

Cet article analyse la politique publique envers les sages-femmes traditionnelles et son articulation avec le système national de santé (SNS) en Équateur. Cette politique, menée par le ministère de la Santé publique depuis 2014, s'inscrit dans la continuité historique des revendications en faveur des modèles de santé interculturels. Dans la première partie, notre analyse se penche sur le sens politique et l'avancée juridique de l'adoption de la Constitution de 2008, en particulier en ce qui concerne l'établissement du concept de “Buen Vivir” comme principe recteur du texte. Dans une deuxième partie, on examine la validité de la pratique de sage-femme sur le territoire équatorien et la réponse mitigée au processus d'articulation au SNS proposé aux sages-femmes traditionnelles. Enfin, on propose une discussion sur la façon dont les connaissances traditionnelles peuvent devenir une véritable source d'innovation thérapeutique et une solution possible à certains problèmes actuels du SNS, basée sur une interprétation et une application correctes des politiques pour le dialogue des connaissances.

Mots-clés : “Buen Vivir” ; Bien vivre ; sages-femmes traditionnelles ; dialogue des savoirs ; savoirs traditionnels ; innovation ; biens communs.

El presente artículo analiza la política pública de articulación de las parteras tradicionales al Sistema nacional de Salud (SNS) en Ecuador. Esta iniciativa liderada por el Ministerio de Salud Pública desde el año 2014 se ubica como una continuación histórica de reivindicaciones políticas en favor a los modelos de salud intercultural. En una primera parte, nuestro análisis se focaliza en el significado y el avance jurídico que supuso la aprobación de la Constitución de 2008, en especial en lo relacionado a la instauración del concepto del “Buen Vivir” como un principio fundamental de dicho texto. En una segunda parte, se revisa la vigencia de la práctica de partería en el territorio ecuatoriano, y se analiza la respuesta mitigada a la propuesta de articulación al SNS por parte de las parteras tradicionales. Finalmente, se realiza una discusión sobre como el conocimiento tradicional puede -a partir de una correcta interpretación y aplicación de políticas de diálogo de saberes- convertirse en fuente de innovación terapéutica y posible solución a problemas actuales del SNS.

Palabras clave : Buen Vivir; partería tradicional; diálogo de saberes; conocimiento tradicional; innovación; bienes Comunes.

This article analyzes the public policy of articulation of traditional midwives to the National Health System in Ecuador (NHS). This initiative, led by the Ministry of Public Health since 2014, is a historic continuation of political demands in favour of intercultural health models. In the first part, our analysis focuses on the meaning and the legal advance that the approval of the 2008 Constitution meant, especially in relation to the establishment of the concept of “Good Living” as a fundamental principle of this text. In a second part, the validity of the practice of midwifery in Ecuadorian territory is reviewed, and the mitigated response to the proposed articulation to the SNS by traditional midwives is analyzed. Finally, there is a discussion on how traditional knowledge can become a source of therapeutic innovation and a possible solution to current NHS problems, based on a correct interpretation and application of policies for dialogue of knowledge.

P. CARDOSO, A. L. TORRES « Politiques Publiques du “Buen Vivir”... »

Keywords : “Buen Vivir” ; Traditional Midwifery ; Dialogue of Knowledge ; Traditional Knowledge ; Innovation ; Common Goods.

LES AUTEURS :

Pablo Cardoso est docteur en économie, membre du Centre d'Économie de la Sorbonne et maître de Conférences à la Universidad de las Artes, à Guayaquil. Il est directeur de l'Institut latino-américain de recherche en art (ILLA).

