

UNIVERSITÉ DE GENÈVE



Médecine et Interculturalité en Équateur : l'exemple de l'accouchement culturellement adéquat

Immersion en Communauté - Été 2012

Léon Finci, Alexandre Bochatay et Gibran Manasseh



Remerciements : Nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont rendu possible ces expériences en Equateur :

Raul Mideiros, de l'Université Andine Simon Bolivar, Quito

Didier Lacaze, Puyo

Philippe de Neufville, Tumbaco

Ledy DaCosta, Sandra, Amada, Jorge Aranda, Sacha Viteri, Alejandro Mayanacha et Kleber Gavilanez, de la direction de santé de Pastaza

Senaida, Caciano Vargas et Paulina, Arajuno

Jenny Valencia, Quito

Erendita Bettencourt et Javier Xavez, Guamani

Claudia Avila, Shell

Viera Hubik, Françoise Maillefer, Rodolphe Meyer, Suisse

et Mario.

Table des Matières

1	Introduction.....	5
1.1	Introduction générale sur l'Equateur	5
1.1.1	Géographie	5
1.1.2	Histoire	6
1.2	Les différents systèmes de santé	7
1.3	Crise identitaire et disparition des systèmes de santé traditionnels	8
1.4	La problématique de " l'accouchement culturellement adéquat "	9
2	Tendances et questionnement actuels concernant l'accouchement	10
2.1	La position de l'OMS.....	10
2.2	La situation en Equateur	11
2.3	La situation en Suisse	13
2.4	Les faits scientifiques.....	14
3	Méthodes et différentes approches.....	15
3.1	Lectures bibliographiques	15
3.2	Rencontres et visites des centres de santé	15
3.2.1	Pichincha	16
3.2.2	Pastaza.....	17
3.2.3	Cotopaxi.....	19
3.3	Recueil de Témoignages.....	20
4	Résultats et Observations.....	20
4.1	Objectifs motivant le changements	20
4.1.1	Réduction de la mortalité maternelle et infantile périnatale	20
4.1.2	Respect des cultures et amélioration de l'interculturalité	20
4.1.3	Respect et valorisation de la patiente.....	21
4.1.4	Considération des autres cultures.....	22
4.1.5	Désidolatriation des peuples indigènes.....	22
4.2	Moyens engagés et changements effectués.....	23
4.2.1	Adaptation d'une salle d'accouchement	23
4.2.2	Présence d'une tierce personne.....	24
4.2.3	Formation des équipes soignantes.....	25
4.2.4	Formation des accoucheuses traditionnelles.....	25
4.2.5	Libertés accordées à la parturiente.....	27
4.3	Aboutissements.....	27

4.3.1	Diminution de la mortalité et de la morbidité par prise en charge des complications	27
4.3.2	Satisfaction des patientes et de leur famille	28
4.3.3	Renforcement du couple	28
4.4	Difficultés rencontrées	29
4.4.1	Difficultés rencontrées par le personnel soignant	29
4.4.2	Adaptation du lieu	30
4.4.3	Réticence des accoucheuses traditionnelles	30
4.4.4	Réticence des mères indigènes	31
4.4.5	Difficultés d'accès au centre de santé	31
4.5	Facteurs favorisant la réussite de l'adéquation	32
4.5.1	Population locale	32
4.5.2	Acteurs de santé	32
4.5.3	Niveau du centre de santé	33
5	Discussion et Conclusion	34



1 Introduction

Dans le cadre de cette immersion en communauté, nous étions intéressés à aborder le sujet des médecines traditionnelles et leur possible intégration à un système de santé conventionnel.

Nous étions intéressés par ce sujet pour deux raisons principales. La première est que de plus en plus de personnes en Suisse se tournent vers les thérapies dites alternatives ou non-conventionnelles. Il nous semblait donc intéressant de travailler sur ce sujet car en tant que futur médecin, il est évident que nous rencontrerons des patients faisant appel à ces approches ou du moins en ressentant le désir. Aussi étions nous préoccupés de pouvoir un jour nous poser en véritable interlocuteur thérapeutique face à de tels patients, afin de pouvoir les aider et les conseiller dans leur demande de soin. La deuxième raison est plutôt de l'ordre de la curiosité et nous avons vu en cet IMC une chance d'ouvrir notre horizon à d'autres manières de soigner, à d'autres paradigmes.

Au fil de nos démarches, recherches et rencontres, nous avons décidé de cibler notre travail sur la problématique de l'accouchement en Equateur.

1.1 Introduction générale sur l'Equateur

Même si ce n'est pas là le sujet de notre travail, il est important, pour pouvoir comprendre dans quelles réalités s'inscrit notre problématique, de poser certaines notions générales au sujet de l'Equateur. Nous ne prétendons pourtant pas ici présenter ce pays de manière complète et parfaitement consistante.

1.1.1 Géographie

L'Équateur est un pays de l'Amérique du Sud, bordé par la Colombie au nord-est,



par le Pérou à l'est et au sud, et par l'océan Pacifique à l'ouest. Il est l'un des plus petits pays du continent sud-américain. Sa superficie représente la moitié de celle de la France. Il est divisé en quatre régions géographiques.

La Costa (la «Côte») s'étend en bordure de l'océan Pacifique sur toute la longueur de pays, couvrant une superficie de 70 000 km², soit un peu plus du quart de la superficie de l'Équateur. La Côte compte 30 % de la population équatorienne.

La Sierra, c'est-à-dire les Andes (ou hautes terres centrales), est composée d'une double cordillère parallèle de montagnes élevées et massives: la Cordillère occidentale et la Cordillère orientale, les deux étant séparées par un fossé médian, «le couloir andin». La Sierra regroupe quelque 60 % de la population du pays.

L'Orient forme la partie amazonienne de l'Équateur: c'est l'Amazonie ou la jungle orientale. Bien que cette région occupe plus de la moitié du territoire équatorien, elle compte moins de 10 % de la population totale du pays.-L'Archipel des Galapagos qui compte environ 10000 habitants.

C'est un pays multiculturel composé principalement de quatre grands groupes ethniques. Les indiens (40%), les métis (40%), les blancs (10%) et les afro-équatoriens (10%).

1.1.2 Histoire

Des vestiges archéologiques ont révélé que le territoire de l'actuel Équateur aurait été habité par de très anciennes civilisations remontant à quelque 3000 ans avant notre ère. Comme fait important à relever dans l'histoire du pays est l'invasion des Incas au 15^{ième} siècle. À cette époque la région était peuplée par une multitude de peuples différents (environ 200), qui se différenciaient au moins par leur langues et dont une petite quinzaine nous est parvenue jusqu'à aujourd'hui. L'invasion des Incas marqua une révolution culturelle et économique, et la langue Quechua se démarqua comme la langue "diplomatique". Cependant, la domination de l'empire Inca dura seulement quelques dizaines d'années car les espagnols envahirent le pays au seizième siècle. La conquête espagnole fut rapide et violente. De nombreuses maladies infectieuses inconnues par les peuples indigènes furent



importées par les colons. Des millions d'indigènes furent décimés. Cette perte de population, le chaos culturel et l'effondrement politique ont grandement facilité à la fois la colonisation des terres et la soumission des civilisations indigènes ainsi que leur évangélisation. Dans le domaine de la médecine, une attitude dominatrice se mit rapidement en place, impliquant mépris des idées et valeurs autochtones, persécution des acteurs de santé traditionnels et exploitation de ressources pharmacologiques inexistantes sur le vieux continent (Serrano Pérez, 1997). Cependant, il est intéressant de constater que dans certaines communautés les croyances d'origine ont perduré et que les indigènes ont intégré à leurs croyances celles des espagnols.

Au 19^{ème} siècle, l'Equateur et d'autres pays de la région obtiennent leur indépendance et forment la Grande-Colombie puis trente ans plus tard l'Equateur déclare son indépendance vis à vis de cette dernière.

