 355	529	826	542	284	
Terras de Trás-os-Montes	...	...	...	...	...
Centro	14 327	7 059	7 268	4 285	2 983	
Oeste	1 573	900	673	444	229	
Região de Aveiro	...	...	...	...	...
Região de Coimbra	4 895	2 202	2 693	1 460	1 233	
Região de Leiria	1 815	992	823	511	312	
Viseu Dão Lafões	...	...	...	...	...
Beira Baixa	371	164	207	104	103	
Médio Tejo	...	...	...	...	...
Beiras e Serra da Estrela	...	...	...	...	...
A. M. Lisboa	29 042	13 202	15 840	10 553	5 287	
Alentejo	3 927	2 024	1 903	1 268	635	
Alentejo Litoral	0	0	0	0	0	
Baixo Alentejo	1 040	546	494	269	225	
Lezíria do Tejo	...	...	...	...	...
Alto Alentejo	...	...	...	...	...
Alentejo Central	...	...	...	...	...
Algarve	3 505	2 142	1 363	1 055	308	

Tableau 10 : Classification de types d'accouchement par régions du Portugal en 2013

Source : Estatísticas da saúde 2013

Annexe 2 : Guides d'entretien

Questionnaire pour les accoucheuses traditionnelles

Questions générales :

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quels sont les activités économiques de votre famille ?
- Quels sont vos activités économiques ?
- Est-ce que vous avez une religion ? Laquelle ?
- Quels sont vos origines ethniques ?
- Quels sont vos origines ?

Questions sur les pratiques et les représentations :

- Comment vous avez eu toutes vos connaissances ? Qui vous a appris ?
- Il y a combien de temps que vous exercez ce métier ?
- Combien d'accouchements avez-vous aidé ?
- Êtes-vous reconnue comme accoucheuse ?
- Combien de femmes aidez-vous à accoucher dans un mois ? En même temps ?
- Avez-vous rencontré des cas difficiles ? Lesquels ?
- Où est-ce que vous faites accoucher les femmes ?
- Lors de l'accouchement comment « préparez » -vous la femme ?
- Comment vous « nettoyez »/lavez le corps de la femme ? (Énéma ou rasage) ?
- Qu'est-ce que c'est être propre ?
- Comment considérez-vous que la chambre soit propre pour l'accouchement ?
- Qu'est-ce que la religion dit sur ces pratiques ? sur le corps et la naissance ?
- Comment est-ce que vous « aidez » la femme lors de l'accouchement ?
- Quelles sont les techniques utilisées avec les femmes ?
- Quels sont les plantes que vous utilisez ?
- Comment vous les préparez ?

- Pourquoi vous choisissez ces plantes ?
- Existe-t-il une classification des plantes ?
- Que se passe-t-il lors de l'accouchement ?
- Que faites-vous après l'accouchement ?
- Qu'est-ce qu'il faut faire au post-partum ?
- En quoi vos techniques aident-elles à l'accouchement ?
- Selon vous, est-ce que l'accouchement vous fait penser à une maladie ? Comment le considérez-vous ?
- La douleur est normale dans les accouchements ?
- Est-ce que votre religion parle des douleurs lors de l'accouchement ? Qu'est-ce qu'elle dit ?
- Comment contrôlez-vous la dilatation de la femme ?
- Comment contrôlez-vous l'état du bébé ?
- Incisez-vous le corps de la femme (épisiotomie) ?
- Dans quelle position accouchent les femmes avec vous ? Pourquoi ?
- Qui décide de cette position ?
- Quel est le rôle de la femme dans l'accouchement ? Quel est le vôtre ?
- Quel est le rôle de la famille dans l'accouchement ?
- Quel est le rôle de dieu dans l'accouchement ?
- Combien dure un accouchement ?
- A quel moment de l'accouchement vous intervenez ?
- Quelle est votre intervention avec le nouveau-né ?
- Il y a une différence entre la distance de coupure du cordon ombilical entre une fille et un garçon ?
- A partir de combien de temps estimez-vous qu'un accouchement soit trop long ?
- Qu'est-ce que vous faites lorsqu'un « accouchement dure trop » ?
- Utilisez-vous des outils, techniques ou médicaments qui proviennent des médecins ?
- Avez-vous incorporé des éléments nouveaux aux soins que vous prodiguez ?
- Après l'accouchement du bébé avez-vous des savoir-faire particuliers pour faire accoucher le placenta ?
- Aurait-il une relation entre la succion du nouveau-né lors de sa naissance et l'accouchement du placenta ?
- Il-y-a-t-il des pratiques avec le placenta ?

- Qui décide du placenta ?
- Au bout de combien de temps (en heures) après la naissance du bébé lui est donné le premier sein ?
- Est-ce que le bébé boit le premier lait de sa mère ?
- Si non, que faites-vous avec ce lait ?
- Si non, que fait la mère avec ce lait ?
- Qui décide sur ce premier lait ?
- Y aurait-il un terme pour désigner ce premier lait ?
- S'il existe dans une autre langue, aurait ce terme d'autres significations ?
- Est-ce que vous conseillez la mère (de donner ou pas) ? Est-ce que la mère le décide seule ? Est-ce par rapport à la famille ?
- Il est bon ou mauvais ? Pourquoi ?
- Est-ce que ce premier lait est suffisant pour le nouveau-né ? Lui donnez-vous d'autres substances après les premières heures de sa naissance ? quoi ?
- Est-ce que la mère ou sa famille lui donnent d'autres substances après les premières heures de sa naissance ? quoi ?
- D'où vient le colostrum ? Qu'est-ce que c'est le colostrum ?
- Qui vous a appris sur le colostrum ? D'où viennent vos connaissances sur le colostrum et sur l'allaitement ?
- Est-ce que votre religion dit quelque chose sur la consommation du colostrum ?
- Lors de cette première phase d'allaitement, comment est le rapport entre la mère et le nouveau-né ?
- Existe-t-il une relation entre les maladies ou la mortalité des nouveau-nés et la consommation du colostrum ? Est-ce que la consommation du colostrum leurs protégerait ou leurs rendrait malades ?
- Quelle est la différence entre le colostrum (premier lait) et le lait maternel par rapport à ses effets nutritifs ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous décrire le colostrum ?
- Après le colostrum jour est-ce que la mère a moins, plus ou la même quantité de lait ? Pourquoi ?
- Dans quelles positions les femmes allaitent-elles leurs enfants ?
- Combien de fois par jour est-ce que les mères donnent le colostrum ? Ou quelle est la distance (en heures) entre une prise du sein et la suivante ?
- Pendant combien de temps (en minutes) la mère donne le colostrum ?
- Est-ce qu'il y a des différences sur les pratiques d'allaitement entre les femmes qui accouchent pour la première fois et celles qui ont déjà des autres enfants ?
- Est-ce qu'il y a des différences sur les pratiques d'allaitement entre les femmes qui accouchent pour la première fois et celles qui ont déjà des autres enfants ?

- Est-ce que vous pensez que les mères qui accouchent avec vous donnent d'avantage leur colostrum que les femmes à l'hôpital ? Pourquoi ?
- Qui mange d'avantage, les garçons ou les filles ?
- Est-ce que les prématurés mangent davantage ?
- Lors de l'allaitement, avez-vous constaté si les femmes donnent les deux seins ou si elles ont une préférence d'un sein sur l'autre ?
- Est-ce qu'il faut donner quelle chose pour augmenter la production de lait ?
- Avez-vous des conseils pour le soin des mamelles lors de l'allaitement ?
- Comment se transmettent ces connaissances entre les femmes ?
- Quels sont les possibles complications lors d'un accouchement ?
- Comment est-ce que vous identifiez une complication lors de l'accouchement ?
- Qu'est-ce que vous faites en cas d'une complication ?
- Au bout de combien de temps ou dans quels contextes conseillez-vous à la femme de rendre visite au médecin ?
- Comment est votre relation avec la femme qui accouche ? Vous la connaissiez déjà avant l'accouchement ?
- Après l'accouchement comment sont vos rapports avec ces femmes ?
- Combien vous paient les femmes ?
- Qui paie ? La famille ou êtes-vous payé(e) par l'état ?
- Comment est-ce que vous vous procurez tous les outils, plantes, infusions dont vous avez besoins pour l'accouchement ?
- Quelqu'un (de l'état, du ministère) vous a déjà donné des outils, livres... ?
- L'état (Ministère de la santé) organise des capacitations pour vous ?
- Avez-vous des contacts avec les médecins ?
- Avez-vous déjà exercé dans un centre de santé ou un hôpital ?
- Si oui, est-ce que dans ce centre vous avez appliqué vos connaissances ou ont-ils appliqué leurs savoir-faire ?
- Si oui, quel a été votre rôle ? Promotrice de santé ? Agent de santé ?
- Si oui, dans quelle langue le personnel du centre communique avec la communauté ?
- Si oui, on vous a déjà proposé de faire des traductions de langues entre les médecins et les femmes ?
- Avez-vous appris des nouvelles connaissances des médecins ?
- Qu'est-ce que vous pensez des médecins et de la médecine qu'ils pratiquent ?
- Pensez-vous que les médecins apprennent quelque chose de vos connaissances ? Les intègrent-ils ?

- Qu'est-ce que vous croyez que les médecins pensent de vos pratiques et savoirs ?
- Si oui, quels sont les contenus de ces capacitations ? On vous apprend des techniques des médecins ?
- Les femmes sont-elles informées sur le moment de l'accouchement et/ou sur la consommation du colostrum ?
- Si oui, qui informe ces femmes ?
- Quelle est votre rôle dans l'information des femmes ?
- La population a-t-elle déjà organisé des réunions pour parler des systèmes de santé ?
- Quel est le rôle de votre autorité locale face aux systèmes de santé ?
- Avez-vous déjà eu un référendum sur le sujet de la santé ?
- Comment est-ce que vous croyez que le système national de santé vous perçoit ? Vous pensez qu'il veut vous y inclure ? Comment ?
- Dans quelle langue est-ce que vous parlez avec les femmes à qui vous aider à accoucher
- Avez-vous appris à quelqu'un votre pratique ?
- Est-ce que vous avez un commentaire à rajouter ou une question ?
- Connaissez-vous des méthodes naturelles de contraception ?

(Après expliquer le but de cette recherche) M'autorisez-vous à utiliser votre nom pour cette recherche ?
M'autorisez-vous à utiliser vos photos ?

Questionnaire pour les sages-femmes et les *doulas*¹⁴⁸

Questions générales :

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quels sont les activités économiques de votre famille ?
- Quels sont vos activités économiques ?
- Est-ce que vous avez une religion ? Laquelle ?
- Quels sont vos origines ethniques ?
- Quels sont vos origines ?

