



HAL
open science

Les possibles relations entre deux systèmes de santé, dans le contexte de domination épistémologique de la biomédecine en Équateur?

Maria Fernanda Acosta

► **To cite this version:**

Maria Fernanda Acosta. Les possibles relations entre deux systèmes de santé, dans le contexte de domination épistémologique de la biomédecine en Équateur?. "De l'Amérique aux Amériques: dynamiques d'un continent patchwork", Tiphaine DURIEZ, Maria Fernanda ACOSTA, Lamia MOKRANE, Nov 2014, Nice, France. halshs-01162970

HAL Id: halshs-01162970

<https://shs.hal.science/halshs-01162970>

Submitted on 12 Jun 2015

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.

Colloque : « De l'Amérique aux Amériques. Dynamiques d'un continent patchwork »

Possibles relations entre deux systèmes de santé, dans le contexte de domination épistémologique de la biomédecine en Équateur ?

Maria Fernanda Acosta
Doctorante à l'Université Nice Sophia-Antipolis
Directeur de thèse : Joël Candau
LAPCOS (EA 7278)

Introduction :

Après la “découverte de l'Amérique”, un nouveau contexte géopolitique mondial s'impose, une logique colonialiste s'étend dans l'esprit de « civiliser » ces peuples en leur imposant une langue, une religion, une façon de voir le monde et, plus globalement une culture. Dans ce cadre de subalternisation, les pays européens « dominants » s'imprègnent du positivisme et mettent en place une épistémologie dans plusieurs domaines, laquelle sera aussi imposée aux cultures conquises comme le canon à suivre.

C'est ainsi que des savoirs ancestraux relatifs aux pratiques de santé auparavant utilisés au sein de chaque culture ont été influencés par le système médical académique - la biomédecine - qui s'est présenté comme le seul valable, sûr et évolué, s'appuyant sur une pensée positiviste et rationnelle. À partir du XIXème siècle, au cœur des sociétés qui était censées posséder la « vérité scientifique » se sont mises en place des procédures juridiques de validation du système de santé académique ainsi qu'une idéologie de subalternisation qui signifiait l'exclusion des autres systèmes de santé – ceux non académiques. Les empreintes laissées par cette biomédecine répondent à une logique hégémonique et même néocolonialiste.

Cependant, le système de santé traditionnel a réussi à survivre et se pratique en parallèle du système de santé académique dans certaines populations. Se faisant les relations entre les

différents agents de santé demeurent tendues et marquées par des relations de pouvoir qui cherchent à invalider les savoirs ancestraux.

Afin d'exposer comment le savoir hiérarchisé du système biomédical est un savoir qui a gouverné des populations et des cultures, ce texte propose nos axes de travail : d'une part présenter un exemple de contexte historique dans lequel la biomédecine assoit son hégémonie, puis exposer les possibles relations envisageables entre les systèmes de santé, pour enfin, avec ces outils conceptuels, analyser des contextes différents d'interventions des accoucheuses traditionnelles en Équateur.

1. Entre l'empreinte de la biomédecine et les emprunts entre les systèmes de santé ?

Auparavant, dans les sociétés dites « traditionnelles » ou « modernes », l'entourage familial avait un rôle prépondérant dans les soins médicaux. Les habitants des villages et même des petites villes appelaient souvent les accoucheuses traditionnelles ou d'autres guérisseurs pour guérir une maladie ou dispenser des soins lors des accouchements. Avec la création des états, la santé devient un enjeu institutionnel et la consolidation d'un système de santé officiel est souvent au cœur de la politique publique des pays. Comment ce changement a-t-il eu lieu ?

Dans son article « Professionnalisation et déprofessionnalisation » (1985), Gilles Dussaut expose le processus qu'a vécu le système biomédical au Canada pour devenir le système de santé hégémonique. D'après cet auteur, les intérêts économiques des médecins qui commençaient à avoir une formation académique dans le domaine de la santé et voulaient assurer leurs honoraires ont été une des principales motivations pour établir une hiérarchie par rapport aux systèmes médicaux :

Au Québec, c'est au XIXe siècle que les conditions permettant à quelqu'un de se consacrer en 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 la population et de sa concentration géographique ainsi que la hausse de niveau de vie (...) En même temps, cette 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 » (Dussaut ; 1985 : 4).

Cette marginalisation est également due à une volonté des médecins de maintenir le contrôle et de monopole de la prise en charge des soins de santé, mise en place à la fin du dix-huitième siècle et pendant tout le XIXe siècle, comme le montre le texte Dussault.

Armando Muyolema (2001) soutient que dans les systèmes de représentations des sociétés comme l'Équateur il existe une tendance au «blanchiment». Ce phénomène consiste à avoir une identification des éléments associés à l'identité « blanche-métisse » et de nier et invisibiliser des aspects issus du passé indigène.

Comme l'auteur, Enrique Dussel, Andres Guerrero, Walter Mignolo, Catherine Walsh, Anibal Quijano, Gabriel Kaplun et d'autres appartenant aux *cultural studies* critiquent la «colonialité épistémique». À partir de ce paradigme présent dans les sciences toutes les connaissances et pratiques qui ne proviennent pas de la méthode rationnelle et cartésienne sont marginalisés, considérées comme pas valides. Cet argument est important pour analyser la représentation du système officiel de santé (la biomédecine) et les soins gynéco-obstétriques, comme la seule voie valide pour l'attention de l'accouchement, en détriment du système de santé traditionnel et des soins prodigués par les accoucheuses traditionnelles.

