Akrich, M., 1999, Un seul modèle de développement pour l'obstétrique mexicaine?, *Sciences Sociales et Santé*, 17, 1, pp.105/113.

Un seul modèle de développement pour l'obstétrique mexicaine?

Madeleine Akrich

LES LIMITES DE LA MODERNISATION MEXICAINE

L'article de S. Lerner, A. Quesnel et O. Samuel nous décrit, essentiellement à partir d'enquêtes quantitatives, le mouvement de fond qui est en train de transformer radicalement le suivi de la grossesse et la surveillance de l'accouchement au Mexique. Grâce au développement du système biomédical, des femmes de plus en plus nombreuses sont suivies par des médecins et accouchent dans des structures médicalisées disposant de moyens techniques importants. Dans le domaine obstétrical, l'organisation médicale mexicaine se construit sans ambiguïté en concurrence avec les formes traditionnelles : apparemment aucun lien ne s'est établi entre les "parteras", sages-femmes traditionnelles, et les agents médicaux et l'objectif semble bien d'arriver à capter l'ensemble de la clientèle de ces parteras. En pratique, les femmes elles-mêmes produisent localement des complémentarités entre les deux systèmes, puisqu'un certain nombre d'entre elles maintiennent le recours à la partera en même temps qu'elles se font suivre par les médecins. Mais l'objectif des acteurs médicaux officiels est bien, à terme, d'arriver à assurer pour toutes les femmes une prise en charge dans le cadre du système biomédical et cet objectif est de fait implicitement partagé par les auteurs de l'article : leur réflexion est articulée autour de la question des déterminants qui permettent d'expliquer la plus ou moins grande adhésion des femmes à ce système.

Bien que l'article ne nous donne guère d'éléments sur ce point, sans doute parce qu'il a pour les auteurs force d'évidence, on peut faire l'hypothèse que les performances du système biomédical en termes de mortalité et morbidité pour la mère comme pour l'enfant sont meilleures que celles obtenues par les parteras.[1] S'il n'est pas question de remettre en cause l'existence d'un système

---

[1] Encore conviendrait-il, pour mener cette comparaison, de s'interroger sur la capacité de ces dernières à réorienter les femmes qui le nécessitent vers une prise en charge plus médicalisée ; en pratique les deux systèmes ne sont pas entièrement sans relations et il est possible que les performances de chacun d'entre eux soient affectées par les performances de l'autre : si, par exemple, des parteras envoient trop tard des femmes à problème vers l'hôpital, cela peut grever les statistiques du système biomédical ; si, à l'inverse, elles sont capables

biomédical capable de gérer la grossesse et l'accouchement, cela n'interdit pas de se poser des questions sur sa forme, son fonctionnement, la nature de ses interventions : peut-on faire l'hypothèse qu'il existe un modèle unique de prise en charge vers lequel tout pays soucieux d'assurer une sécurité maximale aux futures mères et aux enfants doit tendre ? Cette prise en charge doit-elle nécessairement reposer sur l'exclusion des formes traditionnelles de suivi ? A l'instar de ce qui s'est passé dans la plupart des pays développés, doit-on promouvoir une médecine périnatale basée sur l'utilisation forte de techniques ?

Ces questions ne sont pas dénuées de sens dans le cas du Mexique, car à lire attentivement l'article de S. Lerner, A. Quesnel et O. Samuel, l'on peut s'interroger sur le degré d'adhésion des femmes au système biomédical tel que proposé à l'heure actuelle. Les auteurs mettent fort justement l'accent sur le rôle de la première expérience dans la détermination des trajectoires ultérieures des femmes. C'est là que se constitue souvent une demande éventuelle des femmes : en effet, s'agissant d'une expérience très particulière, les femmes sont, avant d'avoir mené cette expérience jusqu'au bout, dans une situation plus ou moins marquée d'incertitude, ce qui les rend sensibles à l'influence d'autres acteurs supposés de par leur propre expérience ou leurs compétences professionnelles être mieux à même de déterminer ce qui leur est nécessaire. La première expérience doit donc être comprise comme une épreuve du scenario proposé par l'entourage familial, social, médical de la femme : si cette expérience se déroule "bien", dans le sens où elle débouche sur un bébé en bonne santé et l'absence de traumatismes importants pour la mère, celle-ci sera en général tentée de la reproduire lors d'une deuxième naissance, même si l'analyse détaillée révèle chez elle l'existence de certaines insatisfactions. Dans cette perspective, qu'un quart des femmes touchées par l'enquête ayant bénéficié d'un suivi biomédical pour leur première grossesse hésitent lors de la seconde grossesse à réitérer cette expérience doit donc être considéré comme un indicateur sérieux de certaines insatisfactions, même si la moitié de ces femmes finissent au bout d'un certain temps par réintégrer ce système biomédical. Les auteurs suggèrent deux types d'explications pour en rendre compte : d'une part, la froideur, l'anonymat, le caractère peu personnalisé des relations qui se