Questions sur les pratiques et les représentations :

- Comment vous avez eu toutes vos connaissances ? Qui vous a appris ?
- Quelle a été votre formation ? Combien a-t-elle duré ? où l'avez-vous fait ?

¹⁴⁸ Si les sages-femmes sont à la retraite les questions sont formulées au passé.

- Il y a combien de temps que vous exercez ce métier ?
- Combien d'accouchements avez-vous aidé ?
- Combien de femmes aidez-vous à accoucher dans un mois ? En même temps ?
- Avez-vous rencontré des cas difficiles ? Lesquels ?
- Où est-ce que vous faites accoucher les femmes ? / où accouchent les femmes que vous accompagnez ? (Pour les *doulas*).
- Lors de l'accouchement comment « préparez » - vous la femme ?
- Comment vous « nettoyez »/lavez le corps de la femme ? (Énéma ou rasage) ? (Pour les sages-femmes) / qu'est-ce que vous pensez des protocoles comme l'énéma ou rasage ? (Pour les *doulas*).
- Qu'est-ce que c'est être propre ?
- Comment considérez-vous que la chambre soit propre pour l'accouchement ?
- Qu'est-ce que la religion dit sur ces pratiques ? sur le corps et la naissance ?
- Comment est-ce que vous « aidez » la femme lors de l'accouchement ?
- Quelles sont les techniques utilisées avec les femmes ?
- Que se passe-t-il lors de l'accouchement ?
- Que faites-vous après l'accouchement ?
- Qu'est-ce qu'il faut faire au post-partum ?
- En quoi vos techniques aident-elles à l'accouchement ?
- Selon vous, est-ce que l'accouchement vous fait penser à une maladie ? Comment le considérez-vous ?
- La douleur est normale dans les accouchements ?
- Est-ce que votre religion parle des douleurs lors de l'accouchement ? Qu'est-ce qu'elle dit ?
- Comment contrôlez-vous la dilatation de la femme ? (Pas pour les *doulas*).
- Comment contrôlez-vous l'état du bébé ? (Pas pour les *doulas*).
- Incisez-vous le corps de la femme (épisiotomie) ? (Pas pour les *doulas*).
- Dans quelle position accouchent les femmes avec vous ? Pourquoi ?
- Qui décide de cette position ?
- Quel est le rôle de la femme dans l'accouchement ? Quel est le vôtre ?
- Quel est le rôle de la famille dans l'accouchement ?
- Quel est le rôle de dieu dans l'accouchement ?

- Combien dure un accouchement ?
- À quel moment de l'accouchement vous intervenez ?
- Quelle est votre intervention avec le nouveau-né ?
- Il y a une différence entre la distance de coupure du cordon ombilical entre une fille et un garçon ?
- À partir de combien de temps estimez-vous qu'un accouchement soit trop long ?
- Qu'est-ce que vous faites lorsqu'un « accouchement dure trop » ?
- Utilisez-vous des outils, techniques ou médicaments qui proviennent des médecins ?
- Avez-vous incorporé des éléments nouveaux aux soins que vous prodiguez ?
- Après l'accouchement du bébé avez-vous des savoir-faire particuliers pour faire accoucher le placenta ?
- Aurait-il une relation entre la succion du nouveau-né lors de sa naissance et l'accouchement du placenta ?
- Il-y-a-t-il des pratiques avec le placenta ?
- Qui décide du placenta ?
- Au bout de combien de temps (en heures) après la naissance du bébé lui est donné le premier sein ?
- Est-ce que le bébé boit le premier lait de sa mère ?
- Si non, que faites-vous avec ce lait ?
- Si non, que fait la mère avec ce lait ?
- Qui décide sur ce premier lait ?
- Y aurait-il un terme pour désigner ce premier lait ?
- S'il existe dans une autre langue, aurait ce terme d'autres significations ?
- Est-ce que vous conseillez la mère (de donner ou pas) ? Est-ce que la mère le décide seule ? Est-ce par rapport à la famille ?
- Il est bon ou mauvais ? Pourquoi ?
- Est-ce que ce premier lait est suffisant pour le nouveau-né ? Lui donnez-vous d'autres substances après les premières heures de sa naissance ? quoi ?
- Est-ce que la mère ou sa famille lui donnent d'autres substances après les premières heures de sa naissance ? quoi ?
- D'où vient le colostrum ? Qu'est-ce que c'est le colostrum ?
- Qui vous a appris sur le colostrum ? D'où viennent vos connaissances sur le colostrum et sur l'allaitement ?
- Est-ce que votre religion dit quelque chose sur la consommation du colostrum ?

- Lors de cette première phase d'allaitement, comment est le rapport entre la mère et le nouveau-né ?
- Existe-t-il une relation entre les maladies ou la mortalité des nouveau-nés et la consommation du colostrum ? Est-ce que la consommation du colostrum leurs protégerait ou leurs rendrait malades ?
- Quelle est la différence entre le colostrum (premier lait) et le lait maternel par rapport à ses effets nutritifs ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous décrire le colostrum ?
- Après le colostrum est-ce que la mère a moins, plus ou la même quantité de lait ? Pourquoi ?
- Dans quelles positions les femmes allaitent-elles leurs enfants ?
- Combien de fois par jour est-ce que les mères donnent le colostrum ? Ou quelle est la distance (en heures) entre une prise du sein et la suivante ?
- Pendant combien de temps (en minutes) la mère donne le colostrum ?
- Est-ce qu'il y a des différences sur les pratiques d'allaitement entre les femmes qui accouchent pour la première fois et celles qui ont déjà des autres enfants ?
- Est-ce qu'il y a des différences sur les pratiques d'allaitement entre les femmes qui accouchent pour la première fois et celles qui ont déjà des autres enfants ?
- Est-ce que vous pensez que les mères qui accouchent avec vous donnent d'avantage leur colostrum que les femmes à l'hôpital ? Pourquoi ?
- Qui mange d'avantage, les garçons ou les filles ?
- Est-ce que les prématurés mangent davantage ?
- Lors de l'allaitement, avez-vous constaté si les femmes donnent les deux seins ou si elles ont une préférence d'un sein sur l'autre ?
- Est-ce qu'il faut donner quelle chose pour augmenter la production de lait ?
- Avez-vous des conseils pour le soin des mamelles lors de l'allaitement ?
- Comment se transmettent ces connaissances entre les femmes ?
- Quels sont les possibles complications lors d'un accouchement ?
- Comment est-ce que vous identifiez une complication lors de l'accouchement ?
- Qu'est-ce que vous faites en cas d'une complication ?
- Comment est votre relation avec la femme qui accouche ? Vous la connaissiez déjà avant l'accouchement ?
- Après l'accouchement comment sont vos rapports avec ces femmes ?
- Combien vous paient les femmes ?
- Qui paie ? La famille ou êtes-vous payé(e) par l'état ?
- Comment est-ce que vous vous procurez tous les outils dont vous avez besoins pour l'accouchement ?

- Quelqu'un (de l'état, du ministère) vous a déjà donné des outils, livres... ?
- L'état (Ministère de la santé) organise des capacitations pour vous ?
- Avez-vous des contacts avec les médecins ?
- Avez-vous déjà exercé dans un centre de santé ou un hôpital ?
- Si oui, est-ce que dans ce centre vous avez appliqué vos connaissances ou ont-ils appliqué leurs savoir-faire ?
- Si oui, quel a été votre rôle ? Promotrice de santé ? Agent de santé ?
- Pensez-vous que les médecins apprennent quelque chose de vos connaissances ? Les intègrent-ils ?
- Qu'est-ce que vous croyez que les médecins pensent de vos pratiques et savoirs ?
- Les femmes sont-elles informées sur le moment de l'accouchement et/ou sur la consommation du colostrum ?
- Si oui, qui informe ces femmes ?
- Quelle est votre rôle dans l'information des femmes ?
- Comment est-ce que vous croyez que le système national de santé vous perçoit ? Vous pensez qu'il veut vous y inclure ? Comment ?
- Avez-vous appris à quelqu'un votre pratique ?
- Est-ce que vous avez un commentaire à rajouter ou une question ?
- Connaissez-vous des méthodes naturelles de contraception ?

(Après expliquer le but de cette recherche) M'autorisez-vous à utiliser votre nom pour cette recherche ?
M'autorisez-vous à utiliser vos photos ?

Questionnaire pour les femmes qui ont accouché chez elles

Questions générales :

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quels sont les activités économiques de votre famille ?
- Quels sont vos activités économiques ?
- Est-ce que vous avez une religion ? Laquelle ?
- Quels sont vos origines ethniques ?
- Quels sont vos origines ?

Questions sur les pratiques et les représentations :

- Où est-ce que vous avez accouché ?

- Avant de l'accouchement comment vous « préparez » - vous ?
- Faites-vous quelque chose sur votre corps ?
- Qu'est-ce que c'est être propre ?
- Comment considérez-vous que la chambre soit propre pour l'accouchement ?
- Qu'est-ce que la religion dit sur ces pratiques ? sur le corps et la naissance ?
- Comment est-ce que la sage-femme/accoucheuse vous a aidé lors de l'accouchement ?
- Que se passe-t-il lors de l'accouchement ?
- Que faites-vous après l'accouchement ?
- Qu'est-ce qu'il faut faire au post-partum ?
- Selon vous, est-ce que l'accouchement vous fait penser à une maladie ? Comment le considérez-vous ?
- La douleur est normale dans les accouchements ?
- Est-ce que votre religion parle des douleurs lors de l'accouchement ? Qu'est-ce qu'elle dit ?
- Est-ce qu'on vous a fait un/plusieurs touchés vaginaux ?
- On vous a coupé (épisiotomie) ?
- Dans quelle position avez-vous accouché ? Pourquoi ?
- Qui décide de cette position ?
- Quel est le rôle de la femme dans l'accouchement ? Quel est le rôle de l'accoucheuse/sage-femme ?
- Quel est le rôle de la famille dans l'accouchement ?
- Quel est le rôle de dieu dans l'accouchement ?
- Combien dure un accouchement ?
- Il y a une différence entre la distance de coupure du cordon ombilical entre une fille et un garçon ?
- À partir de combien de temps estimez-vous qu'un accouchement soit trop long ?
- Y a-t-il des savoirs faire particulier pour faire accoucher le placenta ?
- Il-y-a-t-il des pratiques avec le placenta ?
- Qui décide du placenta ?
- Au bout de combien de temps (en heures) après la naissance du bébé lui est donné le premier sein ?
- Est-ce que le bébé boit le premier lait ?
- Si non, que faites-vous avec ce lait ?