... la critique postmoderne de la modernité, et je rejoins Dussel, maintient le silence épistémique des connaissances qui ont été supprimés ou rendu « subalternes » (réduits à des connaissances non épistémologiques d'après le canon de la modernité, tels que la religion, folklore, les savoirs non académiques) (Mignolo, 2000: 6).

Foucault, avec la théorie du biopouvoir, critique «l'ordre du discours (qui) peut présenter des relations de pouvoir et les discours comme des mécanismes négatifs de raréfaction» (Foucault, 1992 : 164). Ainsi, les connaissances traditionnelles, pratiques et représentations santé ont été illégitimes et marginalisés comme une stratégie de monopole de la santé.

En Équateur comment cela est-il arrivé ?

D'après Sánchez Torres¹, à l'époque des *Inkas*, XV s. et XVI s. l'avortement était interdit par l'*Inka*, même si quelques fois il était pratiqué avec l'ingestion d'infusions ou des massages abdominaux, la femme enceinte réduisait son activité de 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 protégeassent.

Les femmes inkas accouchaient en quatre et l'enfant était reçu par une accoucheuse traditionnelle qui était placée derrière la parturiente. L'époux était interdit d'entrer dans la chambre pendant l'accouchement ; cependant, ils avaient l'habitude de faire la couvade ou *pollazón* (une couvade qui semble très douloureuse) qui consistait à se coucher dans un lit et de faire semblant d'accoucher lui-même. Après l'accouchement, le placenta et le sang étaient enterrés et la femme se reposait pendant huit jours (il y a aussi des témoignages tels que celui de l'inka Garsilaso qui assure que la femme reprenait de suite après l'accouchement ses tâches ménagères. Plusieurs fois, les femmes enfantaient seules et d'autres fois elles étaient accompagnées par des accoucheuses, des femmes âgées ou des femmes de leurs famille qui s'y connaissaient. Les personnes qui aidaient ou assistaient la femme avaient un rôle transcendant dans la vie de la parturiente, des très forts liens de gratitude et de reconnaissance se construisaient, ce qui favorisait la cohésion sociale (Sánchez Torres).

Avant l'arrivée des espagnols à l'Amérique, l'accouchement traditionnel était caractérisé, dans ses origines, pour être très lié à la nature, spécifiquement à l'eau, et par avoir un caractère sacré. De fait, dans plusieurs des cas, il était invoqué à une divinité qui protégeait les parturientes. Les "Venus de Valdivia" par exemple étaient une ode à la fertilité de la femme et de la terre (Banque centrale de l'Équateur; 2002).

¹ SÁNCHEZ TORRES Fernando, s/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).

Jusqu'à la fin du XVII^e siècle, pendant la colonie, c'étaient les sages-femmes, les accoucheuses traditionnelles ou des chirurgiens barbiers² qui 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, il y avait une relation de tension, puisque ceux-ci les accusaient d'incultes et même de sorcières, il y en a qui ont été brûlées vivantes, accusées de sorcellerie pour avoir donné des traitements contre la douleur aux femmes (Buitron ; 2003).

En Équateur, ce n'est qu'au début du XVII^e siècle que le docteur Bernardo Delgado organisa des missions dans l'Amazonie pour rechercher sur l'accouchement et les conditions d'accouchement (Astudillo Espinosa, 1995 : 68). Et c'est à compter du XIX^e siècle que les soins de l'accouchement ont été pris en charge par la médecine officielle, pendant le gouvernement d'Eloy Alfaro³ (Hermida Piedra, 1976). En 1895, Alfaro embaucha sages-femmes dans les centres de santé de Quito, pour dispenser des soins gratuits lors de l'accouchement, dirigés pour les milieux populaires et ainsi il consolida un système de sages-femmes en Équateur. L'auteur ajoute : « puisque à l'époque les accouchements étaient pris en charge par les mains grossières de gens totalement empiriques, en ville et en campagne » (Hermida Piedra ; 1976 : 106).

Par la suite, le 11 avril 1898, au sein de l'Hôpital le San Juan de Dios, une maternité a été créée, mais un mois plus tard elle est été transformée en Collège de Maternité et, par décret juridique, la maternité fût déménagée. Nous assistâmes à un système de santé officielle au tour de l'accouchement qui s'affirma : en 1907 se fonda l'École d'Obstétrique dans Latacunga et, en 1911, le président Isidro Ayora importa de l'Allemagne des outils et une nouvelle technologie et il prit en charge la Maternité Maternité Isidro Ayora à Quito (Hermida Piedra, 1979 : 106).

² 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^e siècle ! Les chirurgiens se divisent en deux corporations bien distinctes : les barbiers et les chirurgiens. » (Les guerriers d'Avalon, s/d. *La chirurgie au XV^e siècle*. voir : <http://www.guerriers-avalon.org/index.php?id=docs&cat=civil&page=chirurgie> consulté en juin 2014).

³ 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)

Ainsi, le biomédical devint le système officiel de santé en détriment du système traditionnel de santé des accoucheuses et s'implante modèle issu du rationalisme et héritier de la Révolution Médicale ; importé de l'Europe et il qui emportera sur le cadre juridique de la santé qui le reconnaîtra comme l'officielle en omettant les autres pratiques de santé pendant la plupart du XXe siècle.

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.

Selon la Constitution de 1997 reconnaissait l'Équateur étant « un état social de droit, unitaire, indépendant, démocratique, pluriculturelle et multiethnique » (notre traduction) ⁴, (art. 1, Constitution de l'Équateur) ; également à l'article 44, elle soulevait 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, sous réserve de principes bioéthiques » (notre traduction) ⁵.