---

de faire correctement la discrimination entre physiologie et pathologie, elles contribuent en prenant en charge les femmes sans problème à améliorer les performances de l'hôpital dans la mesure où elles permettent la concentration des moyens techniques et humains sur les cas problématiques ; encore faut-il qu'il y ait à proximité un hôpital, car, dans le cas contraire, ce sont elles qui font les frais des défaillances du système biomédical. Dans le livre de Brigitte Jordan (1993), l'on voit une controverse autour de la responsabilité des problèmes dans le cas d'une femme transférée à l'hôpital : pour la sage-femme, c'est la rupture de la poche des eaux effectuée par l'obstétricien qui entraîne un problème au niveau du cordon et donc la souffrance du bébé, alors que pour l'obstétricien, c'est la sage-femme qui a amené trop tard la femme à l'hôpital.

nouent entre les femmes et le personnel médical rebutent un certain nombre d'entre elles, d'autre part, elles craignent les effets d'une surmédicalisation et ont peur d'avoir à subir une césarienne qui, en moyenne, représente un quart des naissances en milieu hospitalier. Au delà de ce phénomène qui concerne des femmes a priori favorables au système biomédical, l'article met en évidence l'existence d'une frange de population qui pour des raisons économiques et culturelles, est marginalisée par ce système. Dans ce contexte, plutôt que de chercher à changer les femmes pour les adapter au système, il est peut-être judicieux de se demander ce qui pourrait être changé dans l'organisation des soins qui permette de prendre en compte ces réticences, ces difficultés. N'y a-t-il pas de moyen terme entre un système traditionnel, bien accepté par une certaine partie de la population à savoir les femmes les plus agées et/ou les plus démunies mais sans doute moins efficace en termes de mortalité et de morbidité, et un système qui, à l'instar du voisin américain, doit être parmi les plus technicisés, si l'on en juge d'après les taux de césarienne par exemple ?

UNE AUTRE FORME DE MÉDICALISATION : L'EXEMPLE NÉERLANDAIS

Nous avons ailleurs (Akrich et Pasveer, 1996) étudié l'organisation obstétricale néerlandaise qui, nous semble-t-il, présente certaines caractéristiques intéressantes par rapport au problème mexicain tel que l'article de S. Lerner, A. Quesnel et O. Samuel conduit à le formuler. Cette organisation est fondée sur une séparation très stricte entre physiologie et pathologie, la physiologie étant prise en charge par des sages-femmes ou, lorsque la densité de population est trop faible pour permettre à un cabinet de sages-femmes de survivre, par des généralistes, la pathologie relevant des seuls obstétriciens, spécialistes attachés à la médecine hospitalière. Lorqu'une femme est enceinte, elle doit choisir un cabinet de sages-femmes à proximité de chez elle ; pendant toute la grossesse, elle est suivie par les sages-femmes du cabinet (de deux à quatre sages-femmes) qui se relaient en alternance pour les consultations, de manière à ce qu'avant d'accoucher, elle ait pu faire la connaissance de toutes. La plupart du temps, c'est la sage-femme qui réalise les prélèvements nécessaires (urine, sang) pour les examens de routine.