- Qui décide sur ce premier lait ?
- Y aurait-il un terme pour désigner ce premier lait ?
- S'il existe dans une autre langue, aurait ce terme d'autres significations ?
- Il est bon ou mauvais ? Pourquoi ?
- Est-ce que ce premier lait est suffisant pour le nouveau-né ? Lui donnez-vous d'autres substances après les premières heures de sa naissance ? quoi ?
- Est-ce que vous ou votre famille donnez d'autres substances après les premières heures de sa naissance ? quoi ?
- D'où vient le colostrum ? Qu'est-ce que c'est le colostrum ?
- Qui vous a appris sur le colostrum ? D'où viennent vos connaissances sur le colostrum et sur l'allaitement ?
- Est-ce que votre religion dit quelque chose sur la consommation du colostrum ?
- Lors de cette première phase d'allaitement, comment est le rapport entre vous et votre bébé ?
- Existe-t-il une relation entre les maladies ou la mortalité des nouveau-nés et la consommation du colostrum ? Est-ce que la consommation du colostrum leurs protégerait ou leurs rendrait malades ?
- Quelle est la différence entre le colostrum (premier lait) et le lait maternel par rapport à ses effets nutritifs ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous décrire le colostrum ?
- Après le colostrum est-ce que vous avez eu moins, plus ou la même quantité de lait ? Pourquoi ?
- Dans quelles positions allaitez-vous vos enfants ?
- Combien de fois par jour est-ce que donnez-vous le colostrum ? Ou quelle est la distance (en heures) entre une prise du sein et la suivante ?
- Pendant combien de temps (en minutes) donnez-vous le colostrum ?
- Qui mange d'avantage, les garçons ou les filles ?
- Est-ce que les prématurés mangent davantage ?
- Lors de l'allaitement, avez-vous constaté si les femmes donnent les deux seins ou si elles ont une préférence d'un sein sur l'autre ?
- Est-ce qu'il faut donner quelque chose pour augmenter la production de lait ?
- Comment faut-il guérir les problèmes avec les mamelles lors de l'allaitement ?
- Comment se transmettent ces connaissances entre les femmes ?
- Quels sont les possibles complications lors d'un accouchement ?
- Comment est votre relation avec la sage-femme / l'accoucheuse ? Vous la connaissiez déjà avant l'accouchement ?

- Après l'accouchement comment sont vos rapports avec cette femme/homme ?
 - Combien l'avez-vous payé ?
 - Qui paie ? Votre famille, vous, l'état ?
 - Que pensez-vous des accoucheuses/sages-femmes ?
 - Est-ce que vous croyez que les accoucheuses sont efficaces ?
 - C'est mieux accoucher à l'hôpital ou chez soi ?
 - Est-ce que vous étiez informées sur le moment de l'accouchement et/ou sur la consommation du colostrum ? qui vous a informé ?
 - Est-ce que vous avez un commentaire à rajouter ou une question ?
 - Connaissez-vous des méthodes naturelles de contraception ?
- (Après expliquer le but de cette recherche) M'autorisez-vous à utiliser votre nom pour cette recherche ?
M'autorisez-vous à utiliser vos photos ?

Annexe 3 : Liste des informateurs et informatrices

Équateur :

1. Elvia Barreño, accoucheuse métisse, Santa Clara¹⁴⁹
2. Magdalena Vargas, accoucheuse *kichwa*, Rey de Oriente
3. Isabel Verdesoto, accoucheuse métisse, San Jorge
4. María Chimbo, accoucheuse *kichwa*, Unión Muyuna
5. Violeta Andi, accoucheuse *kichwa*, Arajuno
6. Mario Garcés, accoucheur *kichwa*, Puyo
7. Carmen Aguinda, accoucheuse *kichwa*, Mercado de Puyo
8. Xavier Grefa, accoucheur *kichwa*, Santa Clara
9. Esperanza Padilla, accoucheuse *kichwa*, Capricho
10. Rosa Guatatocha de Chiguango, accoucheuse *kichwa*, Santa Clara
11. Nestor Noteno, accoucheur et fils d'une accoucheuse *kichwa*, Puyo
12. Gladys Grefa, accoucheuse *kichwa*, Arajuno
13. Maxi Andi, accoucheur *kichwa*, Arajuno

¹⁴⁹ Lieu où l'entretien a été réalisé.

14. Estela Grefa, accoucheuse *kichwa*, Arajuno
15. Graciela Grefa, accoucheuse *kichwa*, Arajuno
16. Antonia Chimbo, accoucheuse *kichwa*, Arajuno
17. María Virginia Vizcaíno de Espín e hija, accoucheuse métisse, Puyo
18. Beatriz Paredes e hija, accoucheuse métisse, Puyo
19. Jacinta Guatatocha, accoucheuse *kichwa* (avec sa fille, Cristina Grefa), Santa Clara
20. Belén Arequipa, sage-femme métisse, Arajuno
21. Fonctionnaire du Ministère de Santé (anonyme), Quito
22. Parturiente (anonyme), Arajuno
23. Luchito y esposa, Marcela Andy (femme en travail d'accouchement), Arajuno
24. Silverio Xavier Tipay Grefa, TAPS, Arajuno
25. Samuel Calapuche, TAPS, Arajuno
26. Rita Chimquim, femme *shuar* ayant accouché chez elle, Nunkuy Nunkay
27. María Piás et Silvio Guasún, un couple *shuar*, Nunkuy Nunkay
28. Leticia Mashinkash, TAPS à Tsukintsa et fille d'un accoucheur *achuar*, Taisha
29. Claudia Jaramillo, accoucheuse métisse, Taisha

30. María Isabel Yáñez, *doula* métisse

Portugal :

Femmes ayant accouché chez elles :

1. Adelaida Zaraiba, Azurara
2. Olivia Saofix, Mindelo
3. Maria Augusta Capela, Serra de Gêres
4. Maria do Céu “Maria”, Serra de Gêres
5. Laurentina (anonima), Cadoso
6. Maria Emilia Neves, “Carrazeda”
7. Celeste de Conceição Gomes do Santo, Alagoa
8. Julia Durão, Porto
9. Ana do Mare, São Pedro de Afurada
10. “Laurinha”, São Pedro de Afurada
11. Conceição Silva, avec ses voisines et amies : Maria Lis Madureira, Margarita Araujo, Tania Oliveira, Matosinhos
12. Paula Marques, Fonte Longa
13. Laura Pérez et João Torres, Vila Nova de Poiares

14. Natalia Emeral do Santos, Vila Nova de Poiares
15. Florentina, Beija
16. Maria Santos, Casa Branca
17. Isaura Guerrero, Monchique
18. Maria Dominguez, Monchique
19. Alice Bisanto, Monchique

Accoucheuses traditionnelles, sages-femmes et *doulas* :

20. “Emma”, sage-femme retraitée, Mindelo
21. Maria de Luz Correa, accoucheuse, Candoso
22. Luz do Céu Moreira Fermino, accoucheuse, Carvalho de Egas
23. Cilia dos Santos fille de Candida dos Anjos, accoucheuse, Alagoa
24. Maria de Luz Santos filha de Candida dos Anjos, accoucheuse, Alagoa
25. Maria de Carvalho, accoucheuse, São Pedro de Afurada
26. Maria José Bairros Lema, sage-femme retraitée, Paredes
27. Mary Zwart, sage-femme retraitée, Vila Nova de Poiares
28. Lurdes Pereira, sage-femme retraitée, Vila Nova de Poiares

29. Celestina Carvalho sage-femme, Vila Nova de Poiares

30. Esther de Leon, *doula*, Trilho

31. Antonio Ferreira, sage-femme, Coimbra

32. Maria Lurdes Rodea, sage-femme, Beja

33. Maria Luisa Condeço, *doula*, Évora

Autres,

34. “Francisco”, fonctionnaire du Ministère de Santé au Portugal, département de ressources humaines, Algarve

Annexe 4 : Rapport d'observations et suggestions sur le sous-centre de santé d'Arajuno

VEEDURIA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ARAJUNO

En el marco de la investigación doctoral sobre “Prácticas y representaciones del parto y consumo de calostro en las parteras tradicionales”, se han realizado varias visitas a Arajuno. En esta prospección de campo, nos pusimos en contacto con el subcentro de salud, institución que prestó su apoyo logístico con la apertura de sus funcionarios para realizar entrevistas, el ingreso a las instalaciones (consultorios, oficinas, sala de parto, de recuperación) e inclusive el hospedaje durante dos días, en los cuales se atendió un parto con el acompañamiento de una partera.

En este lapso se realizaron entrevistas tanto al personal de salud, como a parteras tradicionales de la zona, se mantuvo conversaciones informales con usuarios/as del sistema oficial de salud y del sistema tradicional de salud y se asistió de invitada/observadora a una reunión en el Municipio de Arajuno entre funcionarios de distintas instancias (un concejal del municipio que es el presidente del Consejo Cantonal de salud, su tesorero, una técnica del Distrito y otra de la Dirección provincial de salud 8representante de salud intercultural), la directora del Subcentro y una técnica del área de estadística del mismo). Los resultados de esta veeduría se ciñen a una metodología de observación desde las ciencias sociales y no pretende evaluar el desempeño médico, para lo cual no se tiene la competencia.

Dentro de los resultados y recomendaciones de la observación están:

- Existe un intento por coordinar esfuerzos de las distintas instituciones del sector público (Ministerio de Salud y Municipio) para que con los recursos humanos existentes el servicio a los y las usuarios/as sea más efectivo.

- El subcentro de salud está equipado con el personal médico y la infraestructura necesaria; a pesar de que por la posición de Arajuno la demanda de servicios médicos comprende no solo al sector sino a las de otras comunidades aledañas que no cuentan con subcentros de salud; por lo que la construcción de un centro médico de mayor envergadura sería necesaria.

- En dos ocasiones no existieron ciertos medicamentos (por ejemplo un medicamento para aliviar los calambres de una parturienta) por lo que se recomienda revisar las provisiones médicas que se está enviando a los subcentros de salud con el fin de que sea suficientes para las posibles eventualidades médicas.

- La presencia de los TAPS (Técnicos de Atención Primaria de Salud) ha servido de puente entre los pobladores y el personal médico del subcentro; especialmente en cuanto se refiere a la salud materno infantil en la que el contacto entre parteras y el subcentro, mantiene al subcentro informado de las posibles complicaciones de las parturientas y de los embarazos a término.

- Los talleres y el trabajo realizado por el Ministerio de Salud con las parteras se está constituyendo en un puente entre los dos sistemas médicos. Sin embargo, también se supo que existió un malestar por parte de ciertas parteras ya que unas son más reconocidas y tomadas en cuenta que otras.