Ana Lucía Torres a un Master en études de genre, sociologue au Colegio de México. Elle est directrice de l'Institut de santé publique de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Politiques Publiques du “Buen Vivir” et systèmes traditionnels de connaissance : le cas des sages-femmes et le Système National de Santé en Équateur

PABLO CARDOSO

UNIVERSIDAD DE LAS ARTES, GUAYAQUIL

pablo.cardoso@uartes.edu.ec

ANA LUCÍA TORRES

INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD

CATÓLICA DEL ECUADOR

atorres331@puce.edu.ec

Introduction

1. La multiplication des politiques publiques associées à une stratégie de développement basée sur l'exploitation de l'information et de la connaissance comme principales ressources fait partie du développement du capitalisme dans sa phase cognitive (Vercellone, 2008) et correspond à ce qui a été associé, en Équateur, à la mise en œuvre de politiques publiques liées à l'économie sociale de la connaissance (Ramirez, 2014). Les courants les plus conventionnels, dérivés de la tradition philosophique positiviste centrée sur le progrès technico-scientifique, circonscrivent la réflexion et l'action de ces politiques au domaine du développement scientifique (Pérez, 2010 ; Chávez, 2017), ce qui, dans sa dimension la plus traditionnelle – associée aux circuits de recherche et de développement [R&D]) – limite les possibilités réelles de développement des pays périphériques à leur insertion dans la NDIT, suivant les canons d'une économie extravertie et périphérique.
2. Assurément, l'émergence de nouvelles épistémologies du développement (Dos Santos, 2014) – et, plus précisément, dans le cas de l'Équateur, d'un texte constitutionnel qui a intégré des concepts innovateurs tel que le “Buen Vivir” – a contribué à l'adoption d'approches renouvelées valorisant, par exemple, d'autres types de connaissances traditionnelles et / ou ances-

trales¹, qu’elles considèrent comme des ressources économiques potentielles pour l’élaboration de stratégies de développement originales et durables.

3. L’Équateur est l’héritier d’une histoire ancestrale au cours de laquelle la suprématie culturelle de l’Occident a marginalisé une grande partie du patrimoine de connaissances ethniques, et les revendications et luttes politiques du XX^e siècle ont été marquées par la recherche de la reconnaissance des connaissances et savoirs des peuples et nationalités indigènes et afro-équatoriennes, ainsi que par la légitimation de leurs pratiques dans les domaines éducatif, médical, alimentaire, agricole, etc.
4. En dépit de sa taille, l’Équateur présente des caractéristiques géographiques, historiques et culturelles d’une richesse particulière en termes de diversité des peuples et des nationalités indigènes et afro-équatoriennes. Il est donc impossible de caractériser de façon homogène ses savoirs et pratiques traditionnels. Cependant, ses systèmes de savoir traditionnel ont plusieurs éléments en commun, qui diffèrent des canons du système conventionnel (formel) de transmission et de production des connaissances, comme, par exemple, des formes particulières de transmission des connaissances basées sur l’oralité ou renforcées par les liens communautaires ou de filiation, ce qui a permis leur survivance, malgré la violente acculturation et les spoliations systématiques subies par ces populations tout au long de leur histoire.
5. Que représentent ces savoirs et connaissances pour le patrimoine de connaissances contemporain de l’Équateur ? De quelle manière la société équatorienne – à travers l’action de l’État et l’évolution de ses corpus juridiques – a-t-elle garanti la conservation de ces connaissances et quelle action a-t-elle entreprise pour socialiser ses bénéfices ? Quelles conditions sont requises pour que ces connaissances perdurent et se transforment en vecteurs d’innovation, qui assurent une meilleure attention médicale à la population et soient par conséquent source de développement économique ?

1 Dans différentes écoles de pensée et approches disciplinaires (principalement anthropologiques, sociologiques et culturelles), il existe un débat sur le terme le plus adéquat pour se référer aux connaissances mises en pratique au cours du temps, principalement par les populations d’origine indigène ou d’ascendance africaine : avec de multiples variantes, dérivations, processus syncrétiques et victimes d’une « folklorisation », mais pas de consensus sur le terme qui contribuerait le mieux à sa revalorisation et à sa reconnaissance.

I. La pratique des sages-femmes, une ressource de la médecine traditionnelle : caractérisation et mesure

6. L'activité des sages-femmes traditionnelles est une pratique issue d'un important patrimoine thérapeutique et culturel, exercée principalement par les femmes qui accompagnent la mère et l'enfant avant, pendant et après l'accouchement. Elle est définie par l'OMS comme :

la supervision, les soins et les conseils dispensés à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, ainsi que les soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin².