Deux éléments paraissent importants ici : la proximité géographique et sociale - le suivi prend place dans l'environnement immédiat de la femme, dans un lieu qui devient vite familier - et la continuité - la femme a affaire au même petit groupe d'interlocutrices qui prennent en charge l'ensemble du suivi et pour lesquelles il importe d'établir une relation de confiance avec la femme. Cette confiance est en effet cruciale lors de l'accouchement qui se déroule, sous la surveillance exclusive de la sage-femme du cabinet qui se trouve de garde à ce moment-là, soit au domicile de la parturiente, soit à l'hôpital mais sous un régime particulier dit de "polyclinique" : la femme qui a choisi ce mode d'accouchement reste à domicile pendant le début du travail, puis lorsque la dilatation a bien progressé, se rend à l'hôpital accompagnée de la sage-femme et en revient quelques heures après la naissance. Dans tous les cas, la sage-

femme n'a le droit d'utiliser que quelques instruments pour la surveillance et la conduite de l'accouchement : un stéthoscope fœtal qu'elle pose par intermittence sur le ventre de la femme pour écouter le cœur du bébé, de quoi faire et suturer une épisiotomie si nécessaire, une bouteille d'oxygène pour aider la respiration du bébé ou de la mère.

Les accouchements à domicile ou en polyclinique représentent environ 55% des naissances néerlandaises ; les 45% restants sont gérés par les obstétriciens en milieu hospitalier et correspondent à des cas de "pathologies" qui ne sont pas forcément très graves, mais qui constituent des facteurs de risque justifiant une prise en charge plus technique. Le passage de la physiologie à la pathologie est géré par une liste d'indications qui constitue un dispositif de coordination très puissant entre les sages-femmes et les obstétriciens : à quelque moment que ce soit de la grossesse ou de l'accouchement, dès lors que la sage-femme détecte une pathologie, elle doit en référer à l'obstétricien pour avis ; si la pathologie est jugée suffisamment sérieuse, la femme sera alors suivie à l'hôpital par un obstétricien et ne pourra plus qu'accoucher en milieu hospitalier. Cette organisation conduit globalement à des résultats en termes de mortalité et de morbidité comparables à ceux des pays qui ont choisi une voie plus "médicalisée"[2] ; en revanche, le taux d'interventions (césarienne, épisiotomie, forceps etc.) y est nettement inférieur : il y a trois fois moins de césariennes aux Pays-Bas qu'au Mexique.

On voit bien, si l'analyse suggérée par l'article précédent est juste, comment une organisation de ce type permettrait de lever certaines des difficultés rencontrées par le système biomédical mexicain. Tout d'abord, l'organisation des soins est en quelque sorte décentralisée et construite par principe comme un système de proximité : pour des raisons de sécurité, la femme doit choisir un cabinet de sages-femmes qui est situé à moins d'une demi-heure de son domicile. Par ailleurs, au moins dans les cas physiologiques, la personnalisation des relations entre sages-femmes et femmes est importante et elle est même inscrite dans la forme de leurs pratiques. Celles-ci sont en effet caractérisées par deux "règles" plus ou moins explicites : d'une part, la femme est un informateur important pour la sage-femme ; d'où une certaine attention portée à ses déclarations et une tendance à la faire expliciter la manière dont elle se sent, à lui faire raconter les événements récents etc. En second lieu, la sage-femme laisse relativement implicite tout ce qui relève d'une analyse purement médicale de la situation : la grossesse et l'accouchement sont pensés en continuité avec la vie quotidienne et cette continuité est maintenue par un travail actif d'implicitation du médical. Il ne s'agit pas cependant d'un suivi non médicalisé ; à l'inverse, c'est en se construisant comme médicalement compétente que la sage-femme établit des relations de confiance avec les parents qui permettent de laisser à l'arrière-plan, néanmoins toujours présent pour la sage-femme, les aspects médicaux. A première vue, on imagine qu'une

---

[2] et même plutôt meilleurs que ceux de la France.

pratique de ce genre peut plus facilement s'articuler sur le plan culturel et social aux besoins des populations actuellement marginalisées par le système biomédical mexicain. Enfin, les faibles taux d'intervention sont à même de lever les inquiétudes des femmes qui, a priori favorables à une prise en charge médicalisée, sont rebutées par la perspective d'une césarienne.

QUELLES ARTICULATIONS POSSIBLES ENTRE PARTERAS ET OBSTETRICIENS ?

Avec une telle organisation, les pratiques des sages-femmes se rapprochent de celles des parteras sur certains aspects : proximité, personnalisation, écoute, "patience" durant l'accouchement, instrumentalisation faible. Peut-on pour autant imaginer que moyennant une formation, les parteras pourraient devenir des sages-femmes au sens néerlandais du terme ? Aux Pays-Bas, les ancêtres des sages-femmes actuelles ont été développées contre les sages-femmes traditionnelles (Marland, 1994) : au début du siècle, ce sont des médecins qui, effarés par les dégats que causaient à leur avis les matrones, ont mis en place des écoles de sages-femmes de manière à peu à peu éliminer les matrones au profit de jeunes femmes éduquées, formées aux règles d'hygiène, et ayant absorbé un corpus de connaissances médicales.