La Loi de Maternité gratuite et de la protection d'enfants (LMGYAI), publiée au Journal officiel du 27 Septembre 2006 décrétait dans son article premier que « chaque femme a le droit à accéder de façon gratuite aux des soins de santé de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum, ainsi qu'à des soins de santé sexuelle et reproductive »⁶ . Elle assurait la participation de la médecine traditionnelle dans son article 2a).

Même si ces deux cadres légaux assuraient théoriquement la reconnaissance, la participation et le soutien des médecines traditionnelles et alternatives, dans les faits, ils n'existaient pas des outils pratiques pour intégrer les pratiques des accoucheuses au système national ni une

⁴ «un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico» (Art. 1, Constitución de la República del Ecuador de 1997)

⁵ «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).

⁶ «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).

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*.

Le gouvernement de Rafael Correa, avec un discours politique, à l'époque, qui portait sur le respect de l'interculturalité, a mis en place une nouvelle constitution (2008) et mena une politique de santé qui tende vers l'intégration et la reconnaissance du système culturel surtout *kichwa*, de ce fait, en 2008 l'accord ministériel de l'Accouchement Culturellement Adéquat⁷ a été approuvé. Celui-ci validait et légitimait les pratiques de santé des accoucheuses traditionnelles. Le Ministère de la Santé a élaboré plusieurs guides techniques pour la prise en charge médicale d'un accouchement traditionnel et les établissements de santé devaient incorporer des salles d'accouchement traditionnelles avec des chaises, des cordes, et autres éléments qui font partie des pratiques des accoucheuses. Également les institutions devaient ouvrir ces portes et permettre que les accoucheuses puissent gérer un accouchement si la mère le désirait ainsi.

Une fois présenté le contexte de l'Équateur par rapport à ce changement d'approche dans les politiques publiques dans ce qui concerne la santé interculturelle et les systèmes de santé des accoucheuses, il est fondamental d'établir les possibles relations entre les systèmes de santé afin d'identifier des relations de pouvoir entre les deux systèmes ou des rapports d'échange et de partage.

2. Les possibles relations entre les systèmes de santé : une possibilité réelle de partage?

Dans le domaine de l'anthropologie médicale, les distinctions entre ces concepts mettent en évidence les différentes relations qui peuvent exister entre les cultures d'un même pays ou société. Soit les cultures vivent indépendamment les unes des autres sans avoir des liens, dans ce cas entre les différents systèmes de santé, soit il y a des relations entre les systèmes culturels de santé, ce serait le cas de l'interculturalité dans la santé, qui est analysée par Myrna Cunningham, dans son texte publié par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Cette auteure explique les rapports politiques, dans les discours ou dans le quotidien ; qui existent entre les différents systèmes de santé d'une société, bien que dans certains cas il n'y

⁷ Acuerdo ministerial sobre el « parto culturalmente adecuado » (20 de agosto del 2008).

ait pas de frontière absolument rigide entre eux et qu'ils puissent partager des éléments entre eux. Par conséquent, on peut parler de relations interculturelles dans les approches de santé (Cunningham, 2002: 8) :

1. L'approche paternaliste ou intégrationniste
2. L'approche culturaliste
3. L'approche de la coexistence
4. L'approche de l' «empowerment » ou autonome

L'approche paternaliste ou intégrationniste, tout en reconnaissant la diversité culturelle formelle, présente le système de santé officiel en tant que système valide, avec son paradigme biomédical. Les manifestations culturelles des autres groupes ethniques sont reconnues comme faisant partie d'une diversité culturelle, mais elles sont perçues comme intéressantes et folkloriques ; cependant, dans la pratique, ce système fournit une approche médicale officielle qui ne tient pas compte des particularités culturelles. Les caractéristiques de cette approche paternaliste sont :

- Carence 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 validité des sagesses, des connaissances, des pratiques et des savoir-faire des agents de la santé ancestrale.
- Carence d'espaces de participation de la population sur la santé qu'elle reçoit.
- Absence d'intérêt du système biomédical pour comprendre la complexité culturelle de la population locale, et sa conception des maladies.

Cette approche, qui est teintée de relations de verticalité et de la domination du système académique sur le système de santé ancestral qui est 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 (notre traduction) (Malve Goblet, 1993:59).

L'approche culturaliste reconnaît le pluralisme culturel et revendique le droit aux différences culturelles, mais celles-là sont définies comme des différences linguistiques ou des manifestations culturelles folkloriques. Cette approche ne bouscule 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 avoir une discussion sur le sujet. Le système dominant ne cherche pas à comprendre les représentations culturelles ni les principes de la médecine de l'autre culture. Ainsi, 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 tient 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'approche la coexistence naît principalement à cause des vagues de migration et du contact interculturel. Elle 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 sur cette rencontre ne sont pas clairement établies et le risque est que ce soit la culture subalternisée qui

intègre des éléments de la culture dominante sans une réciprocité réelle et profonde, ce qui implique un dialogue des connaissances.

Enfin, l'approche 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 cosmovision de chaque village ou groupe ethnique sont respectés. 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 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.

Maintenant que les possibles relations entre les systèmes ont été établis, nous allons présenter le travail ethnographique sur un des différents contextes existants, Arajuno une très petite ville dans l'Amazonie équatorienne.