1.2 Les différents systèmes de santé

La diversité ethnoculturelle de l'Equateur se reflète dans un système de santé morcelé selon les régions et les strates sociales. Le système prédominant correspond évidemment au système de soins conventionnel comme nous le connaissons, à la différence qu'il est devenu quasiment entièrement gratuit depuis l'accession au pouvoir du président Correa , mais des systèmes de soins parallèles persistent, le plus souvent héritage de traditions et coutumes. Les raisons de ce maintien semblent être d'abord l'efficacité de ces autres approches thérapeutiques pour une partie des pathologies rencontrées, leur façon d'aborder la maladie mais également l'adéquation entre thérapie et mœurs, dans un sens large. Par exemple, la médecine shamanique des peuples de l'Amazonie est le résultat d'une tradition séculaire cristallisant les différents pans de leur cosmovision et transmise au travers de formations initiatiques rigoureuses. Cette médecine se veut ciblée sur les causes, et non sur les seuls symptômes comme il arrive à certains d'accuser la médecine conventionnelle. De plus, des barrières géographiques et communautaire semblent permettre aux médecines traditionnelles de continuer à jouer leur rôle. Plusieurs



communautés¹ de la forêt amazonienne sont par exemple isolées et atteignables par une succession de voyages en avionnette, en canaux et à pied. Il devient alors difficile d'imaginer les intégrer dans le système de santé conventionnel. Les plus accessibles de ces communautés sont parfois dotées d'un dispensaire (punto de salud) où exercent généralement un médecin, un obstétricien ou/et une infirmière. Il faut cependant comprendre que ce personnel médical y effectue son année rurale (año rural), qui est une forme d'obligation à la fin de leurs études. Le personnel est donc souvent jeune, peu expérimenté et surtout.

1.3 Crise identitaire et disparition des systèmes de santé traditionnels

Il nous semble important de mentionner que le système de santé traditionnel amazonien est en danger de disparition. En effet, les communautés amazoniennes traversent une crise identitaire importante. Elles se trouvent d'une certaine manière tiraillées entre deux mondes diamétralement opposés. Le monde moderne avec ses règles économiques et le monde de leurs ancêtres, égalitaire, et la relation qui les unit avec la nature. Ces peuples indigènes amazoniens font face à des difficultés considérables pour définir leur rôle dans un contexte de développement régional, social et écologique extrêmement rapide (Alexiades and Lacaze, 1996). De nombreux habitants de ces communautés sont amenés à l'exil en ville afin de chercher du travail. De plus, il nous semble important de relever que le gouvernement ne fait rien pour aider ces communautés à sauver leurs traditions culturelles et leurs connaissances ancestrales. Au contraire, de nombreuses communautés ont été déplacées de leur territoire avec force et violence afin d'y exploiter les ressources. Pourtant, il existe un article dans la Constitution qui oblige le gouvernement à respecter les populations indigènes, leurs droits et leurs territoires (Art. 6) et un autre qui déclare comme droit collectif le maintien, la protection et le développement des médecines traditionnelles (Art. 57) (Assemblée Constituyente, 2008).

¹ Nous utilisons généralement le terme "communauté" pour désigner des regroupements d'autochtones (30 à 300 par exemple) partageant une (voire deux) langues et possédant une organisation sociale partiellement dissociée du système équatorien. Ces communautés peuvent être vieilles de plusieurs dizaines d'années ou au contraire récentes de quelques années seulement.



Selon certains pratiquants de cette médecine, de nombreuses connaissances se sont déjà perdues et d'autres vont se perdre aussi par manque de relève. En effet, la crise identitaire touche avec plus d'importance les jeunes qui se désintéressent de ces savoirs et refusent les efforts à consentir pour les acquérir. Il s'ensuit que le système qui permet traditionnellement aux indigènes de rester en bonne santé à tous les niveaux est désactivé et il devient alors évident que la santé des communautés indigènes est en danger. D'un côté il y a de moins en moins de guérisseurs traditionnels et de l'autre la médecine conventionnelle est difficilement applicable du fait qu'elle ne répond pas totalement à la demande de soin de ces populations ou ne parvient simplement pas, pour des raisons logistiques ou de fond, à intégrer cette partie de la population.

1.4 La problématique de " l'accouchement culturellement adéquat "

Comme mentionné plus haut, l'Equateur est un pays riche de nombreuses cultures. Dans certains états, plus du 70 % des habitants sont des indigènes. Ces derniers ont une culture, des traditions, des conceptions du monde qui ont résisté à l'invasion espagnole. Pour ces peuples indigènes la manière surmédicalisée et aseptisée de la médecine moderne d'accompagner l'accouchement, dont les grandes lignes ont été tracées à l'époque de la révolution industrielle, ne les satisfait pas. En plus de cette confrontation médico-sociale, l'accueil des patients indigènes dans des centres de santé conventionnel, où 99% du personnel est d'origine métisse, est encore aujourd'hui trop souvent chargé de mépris et de considérations néocolonialistes à leur égard. Pour ces raisons entre autres, les femmes indigènes ne se rendent pas volontiers dans les centres de santé et accouchent de manière traditionnelle à leur domicile. Or les méthodes traditionnelles sont incapables de gérer certaines complications que la médecine moderne peut résoudre.

Face à un tel constat, le gouvernement équatorien a décidé d'adapter à leur culture les salles d'accouchement et le personnel obstétrique à des centres de santé afin que les femmes indigènes s'y rendent. Cette problématique nous est apparue intéressante car elle crée des ponts entre les différentes approches et permet de dégager le meilleur de chacune, d'intégrer deux approches différentes. Garder de l'approche traditionnelle sa vision symbolique, physiologique et plus humaniste et



oublier son regard fataliste posé sur les complications. Garder de l'approche moderne son efficacité face à certaines complications et se défaire de la surmédicalisation.

Cette problématique autour de l'accouchement nous a particulièrement intéressés pour plusieurs raisons. D'abord, elle est passionnante car concerne le début de la vie d'un enfant et un instant inoubliable pour la mère. L'accouchement est chargé d'émotions et de symboliques et constitue ainsi un chapitre prépondérant de santé communautaire. De plus, il est un événement physiologique et sa place en institution médicale n'est pas forcément une évidence pour chacun, d'où l'importance d'une réflexion constante sur la meilleure manière de le prendre en charge.

2 Tendances et questionnement actuels concernant l'accouchement

Avant de décrire en détails la façon dont nous avons procédé et les résultats que nous avons recueilli en Equateur, nous présentons ici certains faits actuels en matière d'accouchement en Equateur, en Suisse ou dans le monde.

2.1 La position de l'OMS

L'OMS a publié un document exposant certaines stratégies de l'OMS concernant l'enjeu de santé publique que représentent les médecines traditionnelles (MTR) et complémentaires (MCP). Il examine la position des MCP/MTR dans diverses régions du monde et propose un rôle propre de l'OMS visant à permettre aux MTR/MCP de jouer un rôle considérablement plus important au niveau de la réduction de la mortalité et de la morbidité excessives, particulièrement chez les populations pauvres (O.M.S., 2002). Concernant les accouchements ce document expose notamment les différents pays du continent africain qui ont mis en place un programme de formation des accoucheuses traditionnelles. Concernant les différentes pratiques rencontrées dans le monde, l'OMS a publié un guide pratique contenant notamment une classification en pratiques qu'il convient d'encourager, d'éliminer, dont l'utilité ne peut être démontrée ou utilisées à tort (O.M.S., 1996).



2.2 La situation en Equateur

En 1998, l'Equateur signe la loi internationale en vigueur concernant les peuples indigènes : la Convention relative aux peuples indigènes et tribaux (Convention 169 de l'Organisation internationale du travail). Cette convention stipule par exemple, concernant la santé, que : "Art.25.2 Les services de santé doivent être autant que possible organisés au niveau communautaire. Ces services doivent être planifiés et administrés en coopération avec les peuples intéressés et tenir compte de leurs conditions économiques, géographiques, sociales et culturelles, ainsi que de leurs méthodes de soins préventifs, pratiques de guérison et remèdes traditionnels." De cet ratification débute un travail, au travers du gouvernement équatorien, de prise de conscience de l'égalité entre individus sans discrimination ethnique et de reconnaissance de l'identité des différentes communautés équatoriennes. Environ une dizaine d'années plus tard se mettent en place des lignes de conduite visant à prendre en compte, dans les centres de médecine moderne, les différences culturelles présente dans la société équatorienne, afin de proposer une offre de soin équitable tant pour les métisses que pour les autres communautés. En effet, en accédant au pouvoir présidentiel en 2008, Rafael Correa révisé une grande partie de la constitution et y ajoute un chapitre entier sur le concept indigène du *Sumak Kawsay* (*Assemblée Constituyente, 2008*). Ce terme peut être traduit en français comme le "vivre bien", mais les indigènes et autres acteurs avertis considèrent qu'il n'est pas traduisible du fait qu'appartenant à une cosmovision entièrement différente. En bref, le Sumak Kawsay (voir Figure 1) serait un idéal de vie et une forme de connaissance qui permettent à un individu de vivre en équilibre et en harmonie avec la nature et ses esprits inhérents, avec sa communauté et avant tout sa famille, et avec soi-même. La maladie sous ses différentes formes est très souvent expliquée par une rupture du Sumak Kwasay. Concernant la médecine obstétrique, plusieurs documents fondateurs sont publiés par le ministère de santé publique, et constituent depuis une base légale pour les centres de santé publique ou privée qui cherchent à améliorer dans ce sens la prise en charge de l'accouchement :

- Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (Campos, 2008)



- Guía Metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada (Sofía Pozo, 2011).
- Estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto culturalmente adecuado (Allnutt, 2011) .