7. Cependant, s'il existe bien une relation claire entre les pratiques des accoucheuses et les patrimoines de connaissances médicales des différents peuples et nationalités indigènes de l'Équateur, circonscrire leur pratique à un aspect racial et culturel revient à limiter l'impact de la connaissance indigène, et c'est méconnaître les processus syncrétiques, évidents dans la société équatorienne. En effet, si l'on peut accepter en première instance que la prévalence de cette pratique se vérifie, dans une plus large mesure, dans les zones rurales à plus forte densité de population indigène et/ou afro-équatorienne, il faut néanmoins reconnaître que la pratique des sages-femmes a dépassé le cadre des barrières ethniques et imprégné – à travers ses différentes formes et expressions – différents segments de la population équatorienne (indigènes et métisses, urbains et ruraux, riches et pauvres, nationaux et étrangers, etc.).

8. Il n'existe pas de registre exact du nombre total d'accouchements assistés par des sages-femmes traditionnelles, en raison des caractéristiques mêmes de ces accouchements, puisqu'il s'agit d'une pratique qui s'exerce en-dehors des systèmes de santé formels et donc en dehors des systèmes de registre statistique institutionnels. Son estimation peut donc se faire à partir de l'estimation de différents éléments statistiques issus des enquêtes démographiques et de santé ou des recensements réalisés par les institutions nationales de statistiques. Par exemple, à partir de l'Enquête démographique et de Santé maternelle et infantile (ENDEMAIN) menée en 2004, qui révèle que 78,5% du nombre total d'accouchements recensés dans le pays entre 1999 et 2004 furent pris en charge dans des établissements de santé, on peut déduire que le nombre élevé du recours aux accou-

2 <http://www.who.int/topics/midwifery/es/>

chements restants – soit 22,5% du nombre total d’accouchements – pourrait avoir été pris en charge dans le cadre de pratiques alternatives, parmi lesquelles l’incidence élevée du recours aux accoucheuses est acceptée.

9. Un comparatif, réalisé huit ans après, confirme la persistance de la pratique des sages-femmes – selon l’enquête ENSANUT, 2012 – dans les zones rurales, où les accouchements à la maison représentent jusqu’à 22,2% des accouchements (une estimation obtenue à partir du nombre d’accouchements pris en charge dans des établissements conventionnels, qui représentent 78,8% des accouchements). De fait, cette proportion augmente chez les femmes indigènes, avec 31,6% d’accouchements à domicile déclarés (ENSANUT 2012). Confirmant ces estimations, González et Corral (2010) soutiennent que l’accouchement à domicile est plus fréquent dans les zones rurales à forte densité de population indigène.
10. Par exemple, dans toute la région amazonienne, plus de 30% des accouchements assistés furent réalisés à domicile. Dans plusieurs provinces comme Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi ou Esmeraldas, ce pourcentage dépasse 40% du nombre total d’accouchements. Le pourcentage de femmes s’auto-identifiant comme indigènes, qui ont accouché à domicile, augmente pour s’établir à 65,2%, ce qui permet de déduire que la majorité de ces accouchements ont été assistés par des accoucheuses traditionnelles ou communautaires (González y Corral 2010 ; 4).
11. Parmi les femmes ayant déclaré avoir accouché à la maison, 53% indiquent que la coutume est la principale raison de ce choix ; 20,6% déclarent ne pas avoir eu le temps d’arriver à l’établissement de santé ; 11,8% ont fait ce choix pour plus de sécurité ; 8,9% ont été empêchées d’arriver à l’établissement de santé par des obstacles (elles vivaient loin de l’établissement, par exemple) ; 8,9% ne disposaient pas de moyen de transport ; 6,3% ont fait ce choix pour des raisons économiques ; 3,9% ont fait ce choix en raison de préjugés vis-à-vis de l’établissement de santé ; et 4,5% pour d’autres motifs (ENSANUT 2012).
12. Enfin, une donnée importante mise en lumière par l’ENSANUT 2012 révèle que parmi les femmes interrogées ayant accouché à la maison, 53,8% ont été assistées par des accoucheuses (47% selon l’ENDEMAIN en 2004) ; 8,6% ont accouché seules ; 0,1% ont été assistées par des agents de santé communautaire ; 0,7% par un médecin (1,7% selon l’ENDEMAIN en 2004) ; et 0,1% par une infirmière (1,6% selon l’ENDEMAIN en 2004).