- La sala de partos existente en Arajuno se puede adaptar a la atención del parto en libre posición. El protocolo que se pone en práctica en la atención del parto permite el ingreso,

acompañamiento y atención del parto por parteras con la intervención del personal médico en casos de complicaciones; así como el de un familiar de elección de la parturienta, lo cual genera un mayor sentimiento de confianza en las mujeres parturientas.

- El Subcentro dispone de un huerto medicina con plantas de la zona –de hecho existe una publicación de la Dirección de Salud Intercultural hecho por parteras en la que se describen las plantas medicinales destinadas a la atención del parto –, en el que en ciertos caso las parteras hacen uso de éste. Por lo que se recomienda que estos cultivos se mantenga y que se implementen las plantas medicinales endémicas que se hayan muerto o falten.

- A pesar de que no se logró entrevistar a la obstetriz de contrato, se recogieron muchos comentarios de las parteras que demuestran su aceptación y un esfuerzo por realizar un trabajo coordinado entre los agentes de salud.

- A pesar de los esfuerzos de para acercar a la comunidad al Sistema Oficial de Salud, se mantienen las fronteras culturales de lado y lado, ya que se tuvo comentarios tales como “los doctores mandan a hacer cesáreas no más” que explicaba su resistencia para ir al subcentro y algunos comentarios de funcionarios que visibilizan que no confían en las prácticas terapéuticas de las parteras, tales como “las parteras ya vienen solo cuando la complicación ya está”, “hubo un caso de una señora con un edema vaginal porque la partera le hizo pujar antes de hora”. La recomendación sería que se mantengan los diálogos de saberes entre los sistemas de salud y se incluya al todo el personal.

- Según lo planteado por Mirna Cuningham (Cf. al anexo) el Ministerio de Salud con su trabajo de interculturalidad, ha logrado superar el enfoque paternalista en el que las parteras eran totalmente desvalorizadas. La infraestructura presta las condiciones físicas para la implementación de una práctica de convivencia entre los sistemas de salud. El riesgo de este

ejercicio es que el sistema ancestral de salud sea absorbido por el sistema oficial, al formar promotores de salud (tal como se describe en el documento de Cuningham). Por esta razón es importante que se valore, se respete y se reconozca al sistema ancestral de salud como un sistema válido con diagnósticos, instrumentos y prácticas terapéuticas propias, diferentes y eficaces.

- Desde esta lectura y tomando en cuenta las fronteras culturales existentes, se recomienda que la casa de partos que se piensa construir a futuro sea diseñada por la comunidad y las asociaciones existentes para que exista un verdadero proceso de apropiación de la comunidad de este espacio y que no sea leído como una prolongación del sistema de salud nada más, si no como su espacio en el subcentro de salud.

Atentamente,

XXXX

María Fernanda Acosta A.

Candidata a PHD en la Universidad de Niza Antipolis Sophia

Annexe 5 : Classification de salles pour l'accouchement par régions du Portugal en 2013

1.3 a - Salas operatórias, salas de partos, salas para trabalho de parto e salas de consulta externa dos hospitais, por distribuição geográfica (NUTS III) e tipo de hospital

2013 Unidade: n.º

Distribuição geográfica e tipo de hospital	Total	Salas operatórias	Salas de partos	Salas para trabalho de parto	Salas de consulta externa
PORTUGAL	9 627	906	236	172	8 313
Oficial	6 589	636	181	142	5 630
Público	6 378	620	181	142	5 435
Não público	211	16	0	0	195
Privado	3 038	270	55	30	2 683
Contínente	9 117	872	224	158	7 863
Oficial	6 232	609	171	130	5 322
Público	6 021	593	171	130	5 127
Não público	211	16	0	0	195
Privado	2 885	263	53	28	2 541
Norte	3 452	329	91	55	2 977
Oficial	2 227	215	60	42	1 910
Público	2 135	209	60	42	1 824
Não público	92	6	0	0	86
Privado	1 225	114	31	13	1 067
Centro	1 920	178	49	35	1 658
Oficial	1 450	145	46	34	1 225
Público	1 441	145	46	34	1 216
Não público	9	0	0	0	9
Privado	470	33	3	1	433
A. M. Lisboa	3 070	300	67	61	2 642
Oficial	2 049	204	48	47	1 750
Público	1 939	194	48	47	1 650
Não público	110	10	0	0	100
Privado	1 021	96	19	14	892
Alentejo	376	39	7	7	323
Oficial	309	31	7	7	264
Público	309	31	7	7	264
Não público	0	0	0	0	0
Privado	67	8	0	0	59
Algarve	299	26	10	0	263
Oficial	197	14	10	0	173
Público	197	14	10	0	173
Não público	0	0	0	0	0
Privado	102	12	0	0	90

Tableau 11 : Classification de salles pour l'accouchement par régions du Portugal en 2013

Source : Estatísticas da saúde 2013. Instituto Nacional de Estatística

Annexe 6 : Migrations aux nord-est du Portugal



Photo 95 : Monument à la « Famille émigrée »

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Mirandela 08/2014



Photo 96 : École fermée, intérieur de la salle de cours

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Alagoa 08/2014



Photo 97 : École fermée, vue de l'extérieur

Source : Maria Fernanda Acosta A. Lieu et date : Alagoa 08/2014

Annexe 7 : Santé publiques et niveau de soin

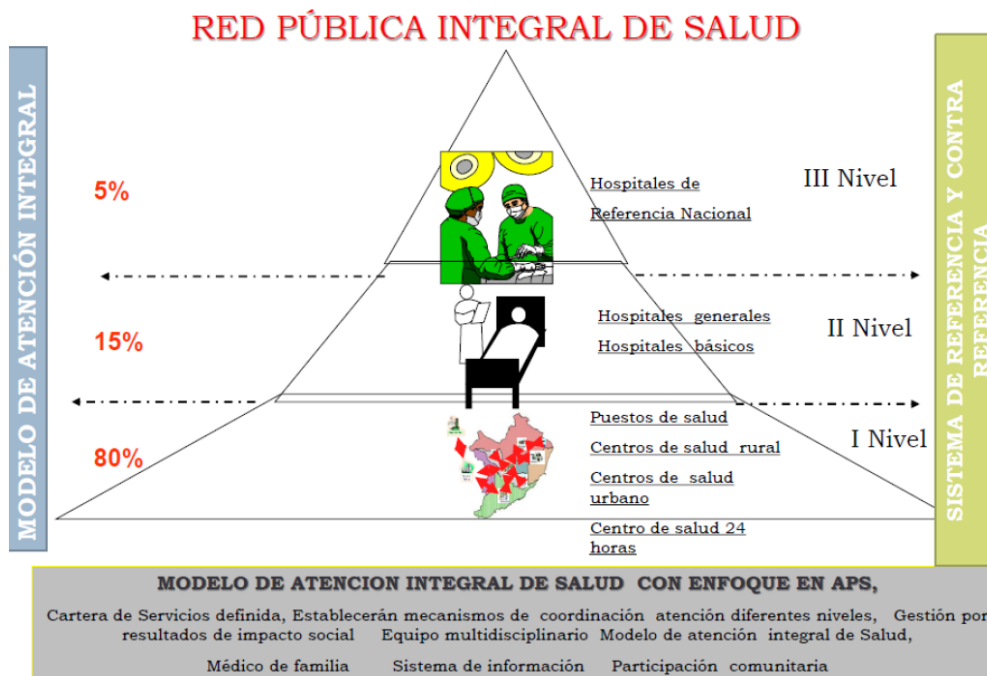


Figure 7 : Santé publiques et niveau de soin.

Source : Organismo andino de salud, Convenio Hipólito Unanue (n/d)¹⁵⁰

¹⁵⁰ Voir en :

<http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.orasconhu.org%2Fckfinder%2Fuserfiles%2Ffiles%2F002-CASE-Nilda%2520Villacres.pdf&ei=KvN0VJDMIYmaKWQgYAP&usg=AFQjCNEgwQ9x7iEIcIuO4QWVgskk-ltBaA&bvm=bv.80185997,d.d2s&cad=rja> (consulté en novembre 2014).

Annexe 8 : Les mouvements sociaux autour de l'accouchement au Portugal

Diagram of the Childbirth Movement in Portugal:

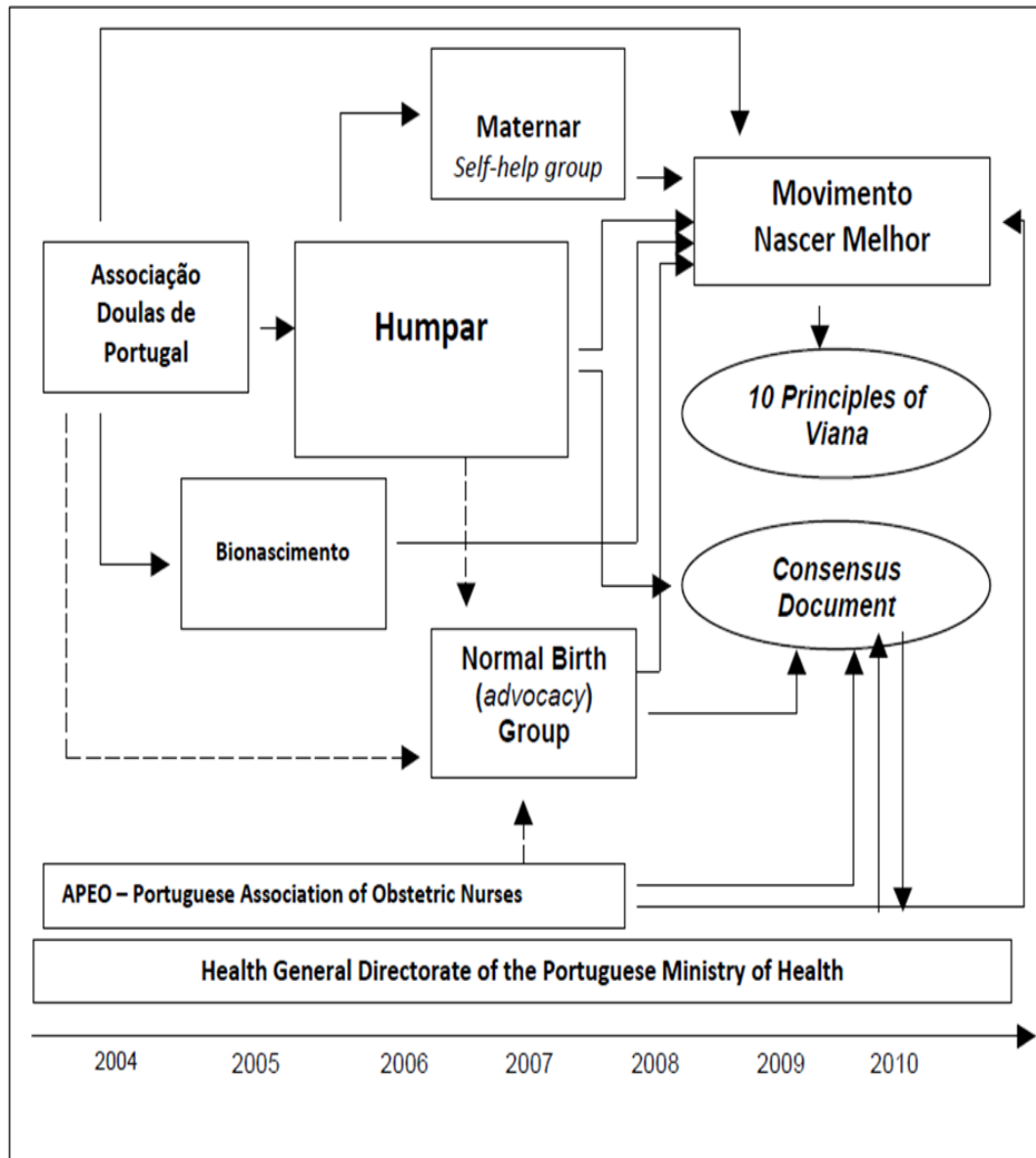


Figure 8 : Mouvements sociaux autour de l'accouchement au Portugal.