Ces dernières années, plusieurs centres de 1er et 2ième niveau ont entrepris des changements au sein de leur institution afin de répondre à ces nouvelles recommandations et standards. Ce sont principalement ces centres-ci que nous



Figure 1 : En haut, schéma retraçant les éléments principaux impliqués dans le Sumak Kawsay. En bas, représentation artistique du Sumak Kawsay.



avons visité durant notre parcours.

En ce qui concerne l'Amérique du Sud, le réseau latino-américain et des caraïbes pour l'humanisation de l'accouchement et de la naissance (RELACAHUPAN), constitué en 2000 au Brésil a défini l'accouchement humanisé en 12 points, dont l'application des recommandations de l'OMS, la sensation de la mère d'être la protagoniste principale de l'accouchement et son droit à choisir librement la ou les personnes l'accompagnant durant cet acte (Gilda Vera, 2012).

2.3 La situation en Suisse

Alors que l'avancement dans nos études ne nous permet pas encore une vision avertie des réalités cliniques, nous avons été surpris d'entendre que les questionnements sur les méthodes d'accouchement étaient à ce point d'actualité dans plusieurs pays d'Amérique. Nous avons donc tenté à notre retour d'Équateur d'avoir une première impression de la situation en Suisse, et ce en rencontrant Viera Hubik, une sage-femme de la maison de naissance indépendante Aquila à l'intérieur de l'hôpital d'Aigle, et Françoise Maillefer, sage-femme responsable de la mise en place d'un pavillon destiné aux sage-femmes au sein du CHUV de Lausanne. Si l'institutionnalisation de l'accouchement a permis une réduction de mortalité et morbidité maternelle et infantile importante au cours du siècle dernier, une amélioration de sa prise en charge semble pouvoir passer par des protocoles intégrant à la fois la sécurité hospitalière mais également attention et confort extrêmement aboutis que propose les sage-femmes, sans doute en meilleure adéquation avec le modèle bio-psycho-social en vigueur dans le système de santé suisse (Engel, 1981). Si la relation entre le personnel médical hospitalier et les parturientes en Équateur correspond peut-être à celle que nous avons il y a plus de vingt ans en Suisse², certains changements s'opèrent en Suisse romande. Il est fort à supposer que deux lignes de conduite se démarqueront durant les prochaines années, avec d'une part des accouchements médicalement assistés et contrôlés avec l'anesthésie péridurale comme figure de proue, et d'autre part avec des

² Nous ne parlons pas ici de retard, car le système de santé équatorien suit son propre développement, et ne passera sans doute jamais par notre situation actuelle, intégrant par exemple déjà des concepts issus du modèle cubain.



accouchements où la mère ou le couple sont les acteurs principaux et libres et les personnes accompagnants interviennent discrètement, sans forcément être attentistes pour autant.

2.4 Les faits scientifiques

Alors que nous ne chercheront pas ici à exposer une synthèse complète des recherches concernant les avantages de tel ou tel type d'accouchement, nous évoquons quelques points qui nous ont paru intéressants. Alors que l'intégration de l'accouchement physiologique au système hospitalier, enclenchée à l'époque de la révolution industrielle en Europe, ne s'est pas accompagnée de réel support scientifique concernant par exemple la position de la parturiente (Dundes, 1987), plusieurs éléments de l'accouchement en position libre semblent apporter un avantage clinique pour la mère et son enfant (Caldeyro-Barcia, 1979; Jong et al., 1997). Le premier et le plus souvent présenté par les partisans de l'accouchement traditionnel est l'effet facilitant de la gravité lorsque la parturiente est en position verticale. Cependant, il est difficile d'imaginer que le poids d'un nouveau-né puisse réellement modifier la dynamique de ce processus impliquant le muscle utérin, la physiologie du bassin et la dilatation du col de l'utérus - à savoir des forces et des contraintes autrement plus impressionnantes que les quelques kilos de miracles qui s'apprêtent à voir le jour. Par contre, les perturbations cardio-vasculaires engendrées par la compression de l'aorte abdominale et de la veine cave inférieure sont avérées (Scott and Kerr, 1963). Ces perturbations peuvent mener par exemple à un déséquilibre acido-basique chez la mère et le fœtus (Ang et al., 1969; Humphrey et al., 1974) ou à une bradycardie chez la mère par le réflexe de Bezold-Jarish (Kinsella and Tuckey, 2001). Apparemment, la position supine ne favoriserait pas les contractions utérines, élément prépondérant pour un bon déroulement de l'accouchement (Caldeyro-Barcia et al., 1960). D'un point de vue pratique, des positions plus verticalisées ou à quatre pattes sont géométriquement plus adéquates, du point de vue de l'alignement du fœtus en vue de son passage à travers le bassin ou de l'élargissement du diamètre de celui-ci (Gupta and Nikodem, 2000). Finalement, hormis les considérations d'ordre purement physiologique, les parturientes ne se mettent que très rarement sur le dos lorsque le choix de la position



leur est laissé car cette position accentue la douleur des contractions (Melzack et al., 1991).

Concernant la prise en charge globale, à savoir depuis le début de la grossesse jusqu'au post-partum, des études en essais randomisés contrôlés ont fait état des avantages d'avoir le nombre le plus réduit possible d'intervenants (McLachlan et al., 2008), mentionnant notamment la réduction du nombre de césarienne et d'interventions durant le travail et l'accouchement, et l'amélioration de la satisfaction des parturientes. Une récente étude suisse effectuée à l'hôpital de Aigle, qui abrite une maison de naissance indépendante (Aquila), présente des conclusions qui convergent également dans ce sens (Burkhalter, 2011).

3 Méthodes et différentes approches

3.1 Lectures bibliographiques

Un tel sujet nous a demandé la lecture d'un champ très large de documents, dont seule une partie était officiellement publiée et est référencée dans ce texte. Il nous a été difficile d'en tirer plus que les grandes lignes, et, excepté pour les conclusions concernant les avantages physiologiques des différentes prises en charge de l'accouchement, nous avons principalement tiré la majeure partie de nos conclusions sur la base de nos rencontres et visites au travers de l'Équateur et en Suisse.

3.2 Rencontres et visites des centres de santé

Pour effectuer notre analyse nous sommes allés à la rencontre de différents acteurs des systèmes de santé conventionnels et traditionnels et avons visité et assisté au quotidien de certains centres de santé. La visite des centres consistait en général en une présentation de l'institution et de sa dynamique, de l'état du processus d'adéquation et de la visite de la salle d'accouchement et souvent de tout l'hôpital. Nous avons été agréablement surpris par l'accueil chaleureux et enthousiasmé des personnes que nous avons rencontrées. Les entretiens et visites étaient enregistrés par un dictaphone. Afin de pouvoir trouver le temps d'établir de véritables contacts et



de comprendre un peu plus profondément les tenants et aboutissants de notre thème d'étude, nous avons cibler nos investigations sur deux Etats de l'Equateur que sont le Pichincha, avec comme chef lieu Quito, et l'état de Pastaza, avec comme chef lieu Puyo³. Cependant, à la fin de notre séjour, nous avons été invités à participer à un stage de formation concernant l'accouchement interculturel de 2 jours au Cotopaxi, adressé au personnel obstétricien de Pastaza.

3.2.1 Pichincha

Dans la province du Pichincha, notre personne de contact était le Dr. Raul Mideiros, professeur à l'Université Andine Simon Bolivar de Quito, qui était également notre responsable pour tout le stage IMC. En plus de nous avoir ouvert les portes du système de santé équatorien par ses nombreux contacts, il nous a donné une introduction très enrichissante sur ce même système de santé et sur la problématique de l'adéquation culturelle.