Faut-il partir du même point de vue que celui des médecins néerlandais du début du siècle ? Sans vouloir du tout mythifier les savoirs traditionnels, il n'en demeure pas moins qu'on leur a souvent fait un sort un peu rapidement. Alors que dans les pays occidentaux, certains redécouvrent les vertus de pratiques traditionnelles telles les positions suspendues, les massages etc. il serait dommage de laisser mourir sans la moindre expertise les savoirs et savoir-faire de ces parteras mexicaines. Quel degré de réalisme peut-on donc attribuer à un projet qui combinerait métissage des savoirs et coordination des praticiens ? Le niveau de qualification actuel des parteras mexicaines est l'un des éléments clés dans l'évaluation des possibilités de cette intégration.

L'article de S. Lerner, A. Quesnel et O. Samuel nous donne assez peu de précisions sur ce point, probablement parce que les auteurs ont adopté la perspective des "réformateurs" et qu'ils ne peuvent donc pas voir ces parteras, de fait activement marginalisées par le système biomédical en même temps que leurs clientes. Mais nous disposons pour nous en faire une idée du travail, déjà un peu ancien puisqu'il date du milieu des années 70, de l'anthropologue américaine Brigitte Jordan qui a comparé la naissance dans quatre cultures différentes, les Pays-Bas, la Suède, les Etats-Unis et le Yucatan au Mexique. Sa description de l'activité de parteras mayas conduit à une représentation beaucoup plus ambigüe que celle produite par l'article de Lerner et alii. En fait, déjà à cette époque, la pratique de ces sages-femmes apparaît comme le résutlat d'une hybridation entre des savoirs médicaux "modernes" et des savoirs que l'on appelera par commodité "traditionnels", mais si nous avons déjà reculé d'un cran l'attribution de ce qualificatif, il n'y a guère de raisons de faire

l'hypothèse qu'à ce stade les savoirs étaient plus d'une origine plus "pure" qu'ils ne le sont actuellement. Comme Jack Goody (1979) l'a montré, c'est le regard moderne équipé de tous ses instruments de mesure du temps qui construit l'opposition entre modernité et monde traditionel, le second étant supposée figée dans l'intemporalité. La sage-femme que nous décrit Brigitte Jordan pratique certes toutes sortes de massages inconnus de l'obstétrique moderne et gère "ses" femmes différemment d'un médecin, mais elle stérilise ses instruments, porte bonnet, masque, blouse et gants médicaux lors de l'accouchement, prescrit des vitamines à l'instar de ce que font les médecins et est capable de faire des piqûres : elle dit tenir son savoir d'un médecin (de nombreuses sages-femmes mexicaines prétendent de même), et a suivi à Mexico un cours pour les sages-femmes organisé par le gouvernement. Par ailleurs, il apparaît clairement que lorsqu'elle estime ne pas être capable de mener à bien un accouchement, elle expédie la femme à l'hôpital.

A en croire Brigitte Jordan, un système biomédical qui inclurait ce type de sages-femmes dans son organisation et articulerait leur intervention à celles des autres acteurs du système grâce à des procédures qui pourraient s'inspirer des pratiques néerlandaises paraît possible…A ceci près que la manière dont le système actuel disqualifie ces sages-femmes révèle aussi l'étendue du travail à accomplir pour atteindre cet objectif.

Selon toute probabilité, les personnels médicaux mexicains sont formés à l'école occidentale dominante et cette école est précisément basée sur le brouillage des frontières entre la physiologie et la pathologie : dans ce cadre, comme cela a entre autres été montré par Arney (1982), la grossesse et l'accouchement apparaissent comme des situations à risque qui nécessitent une surveillance continue et la disponibilité permanente de moyens techniques et humains conséquents. Par ailleurs, ce brouillage des frontières s'accompagne d'une hiérarchisation des savoirs et des savoir-faire avantageant ceux qui sont capables de gérer la haute pathologie et qui sont de fait supposés savoir mieux gérer aussi la physiologie : ce préjugé n'est pas favorable à la reconnaissance d'une compétence propre aux parteras, ni à l'intégration de certains de leurs savoirs dans le système biomédical.