Source: Arriscado Nunes, Neves, Roriz, Marques 2009: 6

Annexe 9 : L'hôpital *San Luis de Otavalo*

Il y a eu certains changements dans quelques institutions, observés en 2009, telles que l'hôpital de *San Luis*, en Otavalo qui est une ville où il y a une forte présence de population indigène, où une « maison d'accouchements » a été construite. Cette maison dispose de neuf chambres pour héberger neuf parturientes et leurs familles ; les espaces en communs sont le salon équipé d'une cheminée, la cuisine et les toilettes.



Photo 1: L'Hôpital San Luis de Otavalo, porte principale 2009. Source : María Fernanda Acosta A.



Photo 2: L'Hôpital San Luis de Otavalo, Maison des accouchements en construction, 2009. Source : María Fernanda Acosta A.



Photo 3 : L'Hôpital San Luis de Otavalo, Maison des accouchements en construction, salon, 2009.

Source : María Fernanda Acosta A.



Photo 4 : L'Hôpital San Luis de Otavalo, Maison des accouchements en construction, couloir et portes des chambres, 2009. Source : María Fernanda Acosta A.



Photo 5 : L'Hôpital San Luis de Otavalo, Maison des accouchements en construction, cuisine commune, 2009. Source : María Fernanda Acosta A.

Dans cette institution, la femme peut choisir un accouchement pris en charge par un médecin dans une salle d'accouchement médicalisée ou une prise en charge par une accoucheuse traditionnelle dans une salle d'accouchement vertical et l'avantage est que l'équipe de santé académique est prête pour intervenir en cas d'une complication ou une urgence avec la mère ou l'enfant.

Ces protocoles semblent être faciles, cependant les entretiens menés avec le personnel de santé –infirmière, docteur et accoucheuse traditionnel – montrent que des tensions entre les deux systèmes de santé sont encore présentes et que des relations de subalternisation continuent à ce mettre en place. D'après la *mama* Margarita, représentante des accoucheuses traditionnelles en Otavalo en 2009, les docteurs continuent à porter un regard très discriminant, surtout au début de leur arrivée dans l'hôpital, par rapport aux accoucheuses traditionnelles, qui sont indigènes et dont les connaissances sont issues d'un apprentissage empirique ¹⁵¹ : « maintenant les choses sont en train de changer, ce n'est plus la même chose, parce qu'avant ils ne voulaient rien savoir de nous, ils ne nous parlaient même pas, « indigène » disaient-ils, « sale » c'est

¹⁵¹ «Ahora está cambiado: no es lo mismo; porque antes era ni saber nada ellos, no querían hablar, "india" decían, "indígena", así estaba diciendo sucia, lo que sabían decir ellos ahora ya no » (entretien 2009).

comme cela qu'ils nous décrivaient ; maintenant cela s'est arrêté » (Entretien 2009). Cette information a été ratifiée par l'infirmière Hermosa, responsable de cette intégration, qui a décrit des ateliers organisés pour les médecins et les accoucheuses pour que chacun explique les pratiques de prise en charge de l'accouchement, afin de créer une ambiance moins tendue.



Photo 6 : La mama Margarita, représentante des accoucheuses à Otavalo en 2009, 2009. Source : María Fernanda Acosta A.



Photo 7 : Infirmière Magdaly Hermosa, responsable de l'insertion des accoucheuses à l'hôpital *San Luis*, représentante des accoucheuses à Otavalo en 2009, 2009. Source : María Fernanda Acosta A.

Par rapport aux rémunérations, la question n'est toujours pas résolue, car le Ministère de la Santé n'a toujours pas décidé comment introduire les accoucheuses dans le système officiel et comment quantifier leur salaire. Lors des entretiens en 2009, d'après *mama Margarita*, la

proposition faite par le directeur de l'hôpital était de donner aux accoucheuses mille dollars américains du mois (à peu près un ou deux salaires d'un jeune docteur, selon leur statut) qui devaient être partagés entre toutes les accoucheuses qui allaient à l'hôpital. À l'époque, les accoucheuses devaient payer leurs moyens de transports et l'hôpital les faisait seulement bénéficier du déjeuner.

Annexe 10 : Soins liés à un accouchement normal : guide pratique

OMS. 1997. *Soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*. Genève, OMS. Bibliographie, Index, 61p.

Position et mobilité pendant le premier stade du travail

Il ressort de plusieurs études que la position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail affecte le débit sanguin dans l'utérus. L'utérus lourd peut comprimer l'aorte et les veines caves et la baisse du débit sanguin peut mettre en danger l'état du fœtus. La position dorsale réduit aussi l'intensité des contractions (Flynn et al. 1978, McManus and Calder 1978, Williams et al. 1980, Chen et al. 1987) et gêne donc l'évolution du travail. Les positions debout et couchée sur le côté sont associées à une intensité et une efficacité supérieures des contractions (de leur aptitude à réaliser la dilatation du col).

Malgré la prévalence continue de la position dorsale, de nombreuses autres possibilités s'offrent aux parturientes. Différentes contraintes limitent cependant souvent ce choix, qu'il s'agisse de la conception du lit de la salle d'accouchement ou des protocoles d'accouchement, des tubes intraveineux posés de façon systématique ou du matériel de surveillance. Lorsque ces contraintes sont réduites au minimum, la femme peut se tenir debout, marcher, s'asseoir ou se mettre à quatre pattes, prendre une douche ou un bain pour se détendre ou adopter successivement chaque position comme elle le souhaite. Les essais comparant ces positions à la position dorsale ont montré que le travail était en moyenne moins douloureux (le besoin d'analgésie était réduit) et que les mesures d'accélération étaient utilisées moins fréquemment dans les positions autres que la position dorsale (Chan 1963, Flynn et al. 1978, Mc Manus et Calder 1978, Diaz et al. 1980, Williams et al. 1980, Hemminki 1983, Melzack 1991). Un essai (Flynn et al. 1978) a fait apparaître une incidence sensiblement plus faible des anomalies du

rythme cardiaque fœtal dans la position verticale mais les autres essais n'ont pas révélé de différences significatives dans l'issue néonatale.

En conclusion, aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail. La seule exception est lorsque la rupture des membranes a eu lieu alors que la tête du fœtus n'était pas engagée. Si et lorsqu'il y a rupture des membranes et que l'accoucheur/accoucheuse a établi que la tête du fœtus était suffisamment engagée, les femmes devraient être libres de choisir, et encouragées à le faire, la position qu'elles préfèrent pour l'accouchement. Elles changeront souvent de position car aucune d'elles n'est confortable pendant longtemps.

Annexe 11 : Recommandations de l'OMS, 1985, Fortaleza-Brésil

OMS. 1985. *Recommandations de l'OMS*. Fortaleza, OMS.

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement

Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985

Conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) réunissant une soixantaine de participants.

Principales recommandations formulées :

1. Les ministères de la santé devraient établir des politiques spécifiquement axées sur l'introduction de la technologie dans les services de santé et sur les marchés commerciaux.
2. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale.
3. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.
4. Les groupes féminins d'entraide ont une valeur intrinsèque dans la mesure où ils constituent des mécanismes de soutien social et de diffusion des connaissances, notamment eu égard à la naissance.
5. Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses.
6. La Formation en matière de soins à donner pendant l'accouchement devrait viser à faire mieux connaître les aspects sociaux, culturels, anthropologiques et éthiques de la question.
7. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement.
8. L'évaluation de la technologie devrait revêtir un caractère multidisciplinaire et relever de tous les types de prestataires de soins qui l'utilisent, des épidémiologistes, des spécialistes des sciences sociales ainsi que des autorités sanitaires. Il faudrait que les femmes visées par la technologie participent à la planification de son évaluation puis à l'évaluation et à la diffusion des résultats obtenus. Ces résultats devraient être communiqués à tous ceux qui ont permis de les obtenir, ainsi qu'aux collectivités au sein desquelles la recherche a été conduite.

9. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple).

10. Le bien-être psychologique de la mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours de la période postnatale.

11. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère.

12. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement

13. Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne.

14. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par voie basse chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence.

15. Il n'est pas prouvé que le monitoring foetal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du foetus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué.

Les pays qui disposent d'appareils de monitoring foetal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du foetus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring.

16. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas.

17. Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance.

18. Le recours systématique à l'épisiotomie ne se justifie pas. D'autres méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées.

19. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10 %.

20. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément requis pour traiter ou prévenir une complication.