Le premier centre qui a attiré notre attention est le centre de santé n°19 de Guamani au sud de Quito, la capitale. Nous y avons été reçus une première fois par le Dr. Javier Xaves puis par la suite par l'obstétricienne Erendita Bettencourt. Nous avons assisté, par exemple, à des consultations obstétriques ou aux premiers bains des nouveaux nés dans la salle de repos le lendemain de l'accouchement.

Au centre de santé n°1 de Quito, nous avons été accueillis par l'obstétricienne Jenny Valencia, professeure d'obstétrique à l'université centrale de Quito. En plus de la présentation coutumière, elle nous a offert son point de vue sur tout le processus puis nous a proposé d'assister à un accouchement, qui fut pris en charge de manière conventionnelle, s'agissant d'une urgence.

À Cayambe, au sein de l'hôpital Raul Maldonado Mejia, une présentation de la situation par le docteur en charge du processus (Dr. Franklin Dominguez) a été suivie d'une visite avec l'obstétricienne Alicia Chicaiza.

³ "Puyu" signifie "pluvieux, nuageux" en Kichwa. On ne peut donc pas nous soupçonner d'avoir pris des vacances.



3.2.2 Pastaza

Dans la province de Pastaza, à Puyo, notre personne de contact fut d'abord Didier Lacaze, directeur de FLORASANA, petite entreprise de produits (médicaux, alimentaires, cosmétique) à base de plantes de l'Amazonie. Il réalise à l'heure actuelle un projet jardin ethnobotanique, nommé « SACHA WARMI » ouvert aux public dans une logique de revalorisation des connaissances en horticultures et en agriculture des peuples d'Amazonie et de réactivation du système de santé traditionnel, qui est à l'heure actuelle en perte de vitesse du à la perte de connaissances notamment des jeunes, comme discuté plus haut en introduction. Conscient que de nombreuses maladies peuvent être soignées par la médecine traditionnelle, il espère ressusciter un intérêt pour cette connaissance dans la société en général et chez les indigènes via un cheminement didactique aux milieux des plantes et de leurs utilisations. En plus d'avoir partagé avec nous ses connaissances



Figure 2 : Senaida et une accoucheuse traditionnelle rendant ensemble visite à une femme enceinte vivant dans la forêt. (Photo cartoonisée par discrétion)

sur la problématique de santé des indigènes et de la médecine traditionnelle, il nous a mis en contact avec l'infirmière Ledy Da Costa, directrice du bureau de santé interculturelle de la province de Pastaza, qui allait représenter notre contact principal à l'intérieur du ministère de la santé public.



Nous avons visité le centre de santé d'Arajuno, à deux reprises, où nous avons été reçus par l'obstétricienne Senaida et l'infirmière Paulina. En plus de la visite du centre de santé et de sa salle d'accouchement, nous avons fait les visites que Senaida effectue avec l'accoucheuse traditionnelle chez les femmes enceintes des communautés avoisinantes (voir Figure 2). Le parasitologue Cacio Vargus nous a également sensibilisés aux différentes maladies tropicales dont souffre la population (principalement leishmaniose, malaria et maladie de Chagas).

L'hôpital Puyo a fait l'objet d'une visite d'un jour où nous avons pu constater les moyens de communication radio avec les communautés de l'Amazonie, ainsi que la gestion des urgences notamment avec la coordination des avionnettes (petit avion de 5 à 7 personnes utilisé pour atteindre les communautés de l'Amazonie) (voir Figure 3). Nous avons rencontré Jorge, le facilitateur culturel qui parlait cinq des langues parlées dans la province qui jouait donc le rôle de traducteur lorsque les patients et les médecins ne se comprenaient pas. Il tentait également de lever des fonds pour les plus pauvres qui n'arrivaient pas à payer les soins.



Figure 3 : A gauche, Alejandro Mayancho en communication radio avec l'aérodrome de Shell depuis la communauté d'Alto Corrientes. A droite, le type d'avionnette-ambulances utilisées pour les urgences à l'intérieur de la forêt amazonienne.

Nous avons pu découvrir une facette différente du système de santé conventionnel en visitant l'hôpital Vozandes, un hôpital privé mis en place il y a 50 ans et tenu par une organisation évangélique, HCBJ Global, qui bénéficie du bénévolat de missionnaires de différents pays du monde. Cette visite nous a permis d'entendre un discours au ton différent que celui des centres de santé étatiques.



Il nous été gracieusement⁴ offert par le Dr. Kleber Gavilanez, directeur du ministère de santé public de la province de Pastaza de découvrir la réalité des communautés de la jungle amazonienne et leur médecine traditionnelle en volant avec une avionnette durant 40 minutes jusqu'à la communauté de Alto Coriantes puis de marcher jusqu'à une autre communauté, Conambo. Nous étions accompagnés du chef de la santé de la communauté ethnique des Zaparos, Alejandro Mayancha, qui nous a guidés dans ces communautés et nous a présentés aux différents chefs de famille. Cependant, beaucoup des hommes étaient à la chasse durant nos trois jours de visite, et nous nous sommes très peu entretenus avec les habitantes, afin d'éviter tout malentendu.

3.2.3 Cotopaxi

Durant ce stage de deux jours nous avons pu visiter différentes communautés andines où 95% des accouchements se faisaient au domicile avec une sage femme. Nous avons rencontré plusieurs accoucheuses traditionnelles et elles ont tenté de nous faire découvrir leurs coutumes au travers d'une pièce de théâtre (voir Figure 4).



Figure 4 : Une accoucheuse traditionnelle du Cotopaxi (en violet) mime son travail, dos à la parturiente assistée par son mari.

Nous avons également pu entendre différents témoignages des acteurs de la santé, dont l'exemple de l'amélioration nette de mortalité maternelle dans une des communautés pilotes. Lors d'un brain-storming, les améliorations possibles à faire en Pastaza ont été abordées, et ce fut également l'occasion pour certains participants

⁴ Le voyage coûtant de 300 à 500 francs par personnes.



d'exprimer leur difficulté à améliorer ainsi la prise en charge de l'accouchement, perfectionnement facultatif selon eux lorsque l'essentiel, tel que l'essence de l'ambulance, manque encore trop souvent dans leur région.

3.3 Recueil de Témoignages

En plus d'avoir pu nous entretenir avec certaines mères, nous avons récupéré un ensemble important de témoignages de femmes et de parents qui ont vécu un accouchement culturellement adéquat dans le centre de santé n°1 de Quito. L'obstétricienne Jenny Valencia les avait recueillis durant les premières années d'adaptation, à savoir à partir de 2005. Nous avons ainsi nous faire rapidement une idée claire des éléments les plus importants ressentis par les parturientes et leur famille.

4 Résultats et Observations

4.1 Objectifs motivant le changements

4.1.1 Réduction de la mortalité maternelle et infantile périnatale

La première motivation qui pousse les institutions hospitalières à entrer dans ce processus d'adéquation est d'abord la réduction de la mortalité infantile et maternelle périnatale. Un plan visant cette objectif édité en 2008 (Campos, 2008) fait mention à l'article 4a d'implantation de normes et protocoles interculturels. En rendant les lieux plus accueillants et adéquats aux autres façons d'accoucher, l'effet attendu est que les femmes indigènes ne donnent plus naissance à la maison mais viennent dans ces centres où les complications peuvent être gérées soit directement soit après transfert dans des centres plus spécialisés, de Ilième ou IIIième niveau.

4.1.2 Respect des cultures et amélioration de l'interculturalité

Une autre motivation est le respect de la culture des populations indigènes, de leur croyances et de leur médecine. La constitution de 2008 met les médecines scientifique et traditionnelle au même niveau et garantit le respect des cultures propres aux populations indigènes. Il en découle que l'état équatorien et le ministère



de la santé doivent assurer dans les centres de santé les conditions favorables aux respects de ces différences culturelles. Dans le domaine de l'accouchement un guide d'adéquation culturelle a été édité en 2008 (Allnutt, 2011) pour donner des objectifs à atteindre tant dans la formation du personnel que dans le matériel nécessaire pour permettre un accouchement plus en accord avec ce qui se fait traditionnellement dans les communautés (voir Figure 5).