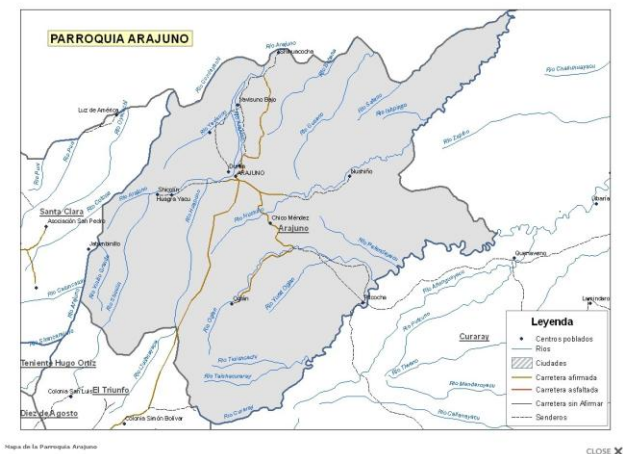
3. L'Équateur, une vraie « décolonisation épistémologique » ?

Les politiques publiques de santé en Équateur sont dans un procès de transition : d'une part la réalité interculturelle avec des cosmovisions contrastantes diversifient les besoins et les

demandes par rapports aux soins de la femme et l'enfant lors de l'accouchement ; de l'autre côté, la présence d'un contexte de protocoles, des pratiques et des représentations qui reposent sur un système officiel de santé l'inscrivent dans une logique thérapeutique standard à échelle planétaire. Le rôle des accoucheuses est ambiguë : la plupart femmes tendent à recourir de plus en plus aux soins biomédicaux, tandis que d'autres restent ancrées à la tradition, elles ont peur d'accoucher à l'hôpital, par peur d'une césarienne in nécessaire : et l'état équatorienne tend à suivre des politiques d'inclusion, en adhérant à l'innovation, la recherche, la modernité et le système biomédical (cahier de terrain).

Arajuno, le règne du traditionnel ?

Arajuno, se trouve à une distance de 58 km de Puyo, la capitale de la province, le trajet en bus dure environ deux heures, deux heures et demie à partir de Puyo. D'après le recensement 2010, sa population s'élève à 6491 habitants. Le site de la Préfecture indique la présence de métis, indigènes kichwas, shuar et Huaorani.



Carte : Parroquia de Arajuno

Source : Pages web de la Préfecture de Pastaza, Arajuno. Voir : <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/arajuno>, révisé en juin 2014.

La Direction Provinciale du Puyo est en train de mettre en place une stratégie de santé dans laquelle les accoucheuses traditionnelles sont mises en relation avec le système officiel de santé pour qu'elles renvoient à l'hôpital, les accouchements qu'elles ne peuvent pas prendre en charge (entretiens).

Source : Plan élaborée collectivement lors d'un atelier organisé par le Centre de Santé de Arajuno et repérage manuel sur paint (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 111 : Nombre d'accouchements par accoucheuse, (pas de périodisation des données, mais nous estimons que c'est depuis que les accoucheuses ont des registres pour le Ministère de Santé, pas plus de deux ans) Source : Plan de développement et aménagement du territoire de Arajuno. 2011. (Plan de desarrollo y ordenamiento territorial Arajuno, 2011) données du Département de santé interculturelle de la la Direction Provinciale de santé de Pastaza.

La plupart des accoucheuses qui ont participé aux entretiens ont un double dynamique : elles possèdent leurs maisons en « ville », à Arajuno auxquelles elles se déplacent surtout pendant le week-end et, en même temps, elles ont leurs fincas, leurs terrains dans les villages, où elles entretiennent des activités d'agriculture et d'élevage pendant la semaine. C'est pour cette raison que pour faire les entretiens nous devîmes rester passer la semaine et surtout le week-end.

Ces accoucheuses ont été choisies par consensus et elles travaillent en relation avec le Ministère, ce qui implique : qu'elles/ils reçoivent des formations, donc elles reconnaissent les signes de risque pendant la grossesse et l'accouchement et elles renvoient les femmes au centre de santé ; elles sont censées à intégrer certains protocoles à leurs pratiques tels que l'utilisation des gants ; 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.

Le responsable officiel dans ce domaine est Samuel Calapuche, fils d'un des dirigeants politiques de l'ACIA (Association des Communautés Indigènes de Arajuno). 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 celui officiel, il accompagne lors des visites domiciliaires des médecins, fait d'interprète entre les médecins et la population locale, il compte d'une certaine reconnaissance entre la population locale, donc il explique les avantages d'être usager du système officiel dans certains cas. Ceux sont des techniciens imprégnés de la culture locale, mais qui sont formés dans les paradigmes de la médecine académique aussi.

Samuel Calapuche est le fils d'un des dirigeants politiques de l'ACIA et le deuxième TAPS est Silverio Xavier Tipay Grefa, fils de la plus ancienne et reconnue accoucheuse de la « ville », Cecilia Grefa. En général, dans le liminaire du système de santé officiel et celui de la médecine traditionnelle, nous retrouvons, ainsi qu'à Santa Clara, une mise en place des relations familiales. Ainsi les noms de famille que nous avons trouvés à répétition sont : Grefa, Chimbo, Alvarado (qui à l'origine n'était pas un nom kichwa), Santi, Andy, Calapuche, Vargas, Shiguango). Dans le cas de Cecilia Grefa, elle a appris les techniques ancestrales d'accouchement à ses trois sœurs : Norma, Graciela et Estela Grefa qui sont des accoucheuses reconnues par le Ministère de Santé Publique des communautés de Noshino Ishpino et Juan Vicente.