21. La rupture artificielle des membranes n'est pas indispensable avant un stade avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

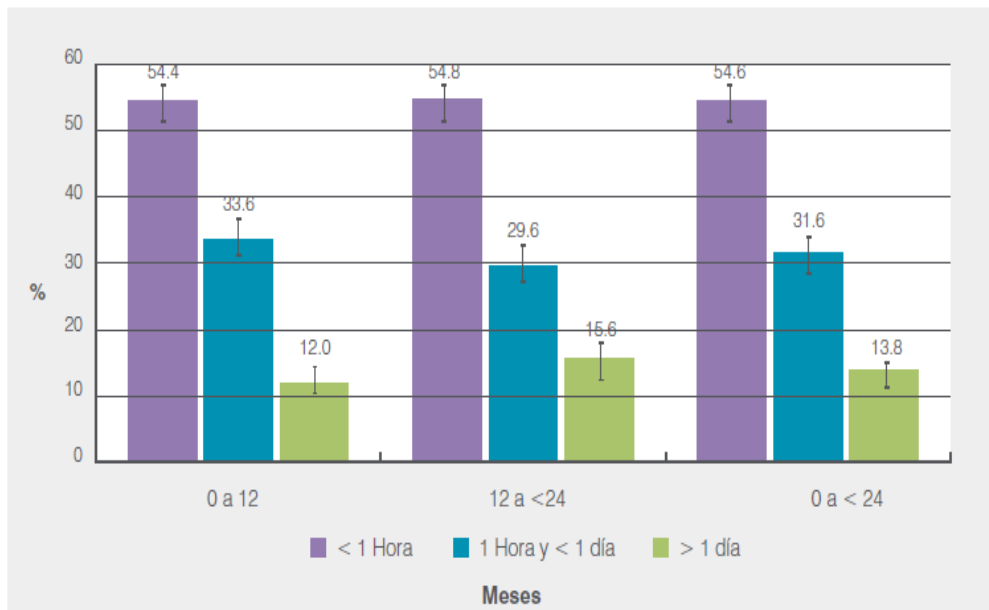
A lire : Human Development Sector Management Unit Bolivia, Chile, Ecuador, Peru and Venezuela Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region

World Health Organization : Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth (document PDF)

Source :
file:///C:/Users/Maria%20Fernanda/Downloads/les_20recommandations_20de_20l_27oms.pdf
révisé en mars 2015

Annexe 12 : Âge du début de l'allaitement maternel en Équateur

Gráfico 6. Inicio temprano de la lactancia materna



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Elaboración: Freire et al.

Figure 9 : Âge du début de l'allaitement maternel.

Source : Enquête nationale ENSANUT-ECU, INEC 2003

Annexe 13 : Positions pour l'accouchement



Succession hippocratique verticale

Figure 10 : Position « Succession hippocratique verticale »

Source : VAUTIER (2013 : 91)

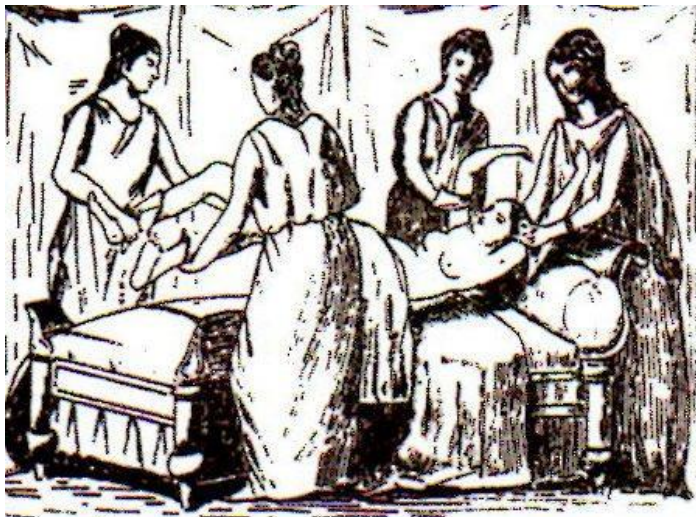
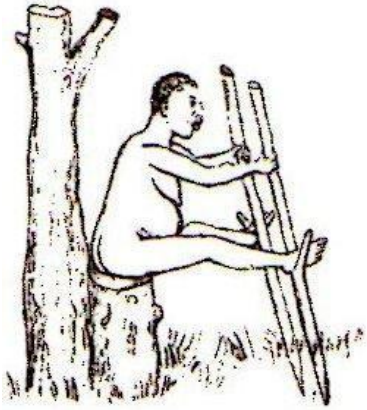


Figure 11 : Position « Succession hippocratique horizontale »

Source : VAUTIER (2013 : 91)



Source : VAUTIER (2013 : 92)



Figure 13 : Position suspendue

Source : VAUTIER (2013 : 91)

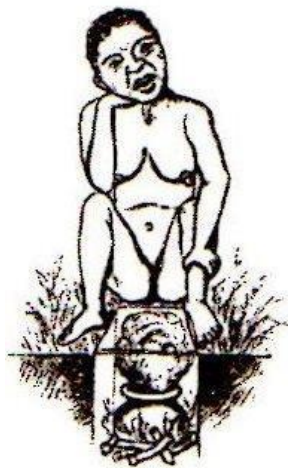


Figure 14 : Position assise 2

Source : VAUTIER (2013 : 92)

Glosaire

Acomodada : Pratique manuelle sur le ventre de la femme afin de remettre le nouveau-né dans la position correcte pour qu'il puisse naître. L'expression est "*hacerse acomodar*" (se faire *acomodar*). Synonyme de la *arreglar* et de *componer*).

CONAIE : *Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador* (Confédération des Nationalités Indigènes de l'Équateur°)

Colostrum : Liquide jaunâtre sécrété par la glande mammaire les premiers jours suivant l'accouchement, avant la montée de lait.

Culture de la naissance : l'ensemble de pratiques et de représentations qui émergent et se mettent en place pendant la période de la naissance et qui sont issues des constructions culturelles de chaque population.

Doulas : Femmes chargées de la préparation de la femme pour l'accouchement et qui l'accompagnent souvent au moment de la délivrance mais qui n'interviennent pas pour autant dans sa prise en charge médicale), Etymologiquement : Terme qui vient du grec *doulos* ou *doule* (*Δουλος* ou *δουλος*) qui veut dire esclave (Etymology dictionary, 2015¹⁵²).

Encaderadada : Manœuvre réalisée quelques jours après l'accouchement, où l'accoucheuse enveloppe le corps de la femme de façon très serrée dans une gaine ou des morceaux de draps. Cette manipulation cherche à remettre l'utérus à sa place après l'accouchement, dans des buts médicaux et esthétiques.

Fincas : Propriété souvent agricole d'extension considérable, située dans une région considérée comme étant hors de la ville.

Freguesia : Paroisse

Manteada : Pratique qui fait souvent partie de la *arreglada* dans laquelle l'accoucheuse, secoue la femme enceinte avec l'aide d'un drap afin d'assouplir son corps avant de faire la pratique manuelle de la *acomodada*.

MSP. : Ministère de la Santé Publique

MTOP. : Ministerio de Transporte y Obras Públicas (Ministère du Transport et des œuvres publiques)

OMS. : Organisation mondiale de santé

OPS. : Organisation panaméricaine de santé

¹⁵² Voir : http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=doula&searchmode=none et Glosbe consulté en avril 2015, voir <https://fr.glosbe.com/grc/fr/%CE%B4%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%82%20Doulos> (consulté en avril 2015)

SOS. : Système Officiel de Santé

TAPS. : *Técnico de atención primaria en salud* (technicien de prise en charge de santé primaire).

Index

- accouchement naturel, 8, 121, 128, 132, 216, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 280, 283, 295, 306, 390
- Arriscado Nunes, Neves, Roriz et al., 214, 215, 250
- Benoist, 9, 127
- Bianquis, 368, 370
- Bonnet del Valle, 137, 139, 149, 150, 165, 169, 170, 178, 201, 202, 255, 256, 258, 259, 263, 264, 267, 278, 279, 282, 296, 297, 298, 305, 309, 312, 314, 322, 324, 362, 368
- Candau, 320, 323, 333, 374
- chaud
froid, 39, 88, 267, 270, 271, 274, 275, 321, 324, 346, 349, 368, 369
- colostrum, 3, 6, 7, 8, 12, 13, 15, 25, 73, 80, 117, 125, 128, 144, 194, 236, 307, 308, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 339, 342, 343, 344, 345, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 359, 360, 361, 362, 363, 365, 373, 375, 411, 412, 413, 414, 415
- cordon, 146, 168, 179, 282, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 316, 318, 327, 373, 374, 410, 413, 414
- Cunnigham, 11, 194, 243
- Davis-Floyd, 129, 130, 131, 132, 134, 204
- Descola, 252, 253, 254, 389, 390
- Diamond, 241
- douleur, 76, 126, 149, 150, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 172, 181, 185, 186, 200, 219, 239, 240, 242, 250, 251, 255, 266, 270, 271, 275, 276, 292, 295, 305, 317, 322, 360, 371, 410, 412, 414
- Dussault, 127, 204, 205, 206
- Ehrenreich et English*, 198, 206
- épisiotomie, 5, 166, 220, 250, 281, 282, 283, 284, 410, 412, 414
- Fassin, 127
- Fouque, 127, 132, 133, 134
- frontière, 29, 33, 48, 77, 83, 104, 181, 188, 191, 194, 208, 247
- Hobsbawm, 242, 245, 246
- instinct, 8, 128, 146, 147, 190, 249, 254, 257, 258, 260, 306, 362
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC**, 75
- Instituto Nacional de Estadística, 11, 92, 93, 97, 104, 105, 112, 424
- Kapchuk et Eisenberg, 9, 127
- lavage intestinal, 5, 140, 141, 143
- Le Breton, 131, 135, 137, 138, 140, 148, 149, 150, 151, 170, 204, 213
- Lett et Morel, 325, 326, 327, 328, 329, 330
- mal*
maldad, 27, 163, 166, 167, 170, 200, 206, 225, 247, 250, 263, 278, 282, 316, 321, 329, 336, 339, 346, 349, 356, 370, 374
- maladie, 3, 9, 137, 139, 158, 172, 173, 174, 175, 193, 210, 212, 226, 270, 278, 321, 356, 359, 367, 370, 374, 410, 412, 414
- Massó Guijarro, 127, 132, 134
- Melhus, 162, 163
- Mideros, 10
- mort, 158, 159, 162, 169, 170, 171, 177, 208, 213, 305, 313, 316, 317, 320, 350
- Muyolema, 31
- Odent, 256, 257, 258, 259, 260, 283, 305
- Organisation Mondiale de Santé
OMS, 127
- Ortega, 3, 4, 5, 179
- péché, 161, 162, 163, 368
- peur, 118, 130, 147, 158, 159, 165, 168, 169, 171, 181, 234, 255, 257, 305, 313, 322, 323, 336, 363
- placenta, 128, 177, 178, 218, 254, 279, 307, 308, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 341, 373, 374, 376, 410, 411, 413, 414, 415
- plante
infusion, 142, 271, 278, 311, 315, 345, 349, 372
- Pourchez, 187, 278
- propreté
propre, 6, 138, 143, 144, 146, 147, 148, 181
- rasage, 5, 140, 141, 219, 220, 259, 410, 412
- Revault d'Allonnes*, 126, 159, 160, 161, 163, 168, 255, 258
- sacrifice
sacrifiée, 161, 162, 169, 329, 368