4.1.3 Respect et valorisation de la patiente

Le respect du droit des femmes découle du point précédent. La femme doit être vue comme un être humain à part entière avec sa liberté. Ainsi, le respect quant aux choix qu'elle fait concernant sa santé et, ici, la manière dont elle veut accoucher doit lui être garanti. Les centres de santé doivent être en mesure de proposer, de ce point de vue, une alternative à l'accouchement gynécologique et garantir qu'une femme voulant accoucher dans une position différente ou désirant être accompagnée d'un

Lista de Insumos y equipamiento esenciales en la sala de partos adecuada culturalmente	
1. Dos sillas	14. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para la parturienta según la región geográfica (sierra, costa, amazonía e insular)
2. Un taburete	15. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el/a acompañante, según la región geográfica (sierra, costa, amazonía e insular)
3. Una estantería, vitrina u otro mueble con almacenamiento de plantas medicinales propias de la zona (en sala de labor)	16. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el personal de salud que atiende el parto, según la región geográfica (sierra, costa, amazonía e insular)
4. Un dispensador de agua (en sala de labor)	17. Un lavabo y jabón líquido antiséptico
5. Una estufa, o cocineta, o cocina, para preparar aguas medicinales (en sala de labor)	18. Tres equipos de instrumental completo para la atención del parto
6. Una fuente de calor (calefactor) en Unidades de Salud de la región sierra	19. Un tensiómetro
7. Una cama apropiada para la atención del parto culturalmente adecuado (características, dependiendo de la necesidad local, que brinde absoluta comodidad a la usuaria)	20. Un estetoscopio
8. Una colchoneta (características)	21. Una lámpara cuello de ganso
9. Tres juegos de campos para la colchoneta	22. Dos soportes para suero
10. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes, sujeto al techo	23. Dos recipientes para corto punzantes
11. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes, sujeto a la pared	24. Ingreso a la Unidad de Salud, sala de labor, sala de partos, sala de recuperación y hospitalización, rotuladas en el o los idiomas locales
12. Dos recipientes para recoger la placenta	
13. Tres fundas de agua caliente	

Figure 5 : Liste du matériel conseillé pour une salle d'accouchement culturellement adéquat. Source : (Allnutt, 2011)

membre de sa famille, par exemple, puisse le faire librement.



4.1.4 Considération des autres cultures

Un point plus précis concerne la sensibilisation du personnel de santé, médecins, obstétriciens et infirmières surtout. Il s'agit de faire changer les mentalités de ces acteurs et les préjugés qu'ils ont comme la population en générale sur la culture et les populations indigènes. Ainsi, le but avoué est de les inciter à comprendre, à accepter et à faire avec ces différences culturelles.

4.1.4.1 Concernant les accoucheuses traditionnelles

Au niveau plus institutionnel, il faut constater que les accoucheuses traditionnelles ne sont pas reconnues par le système de santé, elle n'ont aucun statut et n'ont ainsi aucune raison de collaborer avec ce système. Voilà pourquoi, en plus de l'argument purement clinique de reconnaissance des signes de complications et d'urgence discuté plus loin, une certaine intégration de ces accoucheuses dans le système augmenterait leur confiance dans celui ci et permettrait une meilleure collaboration.

4.1.4.2 Concernant les mères et leur famille

Autre constat, les mères désirant accoucher ont souvent une crainte des institutions et du personnel de santé public. Les maltraitances verbales mais aussi physiques envers les indigènes, qui étaient tout à fait communes il y peu de temps et toujours présentes dans une moindre mesure aujourd'hui, sont les symptômes du racisme contre les indigènes (appelés péjorativement Indios). Ils sont vu comme des pauvres qui ne savent faire que des enfants sans avoir de moyen pour s'en occuper, des gens très paresseux et incapables, ancrés dans des coutumes sauvages de type polygames par exemple. Il apparaît nécessaire de modifier cette vision en établissant au sein des équipes soignantes une transformation de ce stéréotype encore bien ancré dans la population équatorienne.

4.1.5 Désidolatriation des peuples indigènes

Au cours de nos différents entretiens, nous avons pu entendre ou comprendre, à quelques occasions, qu'une raison sous-jacente et non avouée pourrait également motiver ces efforts d'adéquation - un désir de désidolatriation des peuples indigènes. Ce terme tente de désigner d'une manière générale le fait que la culture dominante ne valide pas les divergences des autres cultures et désire qu'elles se



nivellent à ses croyances et concepts. Certains protagonistes nous ont évoqué cette hypothétique réalité alors que d'autres se sont peut-être dévoilés sans vraiment le vouloir. Nous ne nous avancerons pas plus concernant cet point, car il est un sujet vaste nécessitant de plus amples investigations.

4.2 Moyens engagés et changements effectués

4.2.1 Adaptation d'une salle d'accouchement

Dans tous les centres que nous avons pu visiter, la mise en place d'une salle d'accouchement permettant une prise en charge non-conventionnelle était la pierre angulaire du changement que tentait d'opérer le centre de santé. Cette réalisation variait selon le centre, selon des contraintes d'espace, financières ou selon la demande associée aux différences culturelles.

Par exemple, à l'hôpital de Cayambe (niveau 2), les responsables ont tenu à n'avoir qu'une seule salle d'accouchement, afin de symboliser le rassemblement des cultures en un seul lieu et d'éviter le clivage spatial (voir Figure 6). En plus de la salle d'accouchement, une salle dite de psychoprophylaxie ou de préparation à l'accouchement était mise en place. Forts de moyens plus importants qu'un centre de santé de 3ième catégorie, ils ont pu mandater la réalisation d'une table d'accouchement spécialisée permettant d'être transformée selon le type



Figure 6 : A gauche, ancienne salle et lit d'accouchement du centre de Cayambe (Pichincha). A droite, salle d'accouchement culturellement adéquat destinée à toutes les parturientes. La chaise d'accouchement est composée de modules qui peuvent être réarrangés selon la position désirée par la femme.



d'accouchement choisi par la patiente (voir Figure 6). D'autres changements, plus modestes mais qui se sont également révélés importants, semblent une fois faits une évidence mais sont rarement mis en œuvre. Parmi eux figurent des objets d'arts reflétant des symboliques locales ou des rideaux aux couleurs accueillantes (choisies de concert par les matrones et les obstétricienne) (voir Figure 7). Au centre de santé de Guamani, la salle d'accouchement supplémentaire comprenait, en plus des éléments d'une salle typique d'accouchement culturellement adéquat, des murs et un toit de bois, matière favorisant non seulement l'isolation thermique, mais permettant également un meilleur équilibre énergétique d'un point de vue spirituel.

4.2.2 Présence d'une tierce personne

L'un des éléments nouveaux apporté par ces efforts d'amélioration de prise en charge des accouchement est la présence d'une tierce personne. En effet, si en Suisse le choix d'un accompagnant (mari, mère, etc.) est depuis longtemps donné à la mère, cette liberté représente l'un des achèvements les plus marquants des



Figure 7 : Dans la salle d'accouchement de l'hôpital de Cayambe se trouvent des peintures symbolisant des éléments de la culture et de la cosmosvision locale.

dernières années de l'obstétrique équatorienne. Comme évoqué dans plusieurs témoignages recueillis, la présence du mari ou de la mère se révèle particulièrement réconfortant et aidant pour la parturiente. Plus spécifiquement encore, la notion de couple semble même prendre une dimension autre, et ce sachant que la société équatorienne est particulièrement machiste. Le père, assistant son épouse, la



soutenant même physiquement lors d'accouchement verticaux, joue en effet un rôle lui permettant de s'impliquer dans la naissance de son enfant et de se sensibiliser à l'épreuve par laquelle passe son épouse. La relation parent-enfant est ainsi rééquilibrée en faveur du père.

Les centres de santé d'Arajuno, de Guamani et de Cayambé permettent à l'accoucheuse traditionnelle d'entrer dans la salle d'accouchement. Dans certains cas, comme à Arajuno, une certaine collaboration s'effectue même entre l'obstétricienne et l'accoucheuse traditionnelle.

4.2.3 Formation des équipes soignantes

La formation du personnel de santé passe suivant les centres d'une « simple » sensibilisation aux différentes positions pour accoucher à une initiation à toute la cosmovision et à la culture des indigènes, comme par exemple dans le centre de Cayambe. Plus spécifiquement pour l'accouchement, il s'agit pour les infirmières et obstétriciens de savoir comment assister un accouchement non-conventionnel, c'est-à-dire quelle position adopter, comment effectuer les gestes correctement alors que la femme n'est pas en position horizontale obstétricale comme lorsque ces mêmes gestes ont été appris.