Les relations entre les accoucheuses restent un peu tendues. Lors d'un entretien avec Gladys Grefa, elle nous a avoué que Cecilia Grefa pense que Gladys se fait payer par les femmes qu'elle prend en charge, et elle ajoute « bien sûr que je gagne, je gagne que mon mari me fasse la morale pour faire un service, donner de mon temps et ne pas être payée » (cahier de terrain). Même sa belle-sœur, qui est d'ailleurs Estela Grefa, la sœur de Cecilia Grefa)

soupçonne qu'elle prend de l'argent - or à Arajuno, cette prestation est considérée comme une entraide gratuite.



Photo : Gladys Grefa, « ville » d'Arajuno

Source : Maria Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Arajuno, Pastaza 08/2013

Un autre élément qui rend les relations difficiles est la présence du Ministère de Santé Publique, car, pour être choisies, elles doivent avoir la reconnaissance institutionnelle et celle des habitants de Arajuno. Conserver leurs statuts, signifie aussi entrer dans de relations de subtile concurrence. Un exemple de cela est que Juana Violeta Andi qui est la représentante officielle des accoucheuses et qui a aussi été auteur, n'avait pas son nom sur une publication d'utilisation de plantes pour la grossesse et l'accouchement, dirigée par le Ministère et c'est Gladys Grefa qui l'a fait rajouter.

LISTA DE LAS PLANTAS DEL MANUAL

Nº	NOMBRE DE LA PLANTA	PAGINA
1	Ajo de monte (sacha ajus)	10
2	Santa maría anís (anís maría panka)	12
3	Caña agría (sacha iru)	14
4	Verbena	16
5	Runduma (dumduma)	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

Document : 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).

Lieu et date: Arajuno, Pastaza 08/2013

Le rôle du Système de Santé officielle est très présent dans les dynamiques de santé à Arajuno, il y a des ponts qui commence à se tisser pour maintenir un dialogue de savoirs. Ce Sub-centre de Santé de premier niveau compte de :

2 odontologues

2 infirmères, dont une était la directrice provisoire

2 sages-femmes

2 médecins généralistes

Certaines auxiliares 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 camionete en cas d'urgence



Photo : Sub-centre de Santé de Arajuno, « ville » d'Arajuno

Source : Maria Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Arajuno, Pastaza 07/2013

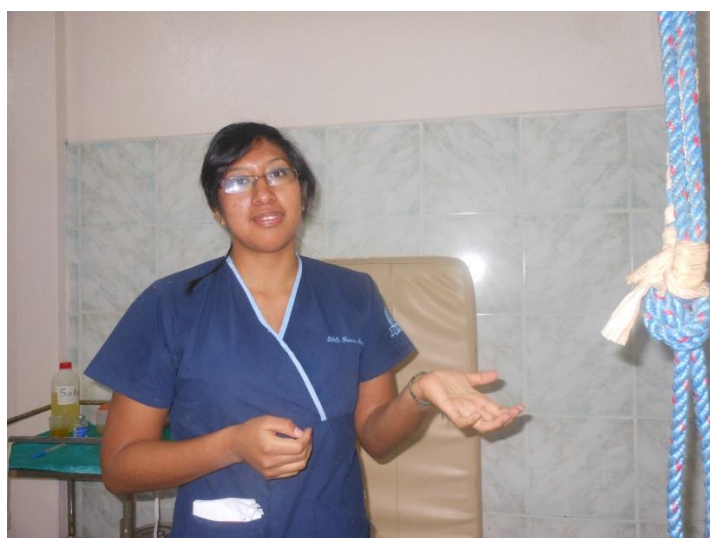


Photo : Fatima Belén Arequipa, une des deux sages-femmes du Subcentre de Santé Arajuno, « ville » d'Arajuno

Source : Maria Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Arajuno, Pastaza 08/2013

Les femmes avec des grossesses à terme de Arajuno ont souvent peur des visites des agents de santé officielle car elles craignent les césariennes et elles associent les accoucheuses avec les accouchements par voie basse ; tandis que l'intervention du personnel officiel de santé est associé à la possibilité d'une intervention chirurgienne. Il est déjà arrivé que lorsque le TAPS arrive faire le contrôle médical, les femmes sont déjà parties se cacher dans leurs maisons des fincas.



Photo : 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 : 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

L'accouchement au subcentre de santé

Nous avons eu l'occasion d'être témoin d'un accouchement au centre de santé qui montre les rôles des différents acteurs sociaux. Il s'agissait du deuxième accouchement d'une femme qui a préféré rester anonyme. Elle était arrivée 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, mais au subcentre de santé au cas où une urgence se présentait. La prise en charge de l'accouchement a été mixte (avec la présence du système traditionnel et du système officiel de santé), dès qu'elle est arrivée l'auxiliaire a examiné ses signes vitaux.



Photo : Tania Amán, auxiliaire d'infirmière, prend la tension à Zulema, parturiente.

Source : María Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Subcentre de santé de Arajuno, Arajuno, Pastaza 16/08/2013

En même temps « *mama Miche Cacho* », surnom que Tania l'auxiliaire donnait à l'accoucheuse qui était sa voisine et la nounou de sa fille, préparait les outils et l'infusion pour accélérer l'accouchement. Il s'agissait d'une infusion de cannelle et griffe de *yacuncillo*, un grand tatou, râpé au couteau. Elle le fût aussi des massages au dos pour soulager la douleur due à la dilation et à l'aperture des anges.



Photo : Griffé de yacuncillo que 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 subcentre de santé de Arajuno, Pastaza 16/08/2013



Photo : Infusion de cannelle et de griffe de yacuncillo que Antonia Chimbo utilise pour les accouchements.

Source : María Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Cuisine du foyer des médecins du foyer du subcentre de santé de Arajuno, Pastaza 16/08/2013



Photo : Massage faits par la mama Antonia, pour soulager la douleur du travail d'accouchement.