Saillant et Genest, 8, 9,
127

santé interculturelle, 23,
65, 148, 149, 221, 225,
231, 243, 244, 247, 248

St-Amant, 127, 261, 262,
263, 264

Vautier, 284, 285

Vésale, 131, 137, 145, 148

Table de cartes

Carte 1. Emplacement de l'Équateur en Amérique Latine.	55
Carte 2. Régions naturelles de l'Équateur.	56
Carte 3. Cantón Pastaza (affiche touristique).	58
Carte 4. Carte politique de l'Équateur.	60
Carte 5. Carte politique de la province de Pastaza.	61
Carte 6. Parroquia de Santa Clara.	66
Carte 7. Carte approximative de l'autoroute Puyo- Tena, villages où des entretiens ont été faits.	71
Carte 8. Parroquia d'Arajuno.	76
Carte 9. Emplacement des maisons des accoucheuses et du centre de santé dans l'agglomération d'Arajuno. Source : Plan élaboré collectivement lors d'un atelier organisé par le sous-centre de Santé de Arajuno et repérage manuel (María Fernanda Acosta A.), juin 2014.	81
Carte 10. Parroquia de Puyo.	91
Carte 11. Cantón de Taisha, dans la province amazonienne de Morona Santiago	98
Carte 12. Emplacement du Portugal sur la carte politique de l'Europe.	109
Carte 13. Régions administratives du Portugal.	111
Carte 14 : Taux de natalité par concelhos.	112
Carte 15. Tras-os-Montes et Haut Douro dans une carte administrative des régions du Portugal ;Error! Marcador no definido.	
Carte 16 : Tras-os-Montes, concelho de Vila Flor.	115
Carte 17 : Serra de Gêres, Azurra et Mindelo, les zones visitées dans la « Région de Porto » et Paredes dans une carte administrative des régions du Portugal.	120
Carte 18 : Coimbra et la région de Vila Nova de Poiars (Fonte Longa) dans une carte administrative des régions du Portugal.	130

Table de photos

Photo 1 : Direction provinciale de Santé de Pastaza, Puyo.	59
Photo 2 : Xavier Grefa Alvarado, accoucheur traditionnel et guérisseur, avec sa tenue ritele kichwa de l'Amazonie, chez lui (dans la maison du MIDUVI).	68
Photo 3 : Jacinta Guatatoca, accoucheuse traditionnelle kichwa de l'Amazonie et sa fille Cristina Grefa, devant leur maison.	69
Photo 4 : Elvia Agripina Barreno, accoucheuse avec la Vierge del Cisne, "la Churona", dans la chambre où elle reçoit ses « patient(e)s ».	70
Photo 5 : De gauche à droite, Isabel Calapucha Vargas, la fille de l'accoucheuse, María Magdalena Vargas, accoucheuse kichwa de l'Amazonie, Daniela, fille d'Isabel. Photo prise dans le salon de la maison familiale.	72
Photo 6 : Isabel Verdesoto, accoucheuse traditionnelle.	73
Photo 7 : Panneau du Sous-centre de santé à San Jorge.	73
Photo 8 : María Chimbo, accoucheuse traditionnelle kichwa de l'Amazonie, entre le port du fleuve Misahualli et le place du quartier.	75
Photo 9 : Agglomération d'Arajuno, rue transversale à l'autoroute.	78
Photo 10 : Sous-centre de Santé d'Arajuno, agglomération d'Arajuno.	79
Photo 11 : Fatima Belén Arequipa, une des deux sages-femmes du sous-centre de Santé Arajuno, agglomération d'Arajuno.	79
Photo 12 : Pablo Shiguango, mari de Violeta Andi ; Liseth Shiguango, leur fille adoptive ; Juana Violeta Andi Lopez, dans leur salon. Mario Garcés, accoucheur traditionnel et shaman, dans le salon chez lui	80
Photo 13 : Bouclier à la porte de l'Association ACIA, agglomération d'Arajuno.	83
Photo 14 : Association ACIA, agglomération d'Arajuno.	84
Photo 15 : Gladys Grefa, agglomération d'Arajuno.	84
Photo 16 : Estela Grefa, avec sa fille, montrant la position agenouillée et accroupie des femmes pour accoucher et les pratiques des accoucheuses au dos de la femme. Entretien chez elle, à Arajuno.	86
Photo 17 : Graciela Grefa, chez elle, à Arajuno.	86
Photo 18 : Max Andy à Arajuno	87
Photo 19 : Luis Tapuy Grefa, à la maison de la finca, buvant de la chicha après le trajet, Parroisse de Arajuno, Pastaza	88
Photo 20: Marcela Andy, dans la cuisine, côté cuisinière, à la maison de la finca, Parroisse de Arajuno, Pastaza.	88
Photo 21 : Côté du feu, dans la cuisine, à la maison de la finca, Parroisse de Arajuno, Pastaza.	89
Photo 22 : Tania Amán, auxiliaire d'infirmière, prend la tension à « Zulema », parturiente.	90
Photo 23 : La Vierge del Cisne, à Puyo	93
Photo 24 : Mario Garcés et sa femme Florentina Cuji, dans le salon chez eux	94

Photo 25 : María Virginia Vizcaino, chez elle.	95
Photo 26 : Nancy Espín et son père, chez l'accoucheuse	96
Photo 27 : Beatriz Paredes et sa nièce, chez l'accoucheuse	97
Photo 28 : Photo aérienne du parcours de la base militaire Shell à Taisha, paysage de l'Amazonie avec certains espaces habités	101
Photo 29 : Panneau du centre de santé de la base militaire, à Taisha	101
Photo 30 : Leticia Mashinkash, TAPS du centre de santé de Tsukintsa, communauté achuar	¡Error! Marcador no definido.
Photo 31 : Fleuve Macuma	103
Photo 32 : Kermesse à Nunkuy Nunkay	104
Photo 33 : Rita Chimquim, Nunkuy Nunkay, Taisha	104
Photo 34 : Couple shuar, María Piás et Silvio Guasún, dans maison familiale, Nunkuy Nunkay, Taisha	¡Error! Marcador no definido.
Photo 35 : Claudia Jaramillo, chez elle, à Taisha	106
Photo 36 : María Isabel Yáñez, pendant l'intervention d'un accouchement dans l'eau	108
Photo 37 : Maria de Luz Correa, "parteira" de Carvalho de Egas	115
Photo 38 : Luz do Céu Moreira Fermino, "curiosa" de Seixo de Manhoses	116
Photo 39 : Maria da Luz Santos, fille de la "parteira" Candida dos Anjos, à Alagoa	116
Photo 40 : Cilia dos Santos, fille ainée de la "parteira" Candida dos Anjos, à Alagoa	117
Photo 41 : Maria Emilia Neves, femme ayant accouché avec une accoucheuse, et son mari Armando Sarabio.	117
Photo 42 : Femme ayant accouché avec une accoucheuse (elle a préféré reste anonyme)	118
Photo 43 : « Maria », femme ayant accouché avec une accoucheuse (elle a préféré reste anonyme)	118
Photo 44 : Celeste de Conceição Gomes do Santo	119
Photo 45 : Olivia Saofix, femme ayant accouchée avec une accoucheuse	120
Photo 46 : Maria Augusta Capela, femme ayant accouchée avec une accoucheuse, sur le balcon de son hôtel	122
Photo 47 : Julia Durão (78 ans), femme ayant accouché avec une accoucheuse, à côte de l'emplacement de vente des chapeaux	123
Photo 48 : « Maria », accoucheuse à São Pedro d'Afurada, dans la cour devant la porte de sa maison	124
Photo 49 : « Laurinha », dans la cour partagée avec sa voisine « Maria », l'accoucheuse	124
Photo 50 : Ana do Mare, dans son restaurant	125
Photo 51 : Ana do Mare, sur la terrasse de son restaurant	125
Photo 52 : De gauche à droite : Tania Oliveira, Margarita Araujo, Maria Lis Madureira et Conceição Silva	126

Photo 53 : Maria José Bairros Lema, sage-femme domiciliaire et à l'hôpital (retraîtée), dans un café avec l'une des filles qu'elle a aidé à naître chez elle en 1981	127
Photo 54 : Antonio Ferreira, sage-femme domiciliaire (51 ans en 2014)	131
Photo 55 : Celestina Carvalho, sage-femme domiciliaire à la retraite (77 ans en 2014)	132
Photo 56 : Natalia Emeral (76 ans en 2014)	133
Photo 57 : Paula Marques, femme qui a décidé d'accoucher à domicile (56 ans en 2014)	134
Photo 58 : Laura Pérez, femme qui a décidé d'accoucher à domicile	135
Photo 59 : Esther de León, doula	136
Photo 60 : Lurdes Rodea, sage-femme domiciliaire	138
Photo 61 : (Maria) Luisa Condeço, doula	139
Photo 62 : De gauche à droite : Alice Bisanto, sa petite fille et sa fille Anabela (46 ans)	141
Photo 63 : Isaura Guerrero (83 ans)	141
Photo 64 : Maison d'Arajuno de Luis Tapuy et Marcela Andy; ¡Error! Marcador no definido.	
Photo 65 : Suivi institutionnel de la grossesse à terme, visite domiciliaire à Marcela Andy, faite par le TAPS, Silverio Tapuy (prise de tension)	250
Photo 66 : Suivi institutionnel de la grossesse à terme, visite domiciliaire à Marcela Andy, faite par le TAPS, Silverio Tapuy (prise du pouls)	250
Photo 67 : Gladys Grefa en train de « acomodar » le bébé de Marcela Andy, à la maison en ville	251
Photo 68 : Gladys Grefa montrant la position agenouillée des femmes pour accoucher. Entretien chez elle, à Arajuno	252
Photo 69 : Gladys Grefa, attendant le déclenchement de l'accouchement de Marcela Andy, avec le sablon dans sa main. Entretien chez Marcela, à Arajuno	253
Photo 70 : Antonia Chimbo montrant la position agenouillée des femmes pour accoucher. Entretien chez elle, à Arajuno	254
Photo 71 : Antonia Chimbo montrant acomodando al bebé, chez elle, à Arajuno	¡Error! Marcador no definido.
Photo 72 : Antonia Chimbo montrant acomodando al bebé 2, chez elle, à Arajuno	¡Error! Marcador no definido.
Photo 73 : Maison de Antonia Chimbo, à Arajuno	255
Photo 74 : Massage faits par la mama Antonia, pour soulager la douleur du travail d'accouchement	¡Error! Marcador no definido.
Photo 75 : Infusion de cannelle et de griffe de yacuncillo qu'Antonia Chimbo utilise pour les accouchements	289
Photo 76 : Griffe de yacuncillo que Antonia Chimbo utilise pour les infusions des accouchements, pendant des années	290
Photo 77 : Maison du couple shuar, le lit à côté du feu, Nunkuy Nunkay, Taisha	291
Photo 78 : Vente des miels de la région et des plantes médicinales, rue principale du village de Serra de Gêres, Portugal	294