13. L'un des efforts le plus intéressant pour mesurer la pratique de l'accouchement ancestral vient du MSP, qui a identifié 2 464 accoucheuses au niveau national³ dans le cadre du processus d'articulation des accoucheuses au SNS. L'existence d'une accoucheuse pour 2 761 femmes⁴ confirme la réalité de cette pratique traditionnelle de santé au niveau national ; ce qui, associé à un cadre juridique ouvert à la reconnaissance et à la valorisation de ces pratiques – que nous analyserons ensuite –, configure un scénario intéressant pour le développement de ces pratiques de santé ancestrales.

II. Dialogues des savoirs en Équateur : la pratique de l'accouchement ancestral et le système de santé national

2.1. POLITIQUE ET CADRE JURIDIQUE : PORTE OUVERTE AU DIALOGUE DES SAVOIRS⁵ ?

14. Héritiers d'une histoire de luttes et de revendications politiques, les différentes nationalités et peuples indigènes ont obtenu, par des voies diverses, la reconnaissance de la diversité culturelle de la population qui habite le pays. Cette reconnaissance revêt plusieurs dimensions distinctes, comme, par exemple, la dimension territoriale et économique (comme la propriété collective de la terre ou les circonscriptions territoriales indigènes dans lesquelles les peuples et nationalités définissent l'usage de leurs ressources), la dimension politique (avec une représentation propre auprès des instances nationales comme l'Assemblée ou dans les Conseils nationaux pour l'égalité interculturelle) ou encore la dimension éducative (à travers un modèle éducatif interculturel). Les concrétisations normatives et de politique publique peuvent être vues comme des conquêtes effectives de l'action des peuples et nationalités indigènes, dont la force émergea durant les années 1990 pour connaître un véritable essor dans le domaine électoral

3 Rapport sur le dialogue des savoirs publié par la Direction nationale de la santé interculturelle du ministère de la Santé publique (Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública) en 2015.

4 Selon les données du recensement national de 2010 réalisé par l'Institut national des statistiques et recensements (Recensement de la population et des logements 2010 de l'INEC - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), la population totale de femmes s'élève à 7 305 816 (sur une population totale de 14 483 499).

5 Les travaux de González, 2010 et González et Corral, 2010 furent particulièrement utiles, lors de la rédaction de cet article ; notamment leur inventaire et analyse de la médecine et de l'accouchement interculturels dans la législation équatorienne.

avec leur victoire (dans le cadre d'une alliance politique) au niveau présidentiel en 2004.