Source : María Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Subcentre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

Les médecins furent un touché pour évaluer la dilatation vers une heure du matin qui donna comme résultat cinq centimètres ; cela indiqua qu'il manquait encore pour le moment de la naissance. Vers quatre heures, le travail d'accouchement se déroula dans la salle d'accouchement. Pour avoir accès à cette salle, il fallait d'ailleurs s'habiller en tenu hospitalière stérile. Lors d'une prise en charge domiciliaire, d'après les témoignages, la femme mais de vêtements propres, mais ce sont ses vêtements personnels.

Quand les contractions devinrent plus intenses, l'accoucheuse mit le blanc de l'œuf sur le ventre de la femme, afin de l'aider pour les contractions. Pendant le travail d'accouchement, la femme est accroupie à une corde ; son mari la soutenait en face et il tenait la corde et l'accoucheuse serrait sa poitrine avec ses bras et la secouait afin d'aider la descente du bébé et en même temps avec son genoux elle massait le dos, pour soulager la douleur (Cf. photo ci-dessous).

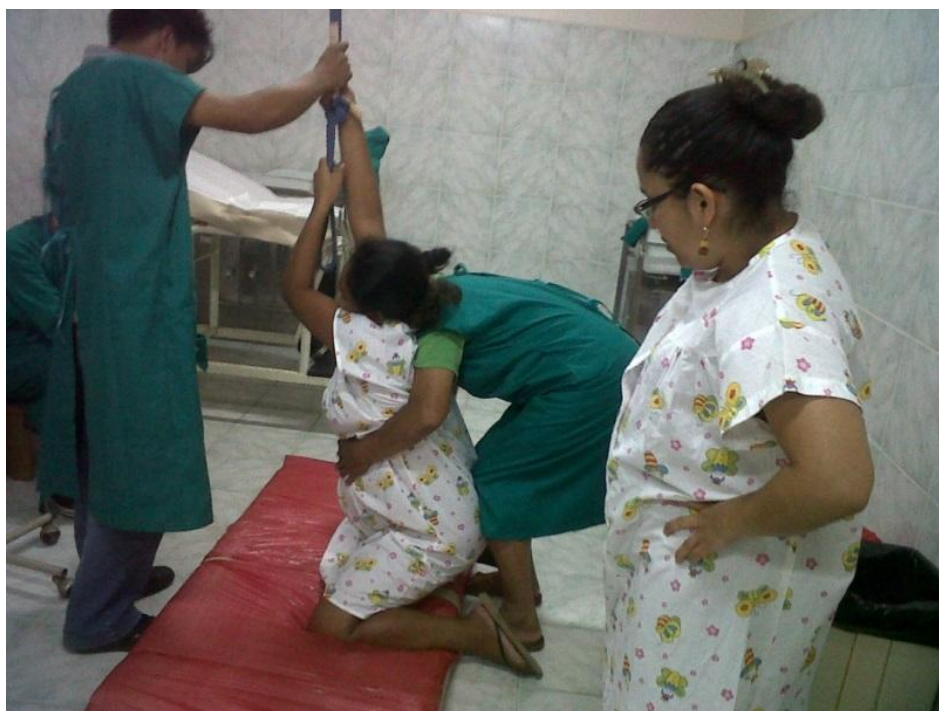


Photo : L'accoucheuse, la femme et le mari, pendant le travail d'accouchement

Source : Tania Amán

Lieu et date: Subcentre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

Les heures passèrent et l'accouchement ne se produisait pas. En attendant, les médecins qui surveillaient l'accouchement sans intervenir, mais dans la même pièce, commencèrent à discuter entre eux sur des matchs de football. L'accoucheuse continuait à accompagner l'accouchement en silence, en massant. Maintenir un rôle d'observatrice a été très compliqué dans cette étape-là, car une empathie nous poussa à essayer de soulager les douleurs des femmes et nous décidâmes de masser la femme aussi et de, avec nos mains, servir de supports pour que ses pieds (lorsqu'elle décida d'aller à lit gynécologique) pour qu'elle puisse avoir plus de force lors de ses poussées.

Vers, cinq heures du matin, la femme perdit ces eaux et l'impatience commença à prendre place dans l'esprit des médecins. Il fallait décider de la transférer à Puyo ou de continuer d'attendre. D'après ceux qu'ils nous ont dit à partir du moment où la femme perdit ses eaux, ils pouvaient attendre jusqu'à deux heures, cela s'était produit il y avait 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. En ce moment toute la famille s'inquiéta, la femme commença à répéter qu'elle allait mourir et qu'elle ne voulait pas mourir. Soudainement, l'accouchement prit un virage inattendu : la femme commença à pousser de toutes ses forces et la descente de l'enfant évolua. Vers six heures, la petite fille était née, sous l'intervention du personnel de santé officiel, sur le lit d'accouchement du protocole académique. Les médecins prirent le contrôle de la situation et donnèrent les soins à la parturiente et au nouveau-né.

Francisco Chico, l'un des médecins, se chargea de la femme et la délivrance du placenta qui dura une quinzaine de minutes; tandis que Alejandro, le deuxième généraliste, pris en charge le bébé, en contrôlant ses signes vitaux, son poids, sa taille. Le protocole médical utilisé avec la petite fille, qui venait de quitter son environnement et qui avait perdu tous ses repères, inclus la présence de sa mère ou au moins le ton de sa voix ; nous sembla très correct techniquement, mais dépourvue d'accueil et d'affection. Pour une deuxième fois, rester objectives et limiter notre place à celle d'une observatrice fût trop compliqué et sans pouvoir rien faire, nous essayâmes ce que, dans nos représentations, était construit comme un acte de tendresse ou au moins d'apaisement, nous commençâmes à chanter des berceuses.