4.2.4 Formation des accoucheuses traditionnelles

Les accoucheuses traditionnelles assurant les accouchements à la maison et venant de la communauté constituent un excellent moyen pour pouvoir adresser les situations de complication ou d'urgence aux centres de santé. Pour apprendre à juger et à anticiper les complications, elle sont invitées à participer à des journées de formation et discussion dans un centre de santé, la plupart du temps avec l'obstétricienne en charge. Dans le centre de santé d'Arajuno, ces journées sont organisées tous les deux mois avec l'obstétricienne sur place, Senaida. Dans le centre de santé de Cayambé, ces mêmes journées se font tous les mois et dans celui de Guamani, s'il semblait y avoir ce type de formation, il était suspendu au moment de notre stage. La formation a pour but d'éviter au plus possible que les accouchements avec complications ne se fassent à la maison, que ces complications apparaissent pendant le travail, l'accouchement ou le postpartum, et que la femme



SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO

SALIDA AGUA DE FUENTE, DOLOR DE CABEZA, HINCHAZÓN DE MANOS Y PIES, SANGRADO EN EL EMBARAZO, EL BABIA NO SE MUEVE

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PARTO

CESÁREA ANTERIOR, PARTO MUY DEMORADO, MALA PRESENTACIÓN, MUCHO SANGRADO, NO SALE LA PLACENTA

SEÑALES DE PELIGRO DESPUES DEL PARTO

TIENE FIEBRE, INCONVEN DE MAL DOLOR, MUCHO SANGRADO, DOLOR DE CABEZA, DOLOR DE BARRIGA

SEÑALES DE PELIGRO DEL RECIEN NACIDO

EL NIÑO NO RESPONDA BIEN, EL NIÑO NO QUIERE MAMAR, EL NIÑO TIENE FIEBRE, OMBLIGO ROJO O CON PUS

NUMERO DE CONTROLES DEL RECIEN NACIDO

1°	2°	3°
Fecha		
4°	5°	6°
Fecha		

FECHA	NOMBRE DE LA MUJER	ETNIA	ATENCIÓN DEL POSPARTO						DEFERIDO	MUERTO	PLAN DE VENTA			
			EDAD	PARTENERO	TIENE FIEBRE	INCONVEN DE MAL DOLOR	MUCHO SANGRADO	DOLOR DE CABEZA				DOLOR DE BARRIGA	SI	NO
3														

FECHA	NOMBRE DE LA MUJER	ETNIA	CONTROL DEL RECIEN NACIDO						DEFERIDO	MUERTO	DOR DE LA VENTA				
			EDAD	PARTENERO	FECHA DE PARECIMIENTO	EL NIÑO ESTÁ BIEN	EL NIÑO NO RESPONDA BIEN	EL NIÑO NO QUIERE MAMAR				EL NIÑO TIENE FIEBRE	OMBLIGO ROJO O CON PUS	SI	NO
4															

Figure 8 : A gauche, exemple de document pédagogique utilisé pour la formation des accoucheuse traditionnelles. A droite, extrait de registre distribué aux accoucheuses traditionnelles pour les aider à tenir un suivi de leur patiente.

en danger se dirige vers le centre de santé avec l'accoucheuse traditionnelle. Ainsi une journée de formation comprend la reconnaissance des signes de complications pendant la grossesse, durant et après l'accouchement et l'apprentissage du minimum de conditions d'hygiène lors de l'accouchement à la maison. Les accoucheuses repartent également avec les connaissances nécessaires pour tenir un registre concernant leur patiente (voir Figure 8). La question de rendre l'information recevable est importante, ainsi les dessins sont privilégiés au texte explicatif par exemple(ci dessous- scan de Cayambé).

Le partage d'expériences et de situations vécues est un élément important de ces formations, spécialement à Arajuno, où l'obstétricienne n'hésite pas à dire que certaines plantes médicinales utilisées traditionnellement peuvent être toxiques pour le fœtus. Certaines sont très efficace quand elles sont utilisées avec le savoir ancestral, c'est-à-dire au bon moment. Un exemple frappant est l'ongle de Danta qui permet de raccourcir le travail lors de l'accouchement en expulsant plus rapidement le fœtus mais qui crée un hypoxie fœtale par compression s'il est donné trop tôt.



Figure 9 : A gauche, fascicule décrivant différentes position d'accouchement. A droite, sur le siège d'accouchement spécialisé, Alicia Chicaiza mimant une parturiente et Léon mimant le père.

4.2.5 Libertés accordées à la parturiente

Il est d'usage que la femme qui accouche boive du thé et des infusions en quantité. Dans le centre de Guamani, ils sont admis dans la salle d'accouchement, alors qu'à Cayambe il y a même un distributeur d'eau chaude dans la salle de travail. Cet espace adjacent à la salle d'accouchement comprend deux lits destinés à accueillir les femmes en travail juste avant que l'accouchement ne commence. Ainsi, de manière générale, les futures mères jouissent de plus grande libertés pour gérer leur accouchement comme elle le ressent, pouvant en tout tant adopter par exemple une position différente, parmi celle dont elle a pris connaissance lors des séance de psychoprophylaxie.

4.3 Aboutissements

4.3.1 Diminution de la mortalité et de la morbidité par prise en charge des complications

Bien qu' il ne nous a pas été possible d'accéder à de véritables statistiques, l'avis des experts, que sont les obstétriciens et infirmiers, de différents centres de santé dans les états du Pichincha, du Cotopaxi et de Pastaza, convergeaient tous vers une satisfaction marquée d'avoir entrepris un effort d'adéquation culturelle. Cette satisfaction provenait de différents constats, comme l'augmentation de la



fréquentation des centres de santé par les parturientes et l'amélioration des rapports entretenus avec les accoucheuses traditionnelles, dont découlerait la diminution apparente de morbidité et mortalité infantile, voire maternelle. Un projet pilote effectué dans une communauté du Cotopaxi a par exemple montré une diminution marquée de la mortalité maternelle.

4.3.2 Satisfaction des patientes et de leur famille

En ce qui concerne les mères elles-mêmes, des différents témoignages que nous avons pu entendre ou lire ressort un enthousiasme face à ces prises en charge d'un genre nouveau. Les points les plus importants semblent être la possibilité d'être accompagnée par les personnes de leur choix, ou le retour rapide après la naissance du nouveau-né dans les bras de sa mère. L'opportunité de pouvoir opter librement pour telle ou telle position revêt également une importance, mais peut-être moins grande que les changements liés aux rapports humains. Très souvent, les mères sont surprises en bien par la chaleur et l'attention du corps médical, et évoquent à quel point cette attitude leur a permis de se sentir en sécurité et de se détendre pour vivre avec plénitude leur accouchement. Un exemple anecdotique fut celui d'une mère ayant accouché de son premier enfant à l'hôpital, de son deuxième à son domicile et de son troisième au centre de Guamani (1er niveau). Elle avait donc pu tester en quelque sorte les trois types cardinaux d'accouchements. Bien que chaque accouchement doit être unique, il fut intéressant de voir à quel point la froideur de son premier accouchement l'avait poussée à un accouchement à la maison pour le second, qu'elle avait pourtant vécu dans l'angoisse. Finalement, lors de notre entretien au lendemain de son accouchement au centre de Guamani, elle était amplement satisfaite et pensait avoir trouvé là un juste milieu, une bonne adéquation, entre sécurité et respect de ses traditions et de sa personne.

4.3.3 Renforcement du couple

Des faits marquants concernant les pères ayant pris part à l'accouchement de leur femme sont une prise de conscience et le renforcement du lien conjugal. En effet, dans un contexte de machisme relativement fort en Equateur, les pères comprennent rarement ce que représentent une grossesse et un accouchement et, de fait,



acceptent par exemple difficilement le désir fréquent des nouvelles mères d'une période contraceptive. En assistant leur femme tout au long de l'accouchement, ils peuvent alors prendre conscience un peu mieux que la naissance d'un enfant n'est pas une évidence. En jouant un rôle aussi impliqué lors de la naissance de leur enfant, ils réalisent également mieux leur rôle de père et mari et leur relation avec la mère et le nouveau-né s'en voit renforcé.