15. En termes normatif et constitutionnel, l'année 2008 marque une rupture dans la reconnaissance et le respect des droits collectifs en Équateur. L'approbation d'une nouvelle Constitution est devenue un événement historique, en reconnaissant le pays comme plurinational et multiculturel⁶. Officiellement, l'État déclare que, sur le territoire national, cohabitent 14 nationalités et 19 peuples indigènes, aux côtés des peuples afro-équatoriens, montubio, métisses et blancs intégrés au niveau national.
16. Dans le domaine de la santé, l'ingénierie constitutionnelle de 2008 est une affirmation des précédentes conquêtes et reconnaissances des modèles de santé interculturels. Si la Constitution de 1998 reconnaissait déjà la pluri-culturalité et la multiethnicité du pays, elle ne délimitait pas un système permettant le plein exercice des pratiques traditionnelles de santé (González, 2010; 9-15) et ce, malgré les réformes institutionnelles menées dans ce sens, comme la création de la Direction nationale de la santé des peuples indigènes (DNSPI - Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígena) au sein du MSP en 1999 et l'inscription de la dimension interculturelle dans la Loi organique du Système national de santé de 2002, deux mesures qui furent d'autant plus importantes qu'elles rendirent explicite la nécessité d'impulser des interrelations entre les systèmes de santé.
17. Le nouveau modèle constitutionnel (2008) renforce l'ouverture à l'interculturalité, à travers la délimitation d'un Modèle de soins intégrés en matière de santé familiale, communautaire et interculturelle (MAIS 2012). Pour plusieurs chercheurs, l'une des concrétisations institutionnelles les plus importantes en matière d'ouverture à la santé interculturelle est la reconnaissance des agents promoteurs de santé interculturelle (*yachak*, herboriste, *cuypitchak*, sages-femmes, promoteurs de santé), qui permet de renforcer leur conception globale de la santé et laisse libre cours à leur exercice sur le territoire national. Cette perspective institutionnelle vaste, diversifiée et inclusive, pose des défis spécifiques concernant l'application effective des droits collectifs indigènes et afro-équatoriens et l'intégration de l'approche interculturelle des soins de santé, avec divers niveaux de concrétisation des différentes pratiques thérapeutiques, comme, par exemple, la

6 La précédente Constitution de 1998 reconnaissait déjà l'Équateur comme un pays pluriculturel et multiethnique, mais l'avancée de la Constitution de 2008 réside dans la déclaration explicite du multinationalisme.

pratique de l'accouchement. C'est sur cette base que l'État, à travers ses instances compétentes, a mis en œuvre des politiques publiques spécifiques appliquant ces préceptes.

18. La Constitution de 2008 définit des préceptes qui relient le droit fondamental à la santé au concept de bien-vivre, avec les droits collectifs et le principe d'interculturalité. L'article 32 de la Constitution, par exemple, garantit le droit à la santé, déclarant explicitement que :

La santé est un droit garanti par l'État, dont la réalisation est liée à l'exercice d'autres droits, notamment le droit à l'eau, l'alimentation, l'éducation, la culture physique, le travail, la sécurité sociale, un environnement sain et les autres droits qui contribuent au bien-vivre. L'État garantira ce droit au moyen de politiques économiques, sociales, culturelles, éducatives et environnementales ; et l'accès permanent, opportun et non exclusif aux programmes, actions et services de promotion et de prise en charge intégrée de la santé, la santé sexuelle et la santé reproductive. La protection des services de santé sera régie par les principes d'équité, d'universalité, de solidarité, d'interculturalité, de qualité, d'efficacité, de précaution et de bioéthique, selon une approche sexospécifique et générationnelle (Art. 32).

19. L'égalité interculturelle est un élément qui guide le Système national de santé (Article 358), explicitement chargé de promouvoir la complémentarité avec les médecines ancestrales et alternatives (Article 360), en intégrant les prestataires qui exercent les médecines ancestrales, alternatives et complémentaires (Article 362). Enfin, l'État garantit les pratiques de la médecine ancestrale par la reconnaissance, le respect et la promotion de ses connaissances, médicaments et instruments (Article 363).

20. De manière générale, les mentions relatives au respect et à la validité des acteurs comme des pratiques de médecine ancestrale et traditionnelle sont récurrentes et explicites dans la *Carta Magna* en vigueur. Cet état de fait pose un double défi dans le cadre des principes constitutifs de l'État : l'interculturalité et le multinationalisme. D'un côté, le multinationalisme doit permettre le respect des systèmes appartenant aux différents peuples et nationalités, et d'un autre, il doit faire place au dialogue et à la complémentarité de ces pratiques. Suivant cette logique, ces deux éléments à première vue antagonistes (González 2010 ; 9) sont, au contraire, des sources de créativité et des vecteurs possibles d'innovation dans les techniques médicales ; ce qui pose un défi particulier au niveau économique, en ce qui concerne l'exploitation de ses ressources et l'identification des mécanismes

adéquats de gouvernance pour garantir leur conservation et leur développement (De la Cruz, 2014).