Une fois que le personnel considéra que mère et fille ne risquaient rien, ils donnèrent le bébé au père, tandis que l'auxiliaire aidait la femme à s'habiller. Le père céda la petite à l'accoucheuse qui l'habilla et quelques minutes après mis le sang du placenta sur ses lèvres et sur ses joues. D'après la tradition, cela se fait pour qu'ils soient toujours bien rouges.



Photo : L'accoucheuse en train d'habiller le nouveau-né

Source : María Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Subcentre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013



Photo : 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: Subcentre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013



Photo : 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: Subcentre de santé de Arajuno, Pastaza 17/08/2013

Les accoucheuses/accoucheurs de Arajuno, la parole de la mémoire

Les accoucheuses reconnues par les communautés assistent aux formations organisées par le Ministère de Santé Publique. D'après les témoignages, lors des ateliers elles avaient assisté à un accouchement assisté par une accoucheuse des zones des montagnes.

Certaines accoucheuses ont intégré certains éléments de la médecine académique tels que des gants et aussi un flacon de sablon (un savon antiseptique et stérilisateur qui s'utilise dans les milieux hospitaliers).



Photo : 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

Une autre accoucheuse qui a été très centrale pour cette recherche est Antonia Jacinta Chimbo. Avec *mama* Antonia, nous avons eu la possibilité de voir différentes faces du rôle d'accoucheuse. Lorsque nous étions en train de faire l'entretien chez elle, une femme enceinte arriva chez elle pour lui demander qu'elle *acomode al bebé* (remette le bébé dans la bonne position). Nous avons été témoins de ses pratiques thérapeutiques et ses conseils pendant l'accouchement. Lors de l'entretien, elle a été très généreuse pour nous expliquer comment se passait-il un accouchement et les pratiques sur le colostrum aussi. Or l'expérience la plus importante fût l'occasion que nous avons eue d'être présentes lors de l'accouchement du 17 août, où elle pris en charge les soins traditionnels.



Photo : Antonia Chimbo *acomodando al bebé*, chez elle, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 08/2013

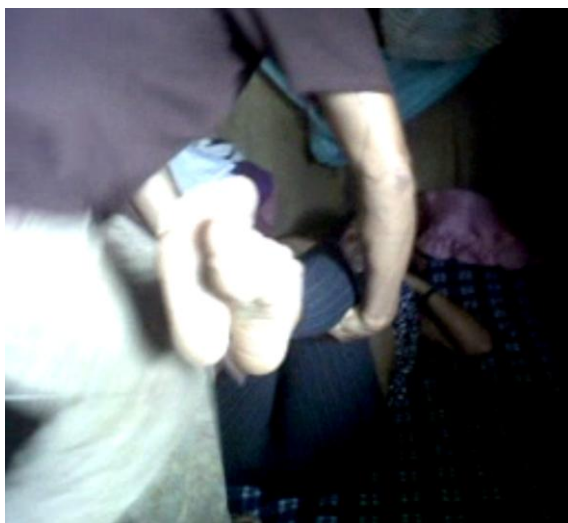


Photo : Antonia Chimbo *acomodando al bebé*, chez elle, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Maison de l'accoucheuse, Arajuno, Pastaza 08/2013



Photo : Maison de Antonia Chimbo, à Arajuno

Source : María Fernanda Acosta A.

Lieu et date: Arajuno, Pastaza 08/2013

Arajuno fût effectivement le terrain le plus riche et le plus intense en Équateur. Au sein de cette « ville » nous avons eu l'occasion d'être accueillies non seulement pour faire les entretiens, mais pour avoir des expériences d'observation directe sur les pratiques autour de l'accouchement et le don du colostrum. Arajuno semblerait être véritablement un royaume du traditionnel où les associations indigènes ont une place transcendante et la santé traditionnelle est soutenue et valorisée même par le système officiel de santé qui a fait la publication sur l'utilisation des plantes traditionnelles. Certaines accoucheuses n'assistent pas régulièrement aux formations et prennent en charge les accouchements de leur côté. Ses expériences montrent aussi un certain degré d'autonomie et « empowerment ».

Les accoucheuses traditionnelles ont le rôle de reprendre la mémoire d'une culture, elles transmettent les savoirs faire des *abuelos* (grands-parents), des aïeux et sont vitales pour la survie de ces traditions. Elles exercent gratuitement leurs pratiques qui est considérée une entraide commune dans les dynamiques de Arajuno. Elles comptent sur le respect et la reconnaissance de la communauté.

Malgré les tensions dues aux frontières culturelles entre les deux systèmes de santé, il existe une collaboration et une perméabilité entre les deux, il s'agirait d'expériences de coexistence : l'accoucheuse a la possibilité de prendre en charge un accouchement au centre de santé, le subcentre de santé est équipé pour s'adapter à un accouchement traditionnel (plusieurs outils tels que la chaise pour l'accouchement, la corde, un petit matelas stérile). Il y a certains changements qui s'opèrent dans les pratiques tels que : l'introduction des gants pour protéger l'accoucheuse et les parturientes, les accoucheuses remplissent aussi un registre de suivi qui permet au SOS d'être au courant des grossesses et de leurs possibles complications. La figure du TAPS cherche justement à établir un pont entre les deux systèmes de santé, souvent ses techniciens appartiennent aux deux systèmes : d'un côté ils ont grandi dans la culture indigène et ils font même partie des familles des accoucheuses ou des dirigeants communautaires et en même temps ils ont reçu une formation académique.