De plus, l'organisation du travail et la coordination entre les professionnels passent par l'utilisation importante de technologies. Prenons l'exemple du monitoring, à savoir ce système d'enregistrement en continu grâce à deux capteurs des contractions de l'utérus et du rythme cardiaque de l'enfant. Malgré un certain nombre d'inconvénients - il limite par exemple les mouvements et la liberté de position des femmes - et l'existence de controverses sur son efficacité réelle, il continue d'être massivement utilisé pendant les accouchements. A cela, une série de raisons bien compréhensibles : comme il est associé à une imprimante qui dessine en continu le tracé des courbes, le monitoring permet à la sage-femme de gérer plusieurs accouchements simutanément, il lui suffit en effet de quelques instants pour repérer les éventuels problèmes qui seraient apparus dans la demi-heure précédente ; il permet aussi une coordination entre les différents praticiens, soit pour se

relayer, soit pour discuter d'un diagnostic autour d'un document commun ; enfin, il constitue un document essentiel du point de vue médico-légal, pour l'attribution des responsabilités. Bref, ces rapides exemples montrent qu'il ne saurait être question de se débarasser en un tournemain de ces technologies : ce qui est vrai dans les pays riches n'a pas de raison de l'être moins dans ce pays intermédiaire qu'est le Mexique dont l'organisation médicale s'est probablement efforcée de coller au plus près à ce qui se faisait aux Etats-Unis.

De manière plus spécifique, l'article de Lerner et alii met le doigt sur d'autres raisons qui permettent de comprendre pourquoi le système biomédical ne veut pas forcément laisser de place aux parteras : comme l'indique le titre de l'article, la procréation représente un moment clé pour l'intégration des femmes et, au delà, des populations dans leur intégralité dans le système biomédical. Si les acteurs de ce système parviennent à capter l'intérêt des femmes à ce moment-là, alors ils ont un accès facilité aux enfants de ces femmes et peuvent développer plus facilement des politiques de suivi et de prévention pour la petite enfance. Par la même occasion, ils sont en mesure de proposer des méthodes contraceptives et participent à la maîtrise de la fécondité. Quelle que soit l'appréciation que l'on en ait - certains dénoncent le contrôle social qui s'exerce de la sorte, d'autres mettent en avant les améliorations en termes de conditions de vie - il est clair qu'un système de suivi périnatal entre les mains d'un seul type d'acteurs organisés de manière centralisée présente des avantages de ce point de vue… à condition de ne pas laisser à côté les populations qui auraient le plus besoin d'un suivi sanitaire. Or, que ce soit en France ou au Mexique, on constate que des dispositifs très médicalisés, mis en place pour être capables de repérer et gérer les situations à haut risque au prix d'une surmédicalisation du bas risque qui n'est pas exempte d'effets négatifs, ont souvent bien du mal à drainer les populations en voie de marginalisation sur lesquelles se cumulent justement les facteurs de risque les plus importants.

En conclusion, nous avons voulu ici remettre en question l'évidence d'un cheminement balisé pour le développement des soins obstétricaux dans quelque pays que ce soit. Nous avons essayé de montrer qu'il existe des alternatives à une médicalisation conforme au modèle dominant en Occident, médicalisation qui n'a pas que des avantages et qui conduit au Mexique à la marginalisation de certaines populations. Mais emprunter ces chemins de traverse suppose un volontarisme fort qui se décline sur de multiples aspects, de l'organisation à la formation, en passant par la recherche et la redéfinition des professions. Ce n'est pas une voie aisée, mais à l'heure où en Europe, l'on cherche le moyen d'entamer une désescalade dans la médicalisation technicisée, le Mexique a peut-être un rôle à jouer et une place à conquérir.

Akrich, M., Pasveer, B., 1996, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 194p.

Arney, W. R., 1982, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, London: The University of Chicago Press.

Goody, J., 1979, *La raison graphique: la domestication de la pensée sauvage*, Paris : Editions de Minuit.

Jordan, B., 1993 (4ème édition), *Birth in Four Cultures, A Crosscultural Investigation in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States,* Prospect Heights, Waveland Press, 235p.

Marland, H., 1994, " The midwife as health missionary : the reform of Dutch childbirth practices in the early twentieth century ", in Marland, H. and Rafferty, A.M., *Midwives, Society and Childbith*, London : Routledge, pp. 153-179.