4.4 Difficultés rencontrées

4.4.1 Difficultés rencontrées par le personnel soignant

Le premier problème concernant la mise en place du processus d'adéquation culturelle chez les professionnels de santé est la position de travail à adopter lors de l'accouchement traditionnel vertical. En effet, il faut être accroupi, les genoux au sol. De plus, la visibilité du corps de la patiente n'est pas aussi bonne qu'en position obstétricale. L'inconfort pour les obstétriciens et pour les infirmières représente un grand frein à la mise en place du programme. En plus de l'inconfort, la position verticale par le manque de visibilité qu'elle provoque, peut engendrer un stress supplémentaire pour l'obstétricien.

Parmi les habitudes traditionnelles certaines peuvent aller à l'encontre des lignes de conduites conventionnelles équatoriennes. Par exemple, comme évoqué dans l'exemple de la communauté de Sarayacu, les parturientes mangent et surtout boivent certaines préparations, et cela est difficile à accepter pour un personnel médical ayant en tête les avantages que la mère soit à jeun en cas de complications nécessitant une intervention chirurgicale. Un juste milieu est généralement la solution recherchée, à savoir une liberté plus grande est accordée aujourd'hui aux mères, à qui l'on conseille de se nourrir avec parcimonie.

Les étudiants en obstétrique des universités équatoriennes apprennent dans leur cursus les techniques conventionnelles. En effet, ils acquièrent leurs expériences dans les centres de niveau 3. Comme expliqué plus bas, ces centres accueillent généralement les accouchements problématiques et compliqués qui nécessitent une approche en position conventionnelle.



Si le personnel médical, une fois formé à l'interculturalité, s'adapte bien aux pratiques différentes de l'accouchement, la situation redevient régulièrement problématique lorsque les équipes sont renouvelées et qu'il faut les resensibiliser. L'exemple type est celui de l'obstétricien ou du médecin qui termine son année rurale et qui est remplacé par un nouveau venu.

4.4.2 Adaptation du lieu

Lorsque le personnel médical et autres responsables ont acquis la volonté d'adapter les méthodes d'accouchement, encore reste-t-il à appliquer les changements nécessaires d'un point de vue pratique. La problématique de l'espace disponible que le centre pourrait allouer à une nouvelle salle d'accouchement se pose par exemple, et ce particulièrement lorsque d'autres services sont également demandeurs. Au centre n°1 de Quito (1er niveau), le directeur voulait par exemple mettre en place une salle de chirurgie, mais l'obstétricienne (Jenny Valencia) parvint à le faire changer d'avis au bénéfice d'une salle d'accouchement culturellement adéquat, entre autres car les interventions chirurgicales ne faisaient pas partie du cahier des charges de ce centre de premier niveau. Un autre type de problème d'infrastructure c'est posé à l'hôpital de Puyo (2ième niveau) où plusieurs salles avaient été originellement affectées et réorganisées pour les différents types d'accouchement, avec par exemple également une baignoire pour l'accouchement dans l'eau, mais le projet avait été interrompu pour faute de fonds nécessaires pour le terminer.

4.4.3 Réticence des accoucheuses traditionnelles

Les accoucheuses traditionnelles peuvent représenter un problème pour les institutions lorsqu'elles ne veulent pas collaborer. Ce refus est une forme de rejet du système de santé et d'une médecine scientifique vue comme arrogante et directive. Comme pour le personnel de santé dans ces même institutions, le changement d'habitudes est en soi ressenti comme négatif et problématique. Certaines accoucheuses font alors le choix de continuer la prise en charge de la parturiente alors que celle-ci ou son enfant sont dans une situation dangereuse. C'est ainsi là un risque élevé, si ce n'est le plus grand, de complications non résolues parmi les accouchements à la maison. Il faut donc en effet comprendre avec désarroi que, face



l'absence d'officialisation, peut-être impossible, de la profession d'accoucheuses traditionnelles, un nombre conséquent de personnes se prétendent accoucheuses sans avoir réellement les connaissances et la responsabilité requises.

4.4.4 Réticence des mères indigènes

Les mères indigènes sont encore loin d'avoir renouer avec le système de santé conventionnel, alors que subsistent encore dans les mémoires les décennies de mépris et maltraitance envers les différentes ethnies. En espérant que les remises en question du corps médical lors de la dernière décennie permettra de gagner la confiance des différentes communautés, fort est de constater que d'autres spécificités, quasi inhérentes au système de soin conventionnel, s'opposent encore à un accueil parfaitement adéquat. Par exemple, le blanc des habits du personnel et des murs de l'hôpital est également celui de la mort et du deuil pour de nombreuses ethnies indigènes.

Si les efforts pour diminuer cette image et rendre les conditions de l'accouchement plus adéquates pour les femmes indigènes dans les centres de santé ont leur effet, le fait que pour les complications la femme puisse se retrouver dans un milieu hospitalier, chirurgical, génère encore et toujours un sentiment de peur même dans les centres qui tentent de faire le nécessaire.

4.4.5 Difficultés d'accès au centre de santé

La décision d'une mère de ne pas aller accoucher à un centre de santé est très souvent fondée sur l'épreuve que peut représenter le trajet. Alors qu'une parturiente venant d'une communauté andine ou amazonienne peut parfois avoir besoin de plusieurs heures, voire d'une journée entière, pour atteindre le centre de santé le plus proche, une habitante du sud de Quito, où se trouve le centre de Guamani (1er niveau), sera réticente à se déplacer la nuit, en raison de l'insécurité latente des environs. Dans ce centre, les parturientes sont donc invitées à rester sur place les quelques jours précédant l'accouchement.



4.5 Facteurs favorisant la réussite de l'adéquation

4.5.1 Population locale

La mise en place de l'adéquation culturelle à l'accouchement dépend de différents facteurs. Le premier est le pourcentage de patientes indigènes se rendant au centre de santé en question. Une plus ou moins grande « pression » s'effectue sur le système pour qu'il s'adapte. L'exemple le plus marquant est celui d'Arajuno où 95% des accouchements se font de manière traditionnelle et s'explique entre autre par le fait qu'Arajuno est une communauté indigène en tant que telle, vers laquelle une route a été inaugurée il y a une petite dizaine d'années seulement. Dans la région de Cayambé, le pourcentage d'indigènes est également très élevé mais le fait que les communautés sont à plusieurs heures de marche ou à dos de cheval fait que la « pression » n'est pas aussi forte et que ce pourcentage ne se reflète pas directement dans le taux d'accouchement traditionnel dans le centre de santé. Dans le centre de Guamani, la population est pour une grande partie indigène également mais vu qu'ils se trouvent à Quito, la demande de respecter des traditions, qui sont moins ancrées dans leur quotidien, est moins forte. Enfin, dans le centre de santé N°1 du centre historique de Quito, le nombre d'accouchements traditionnels est très bas, un par mois plus ou moins, ce qui reflète aussi le bas pourcentage d'indigènes dans la population de femmes enceintes.

4.5.2 Acteurs de santé

D'autres facteurs qui influencent grandement la mise en place de l'adéquation culturelle à l'accouchement sont la motivation et l'intérêt que portent les professionnels de la santé pour ce processus, cette évolution. Il est évident qu'il ne devrait pas en être ainsi puisque cette adéquation est voulue par la loi. Il est à noter qu'étant donné que nous avons rencontré principalement des acteurs enthousiastes à initier ce processus dans leur centre, nous ne pouvons donner de témoignages de professionnels pour qui cette initiative n'a aucun intérêt.

Les premiers intéressés sont très souvent les obstétriciens et la mise en place du processus peut ne pas se voir appuyer par la direction du centre ou par d'autres spécialités comme la chirurgie ou la pédiatrie.



Par exemple, dans le centre historique N°1, l'obstétricienne Jenny Valencia a dû se battre pour faire d'une salle disponible une salle pour l'adéquation alors que la direction, sous la pression des chirurgiens, envisageait plutôt d'en faire un bloc opératoire. Elle a dû également faire face à une certaine réticence du pédiatre du centre par rapport aux accouchements en libre position.

Par contre, dans le centre de Cayambe, tout le personnel s'est montré enthousiaste à effectuer les changements nécessaires. Cette absence d'inertie et de réticence a engendré des résultats surprenants après seulement un an de mise en place. La dynamique, en plus de la motivation personnelle des médecins et de l'obstétricienne, peut s'expliquer par le fait que la directrice du centre était une indigène, fait exceptionnel, et comprenait bien l'enjeu de cette adéquation.

4.5.3 Niveau du centre de santé

La question du degré de spécialisation du centre hospitalier est également importante.

Les centres de I^{er} et II^{ème} niveaux, étant donné qu'ils sont les centres de premier recours pour la population, ont à charge la majorité des accouchements. Ils sont donc les plus privilégiés et la cible de choix pour mettre en place ce processus.