Il y a quand même des étincelles de culturalisme dans les discours de certains agents officiels de santé qui apparaissent dans les entretiens où il y a une récurrence sur le fait que : « elle sait », « elle connaît », « elle a étudié », à différence des accoucheuses qui n'auraient pas étudié, donc elles ne sauraient pas. Dans cet imaginaire « l'accoucheuse peut être présente, mais elle ne sait pas autant ». Par rapport aux rémunérations la question à l'heure actuelle n'est toujours pas résolue, car le Ministère de la Santé n'a toujours pas décidé comment introduire administrativement la figure des accoucheuses au système officiel et comment quantifier leur salaire.

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 un accouchement à risque, les protocoles sont centrés sur les méthodes biomédicales et même les guides pour les formations des accoucheuses expliquent les protocoles biomédicales à suivre dans des cas spécifiques, mais ne cherchent pas à comprendre ni les thérapeutiques utilisés ni les représentations qui y existent.

Conclusions

Le système officiel de santé constitue une construction culturelle résultante des relations de pouvoir et tensions entre différents acteurs. L'accouchement n'est pas un phénomène identique dans toutes les cultures. Même si le paradigme médical issu de l'Occident est celui qui est le dominant, en parallèle coexistent des autres pratiques, connaissances et sagesse qui continuent à se mettre en place. Les représentations qui les entourent ne doivent point se considérer comme universelles, puisqu'elles sont en lien direct avec une cosmovision culturelle.

En Équateur, un changement d'approche s'est effectué, depuis six ans, les politiques publiques en matière de santé visent à prendre en compte l'interculturalité pour pouvoir répondre aux besoins et demandes des systèmes culturels qui ne sont pas métisses. Dans ce cadre, les représentations de la médecine traditionnelle doivent aussi être modifiées par l'ensemble des acteurs sociaux. Les tensions entre les deux systèmes se font toujours sentir, mais nous avons constaté la présence d'une certaine ouverture et la mise en place de nouvelles dynamiques.

Si bien le paradigme de santé a subi un fort bouleversement en Équateur, toutes les revendications sont faites à travers le discours de l'interculturalité, or est-ce que ces adaptations des pratiques ne seraient pas aussi un besoin des femmes métisses ? Est-ce que des pratiques tels que l'accouchement vertical ou simplement le fait de pouvoir choisir la position souhaitée pour accoucher ne serait-il pas une revendication nécessaire pour l'ensemble des femmes de la société indépendamment de son origine ethnique ? Ceux sont des questions à approfondir dans des prochains temps de recherche sur ce sujet.

Bibliographie

BENOIST Jean. 2002. Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Paris, Amades. Index, 360 p.

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.

ECO Humberto. 1998. *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura; versión castellana*. Ed. GEDISA.

FASSIN Didier, MEMMI Dominique. 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris, Editions de L'Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales. Index, 269 p.

FOUCAULT Michel. 2001. *El Nacimiento de la clínica*. Argentina: Siglo veintiuno Editores. Bibliographie, index, 300 p.

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. Bibliographie, index, 74 p.

RICHARDSON Benjamin Ward et LAB Frédérique. 2006. *Hygeia. Une cité de la santé*. Paris, Editions de la villette. Bibliographie, illustrations, index, 110 p.

SAILLANT Francine, GENEST Serge. 2006. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Paris, les Presses de l'Université Laval, Economica, Anthropos. Bibliographies, index, 467 p.

Articles et documents :

Asamblea Nacional del Ecuador 2007. *Constitución del Ecuador*. Montecristi, Ecuador. Voir http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.asambleanacional.gov.ec%2Fdocumentos%2Fconstitucion_de_bolillo.pdf&ei=IHu9UoHJH_Pv4QST74CIBw&usq=AFQjCNGB8HRfVaEcZAIqle5_ntiWM SCPg&bvm=bv.58187178,d.bGE (consulté le 26 décembre 2013).

BENOIST Jean. 1996. *Carrefours de cultes et des soins à l'île Maurice*. Voir http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/carrefours_cultes_soins_ile_maurice/carrefours_cultes_soins_ile_maurice.pdf. (consulté le 17 avril 2012).

BENOIST Jean. 1997. *Réflexions sur le pluralisme médicale : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ?* Voir http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/reflexions_pluralisme_medical/reflexions_pluralisme_medical.pdf carrefours de cultes et des soins à l'île Maurice. (consulté le 17 avril 2012).

BENOIST Jean. s/d. *Publications en anthropologie*. Voir http://classiques.uqac.ca/contemporains/anthropologie_medicale/index.html (consulté le 17 avril 2012).

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*. OPS y OMS, Estados Unidos. Voir : www.paho.org/Spanish/hdp/hdd/etn/ (consulté en octobre 2006 et novembre 2013).

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. Bibliographie, index, 47-62 p.

DUSSAULT Gilles. 1985. Professionalisation et déprofessionalisation. Voir http://classiques.uqac.ca/contemporains/dussault_gilles/professionnalisation/professionnalisation_deprof.pdf (consulté le 20 avril 2012).

HERNANDEZ REYNA Miriam. 2007. Sobre los sentidos de « multiculturalismo » e « interculturalismo ». Voir <http://uaim.edu.mx/webraximhai/Ej-08articulosPDF/Art%2011%20UVIntercultural.pdf> (consulté le 18 octobre 2012).

SÁNCHEZ TORRES Fernando, s/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).