Photo 79 : Vente des plantes médicinales, rue principale du village	294
Photo 80 : Antonia Chimbo montrant l'installation de la corde accrochée aux poutres de la maison pour l'accouchement. Entretien chez elle, à Arajuno	308
Photo 81 : Maison du couple shuar, Silvio Guasún en train d'expliquer la position d'accouchement, Nunkuy Nunkay, Taisha	309
Photo 82 : L'accoucheuse, la femme et le mari, pendant le travail d'accouchement	310
Photo 83 : Maison du couple shuar, maison traditionnelle-cuisine de la famille	313
Photo 84 : Lurdes Rodea, en train d'expliquer la position pour l'accouchement	321
Photo 85 : L'accoucheuse en train d'habiller le nouveau-né	¡Error! Marcador no definido.
Photo 86 : L'accoucheuse en train de prendre le sang du placenta (qui se trouve à l'intérieur du sac plastique hospitalier)	336
Photo 87 : L'accoucheuse en train de mettre le sang sur les lèvres et les joues du nouveau-né	336
Photo 88 : María Chimbo, accoucheuse traditionnelle kichwa de l'Amazonie, sa fille, dans le hamac. Entre le port du fleuve Misahualli et la place du quartier	351
Photo 89 : Matériel bibliographique retrouvé au Sous-centre de santé d'Arajuno. Il donne des conseils pour l'allaitement maternel et présente les positions pour l'allaitement	352
Photo 90 : Matériel visuel accroché au mur du cabinet de consultation des sages-femmes au sous-centre de santé d'Arajuno. Il présente la position en hamac	352
Photo 91: Lurdes Rodea, « enfermeira parteira » à Beja, Portugal. Elle explique la position du nouveau-né pour la bonne prise	353
Photo 92 : Matériel visuel pour l'atelier informatif sur l'allaitement, sous-centre de santé d'Arajuno	¡Error! Marcador no definido.
Photo 93 : Matériel visuel 2 pour l'atelier informatif sur l'allaitement, sous-centre de santé d'Arajuno	¡Error! Marcador no definido.
Photo 94 : La femme qui allaite son bébé entre vingt et trente minutes après l'accouchement	359
Photo 95 : Monument à la « Famille émigrée »	441
Photo 96 : École fermée, intérieur de la salle de cours	441
Photo 97 : École fermée, vue de l'extérieur	442

Table de figures

Figure 1 : Numéro d'habitants par médecin et par région du Portugal, données de 1998.	110
Figure 2 : Image de la Virgen dolorosa	179
Figure 3 : Documents édités par le Ministère de Santé Publique de l'Équateur pour l'intégration du Système de santé traditionnel dans le Système Officiel de Santé. De gauche à droite : Guide Méthodologique pour l'attention (prise en charge) de la santé maternelle culturellement adéquate ; le module de capacitation pour l'attention (prise en charge) maternelle culturellement adéquate pour le personnel 'académique' ou biomédical ; modules de renforcement des connaissances pour les accoucheuses traditionnelles.	¡Error! Marcador no definido.
Figure 4 : Couverture de la publication « Connaissances et expériences des accoucheuses de Arajuno par rapport à l'utilisation des plantes traditionnelles » (notre traduction) (Ministère de Santé Publique de L'Équateur)	¡Error! Marcador no definido.
Figure 5 : Index et crédits de la publication « Connaissances et expériences des accoucheuses de Arajuno par rapport à l'utilisation des plantes traditionnelles » (notre traduction) (Ministère de Santé Publique de L'Équateur).	245
Figure 6 : Fiche de suivi de l'accouchement distribuée par le Ministère de Santé Publique aux accoucheuses traditionnelles choisies. Information fournie par Xavier Grefa, accoucheur traditionnel.	247
Figure 7 : Santé publiques et niveau de soin.	443
Figure 8 : Mouvements sociaux autour de l'accouchement au Portugal.	444
Figure 9 : Âge du début de l'allaitement maternel.	455
Figure 10 : Position « Succussion hippocratique verticale »	456
Figure 11 : Position « Succussion hippocratique horizontale »	456
Figure 12 : Position assise 1	¡Error! Marcador no definido.
Figure 13 : Position suspendue	457
Figure 14 : Position assise 2	457

Table de tableaux

Tableau 1 : Tableau sur les dynamiques démographiques rurales et urbaines en Équateur de 1950 à 2001.	62
Tableau 2 : Tableau sur l'évolution des axes de transport (grands axes et petites routes) de 1948 jusqu'à 1980.	63
Tableau 4 : Tableau sur la distribution de la population indigène en Équateur par provinces.	65
Tableau 5 : Nombre d'accouchements par accoucheuse.	82
Tableau 6 : Distribution ethnique des paroisses en Pastaza.	92
Tableau 7 : Distribution de la population par auto-identification ethnique au Cantón de Taisha, dans la province amazonienne de Morona Santiago.	99
Tableau 8 : Distribution de la population indigène en Équateur par provinces.	100
Tableau 9 : Positions pour l'accouchement.	316
Tableau 10 : Dénomination du colostrum par la population kichwa de Pastaza.	369
Tableau 11 : Classification de types d'accouchement par régions du Portugal en 2013	425
Tableau 12 : Classification de salles pour l'accouchement par régions du Portugal en 2013	440

Table des matières

Introduction : Repères	19
Du sujet...	19
1. 7	
2. 8	
3. 11	
4. 18	
5. 24	
PREMIER CHAPITRE : Le liminaire ethnographique	54
1.1. Ta sacha amawta	55
1.1.1. Le contexte amazonien	55
1.1.2. Santa Clara, l'agglomération des frontières	66
1.1.3. L'autoroute Puyo-Tena	70
1.1.4. Arajuno, le règne du traditionnel ?	76
1.1.5. Puyo, le foyer d'un carrefour	91
1.1.6. Taisha, la terre du contraste	98
1.1.7. Maisa Yáñez, donner la voix au corps	107
1.2. Portugal	108
1.2.1. Le contexte portugais	109
1.2.2. La région du Nord	111
1.2.2.1. Trás-os-Montes et du Douro, la région de la mémoire...	113
1.2.2.2. Le Nord-Ouest une continuité ?	119
1.2.3. Région du centre, la terre du contraste	129
1.2.4. Alentejo, entre la tradition et la modernité	137
1.2.5. Algarve, l'écran du contraste	140
DEUXIÈME CHAPITRE : Les cultures de la naissance, approches et débats	143
Introduction	143
2.1. « Les Cultures de la naissance » définitions, connotations et enjeux	144
2.1.1. Les cultures de la naissance, un rite de passage ?	144
2.1.2. La culture de la naissance, une façon de concevoir une nouvelle révolution des femmes ?	146
2.2. Cultures du corps et son rapport aux systèmes de santé	152
2.2.1. La construction du « corps machine »	152
2.2.2. Le corps et les représentations de la propreté	155
2.2.3. Corps, rôles et rapports	165
2.3. Tu enfanteras dans la douleur	175
	460

2.3.1. Constructions et perceptions de la douleur	176
2.3.2. La peur dans l'accouchement	186
2.3.3. Naître, une maladie ?	189
2.3.4. L'accouchement, du sacré ou du profane ?	191
Conclusion du chapitre	198
TROISIÈME CHAPITRE : Soigner au pluriel : entre la médecine traditionnelle et le système biomédical	199
Introduction	199
3.1. Les liminaires de la tradition et de la modernité dans les cultures de la naissance	199
3.2. Entre les empreintes et les emprunts, les relations éventuelles entre les différents systèmes de santé : une possibilité de partage ?	210
3.3. Empreintes de la biomédecine, contexte historique de légitimation du paradigme biomédical	215
3.4. Le cas du Portugal : de la philanthropie à l'apparition des doulas	225
3.5. Le rôle des accoucheuses en Équateur, entre la marginalisation et la reconnaissance	234
3.6. Maintenir ou recréer des rites de naissance	262
Conclusion du chapitre	264
QUATRIÈME CHAPITRE : “Quando eles vinham à boca do corpo”, l'accouchement et le rôle de la culture	266
Introduction	266
4.1. L'accouchement : de l'instinct à la culture ou vice versa ?	266
4.1.1. Définitions et débats sur « l'accouchement naturel »	266
4.1.2. Représentations de l'accouchement et préparation de la naissance	271
4.2. Les contextes dans la culture de la naissance	277
4.2.1. Le temps de naître et le temps pour naître	277
4.2.2. Mesurer pour naître ?	283
4.2.3. Plantes et procédures pour l'accouchement	285
4.2.4. Les épisiotomies	298
4.3. La position ou les positions d'accouchement ?	301
Conclusion du chapitre	322
CINQUIÈME CHAPITRE : Des corps aux constructions culturelles de la maternité	325
Introduction	325
5.1. Naissance et séparation, les représentations du cordon ombilical	326
5.2. Délivrance du placenta, “nem estou prenha, nem estou parida”	330
5.3.1. Histoire de Pratiques et représentations de l'allaitement et du colostrum	342
5.3.2. Les pratiques du don du colostrum	350
5.3.3. Le colostrum chez les accoucheuses traditionnelles : le nommer, le décrire... le concevoir	368

5.3.4. Le don du colostrum et la relation mère-nouveau-né	378
5.4. Le postpartum	381
Conclusion du chapitre	389
CONCLUSION GÉNÉRALE	393
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	408
ANNEXES	425
Annexe 1. - Classification de types d'accouchement par régions du Portugal en 2013	425
Annexe 2 : Guides d'entretien	426
Annexe 3 : Liste des informateurs et informatrices	432
Annexe 4 : Rapport d'observations et suggestions sur le sous-centre de santé d'Arajuno	436
Annexe 5 : Classification de salles pour l'accouchement par régions du Portugal en 2013	440
Annexe 6 : Migrations aux nord-est du Portugal	441
Annexe 7 : Santé publiques et niveau de soin	443
Annexe 8 : Les mouvements sociaux autour de l'accouchement au Portugal	444
Annexe 9 : L'hôpital San Luis de Otavalo	445
Annexe 10 : Soins liés à un accouchement normal : guide pratique	450
Annexe 11 : Recommandations de l'OMS, 1985, Fortaleza-Brésil	452
Annexe 12 : Âge du début de l'allaitement maternel en Équateur	455
Annexe 13 : Positions pour l'accouchement	456
Glosaire	458
Index	460
Table de cartes	462
Table de photos	463
Table de figures	467
Table de tableaux	468

-