En ce qui concerne les centres de III^{ème} degré que sont les hôpitaux universitaires, leur rôle principal est de faire face aux cas de complications pathologiques les plus engagées et dans ce cas seule la position obstétricale est adéquate et le médecin doit pouvoir intervenir librement. Ces centres sont donc peu concernés par la question de l'adéquation culturelle en matière d'accouchement.



5 Discussion et Conclusion

Dans le cadre de cette immersion en communauté, nous sommes allés deux mois en Equateur afin de porter un regard sur les réalités et problématiques générées par la confrontation de différentes médecines et systèmes de soin. Ce pays est en effet encore aujourd'hui, un demi millénaire après l'arrivée des espagnols, riche en cultures et origines diamétralement opposées. Nous avons focaliser notre projet sur la question de l'accouchement car elle cristallisait admirablement une multitude de point de friction entre communautés indigènes et population métisse équatorienne. De plus, de nombreux projets et changements récents constituent un début de résolution de cette problématique qui est donc d'actualité en Equateur et dans le reste de l'Amérique du Sud.

Ainsi nous avons constatons que face à une demande de respect d'une forme d'accouchement mais aussi à un besoin de réduire les taux de mortalité, certains centres de santé opèrent des changements. Les statistiques que nous avons pu obtenir, aussi bonnes qu'elles soient, montrent une amélioration encourageante des taux de mortalité et morbidité maternelle et infantile, soit en raison d'une fréquentation augmentée de ces centres, soit grâce à la coopération et à la formation des accoucheuses traditionnelles de la région. Par ailleurs, à travers cet effort d'adéquation, les centres de santé ont également offert fortuitement une alternative à l'accouchement conventionnel à des parturientes métisses, ce qui a sans doute amélioré d'une manière générale la prise en charge, compte tenu des avantages bio-psycho-sociaux de ce type d'accouchement.

Il reste cependant un gouffre énorme entre ce qui peut s'écrire dans les bureaux du ministère de la santé à Quito et la mise en pratique sur le terrain. Les différents guides édités depuis 2008 sont par exemple rarement lus par les dirigeants au niveau provincial.

D'autres parts, il convient également de se rappeler qu'en domaine d'interculturalité, les acteurs du système traditionnel et institutionnel n'ont pas le même poids. Si au niveau juridique la constitution de 2008 veut mettre les deux médecines sur un pied d'égalité, dans la pratique la médecine scientifique détient l'autorité, encadre et dicte



ce qui peut être pris en compte et intégré à son système. Cet état de fait peut s'expliquer par le problème qui existe pour la médecine traditionnelle de s'institutionnaliser. Les personnes détenant les connaissances traditionnelles étant souvent âgées et très enracinées dans leur cosmovision, il est difficile pour elles de donner un sens à certains éléments inhérents à toute institution tels que formation « cadrée », protocoles de prise en charge ou évaluation de résultats. La perte de connaissances traditionnelles et la désactivation du système de santé traditionnel contribuent fortement à rendre inégaux les deux systèmes. Le cadre est donc celui de la médecine biomédicale issue de la science expérimentale occidentale et qui, de fait, ne peut valider les concepts traditionnels indigènes. Il en résulte que des éléments des pratiques et traditions culturelles peuvent être plus ou moins pris en compte et respectés dans le système de santé public qui ce veut interculturel mais qu'il ne s'agit aucunement d'une cohabitation égalitaire de deux manières de concevoir la connaissance, pratiquer la médecine et aborder les maladies. Une réelle cohabitation et une synergie optimale des différentes médecines, si elle sont possibles, nécessiteraient une dynamique plus radicale et des concessions bilatérales importantes.

Face à la situation actuelle, la présence d'accoucheuses traditionnelles dans des centres de santé, que l'on pourrait mettre en parallèle avec les "midwife led units" présentes en Angleterre ou les maisons de naissance en Suisse romande, n'est donc pas encore d'actualité. Qui plus est, une telle intégration ne se ferait pas sans d'importantes concessions de la part des accoucheuses, et il va sans dire que certaines montrent une importante réticence à collaborer avec le système de soins conventionnel.

Concernant l'accouchement conventionnel, on peut constater que nous sommes allés très loin dans la médicalisation. Il faut être conscient qu'en plus du désir des spécialistes d'utiliser un maximum d'outils à leur disposition comme dans la majorité des spécialités médicales, cela répond aussi à une certaine envie de la population. Cependant, malgré ce constat, il est opportun de poser la question du retour à un accouchement moins interventionniste qui laisserait plus de place à la relation mère enfant ou parents entre eux par exemple, dans un lieu où la sage femme aurait son



rôle à jouer. Il est nécessaire de préciser qu'il est possible d'aller dans cette direction sans augmenter les risques, si le lieu en question est près d'un hôpital. Ainsi, si la médicalisation de l'accouchement a permis jusqu'à aujourd'hui une amélioration irréfutable des conditions, un perfectionnement possible semble pouvoir passer par une ré-humanisation de l'acte tout en gardant les acquis de l'institutionnalisation. Pour conclure, il convient d'offrir sincèrement et de manière explicite les deux alternatives, avec la même qualité, pour laisser le choix aux futurs parents.



Bibliographie

- Alexiades, M.N., and Lacaze, D. (1996). FENAMAD's Program in Traditional Medicine: An Integrated Approach to Health Care in the Peruvian Amazon. *Medicinal Resources of the Tropical Forest*, 341-365.
- Allnutt, D.C. (2011). "Estándares e indicadores de atención del parto culturalmente adecuado".
- Ang, C., Tan, T., Walters, W., and Wood, C. (1969). Postural influence on maternal capillary oxygen and carbon dioxide tension. *British medical journal* 4, 201-203.
- Assembleaconstituyente (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Ciudad Alfaro*.
- Burkhalter, A. (2011). Quatre fois moins de risques de césarienne. *Sage-femme.ch* 5/2011, 41-42.
- Caldeyro-Barcia, R., Noriega-Guerra, L., Cibils, L., Alvarez, H., Poseiro, J., Pose, S., Sica-Blanco, Y., Mendez-Bauer, C., Fielitz, C., and Gonzalez-Panizza, V. (1960). Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol* 80, 284-290.
- Caldeyro-Barcia, R. (1979). The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of the membranes, progress of labor, and fetal head compression. *Birth* 6, 7-15.
- Campos, D.C.C. (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.
- Dundes, L. (1987). The evolution of maternal birthing position. *American journal of public health* 77, 636-641.
- Engel, G.L. (1981). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Journal of Medicine and Philosophy* 6, 101-124.
- Gilda Vera, D.D.O., Sonia Cavia (2012). El Nacimiento y La Economía. *Semana Mundial Por El Parto Respetado 21 al 27 de mayo de 2012*.
- Gupta, J.K., and Nikodem, C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 92, 273-277.
- Humphrey, M., Chang, A., Wood, E., Morgan, S., and Hounslow, D. (1974). A decrease in fetal pH during the second stage of labour, when conducted in the dorsal position. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 81, 600-602.
- Jong, P.R., Johanson, R., Baxen, P., Adrians, V., Westhuisen, S., and Jones, P. (1997). Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 104, 567-571.
- Kinsella, S., and Tuckey, J. (2001). Perioperative bradycardia and asystole: relationship to vasovagal syncope and the Bezold-Jarisch reflex. *British journal of anaesthesia* 86, 859-868.
- Mclachlan, H., Forster, D., Davey, M.A., Lumley, J., Farrell, T., Oats, J., Gold, L., Waldenström, U., Albers, L., and Biro, M. (2008). COSMOS: COmparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth* 8, 35.
- Melzack, R., Bélanger, E., and Lacroix, R. (1991). Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *Journal of pain and symptom management* 6, 476-480.
- O.M.S. (1996). Les soins liés à un accouchement normal: Guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. *Maternité sans risque* 24, 34-59.
- O.M.S. (2002). Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. Genève. Paris. Robert André D. et Annick Bouillaguet.
- Scott, D., and Kerr, M. (1963). Inferior vena caval pressure in late pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 70, 1044-1049.
- Serrano Pérez, V. (1997). *Ciencia andina*. CEDECO; Abya-Yala.
- Sofía Pozo, J.C., Belén Nieto (2011). Guía metodológica para la atención del embarazo, parto y posparto culturalmente adecuados