21. La Constitution de 2008 peut être vue comme un tournant décisif, dans la mesure où elle établit une parité conceptuelle entre les deux systèmes de santé, en plus d’exprimer clairement la nécessité d’une reconnaissance mutuelle et d’une rétroaction. Les normes juridiques arrêtées peuvent ou non établir des conditions plus propices à la rencontre de ces deux pratiques, mais ce sont les dynamiques réelles de l’exercice médical interculturel qui révéleront les vertus ou les désenchantements de l’application de la pratique interculturelle de l’accouchement. Cette analyse dépasse le cadre du présent travail ; cependant, elle est capitale pour apprécier les avancées en matière d’interculturalité et donc pour évaluer son incidence sur les stratégies de développement fondées sur l’acceptation de la diversité des visions du monde et, concomitamment, des savoirs et connaissances.

2.2. ARTICULATION DE LA PRATIQUE DE L’ACCOUCHEMENT TRADITIONNEL AU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

22. L’hybridation des savoirs dans un système multiple de savoirs et de connaissances s’opère de différentes manières dans des territoires multiculturels : d’un côté, à travers une dynamique naturelle dérivée de processus sociaux syncrétiques ; d’un autre, à partir de l’action des agents politiques, qui cherchent à favoriser l’échange et à faciliter les processus de dialogue des savoirs. L’Équateur a connu diverses expériences de pratiques de la médecine interculturelle opérées par les acteurs sociaux (organisations indigènes et ONG principalement), dans le cadre desquelles l’exercice de l’accouchement traditionnel était l’un des éléments caractéristiques de la médecine interculturelle. C’est le cas de l’expérience de Jambi-Huasi⁷ à Otavalo (Mignone et al, 2005). Par ailleurs, dès l’an 2000, l’État mit en place des activités de formation et de sensibilisation destinées au personnel de santé des unités du ministère de la Santé publique (MSP) situées dans les paroisses et cantons dotés d’une population indigène, surtout en ce qui

7 La clinique Jambi Huasi opère depuis 1990 et dépend de la Fédération des indigènes et paysans d’Imbabura (FICI – Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura). Elle fournit un éventail de services de santé, occidentaux et indigènes traditionnels. La FICI représente 160 communautés indigènes et est membre de la Confédération des nationalités indigènes de l’Équateur (CONAIE - Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador). (Mignone et al, 2006) http://centroetnosalud.com/trabajos/Dr%20Javier%20Mignone_Modelo.pdf

concerne les soins obstétriques de base, avec le financement d'ONG et d'organismes de coopération internationale (Mideros, 2015 ; 2). En 2005, furent entreprises plusieurs expériences pilotes de dialogue des savoirs entre la pratique de l'accouchement ancestral et l'accouchement biomédical :

À cet égard, se distingue l'expérience pilote d'Humanisation et adaptation culturelle de la prise en charge de l'accouchement (HACAP - Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto) menée à bien par la Direction provinciale de la santé de Tungurahua (Dirección Provincial de Salud de Tungurahua) en 2005 avec l'appui technique de FCI et QAP, dont l'objectif était de développer une méthodologie de travail pour le personnel de santé, les accoucheuses et les usagères, et instaurer des changements concertés pour l'adaptation des soins obstétriques. Auparavant, durant l'année 2007-2008, le MSP, avec l'appui de QAP, avait réalisé une enquête opérationnelle dans quatre provinces (Bolívar, Cotopaxi, Chimborazo et Cañar) afin d'évaluer l'impact des adaptations culturelles sur la satisfaction des usagères et sur le recours aux services obstétriques. (González, 2010 ; 43)

23. Les premières expériences du dialogue des savoirs 'institutionnalisés' se fondent sur deux éléments :

- l'adaptation des unités de santé pour la prestation d'un service interculturel. Une mesure qui serait déclinée en différentes mesures et revêtirait différentes formes, puisque les standards d'équipement et d'adaptation des salles n'ont pas été établis au moment opportun.
- la sensibilisation et la formation des professionnels de santé et des agents communautaires, afin qu'ils apprennent à connaître et à respecter un système alternatif de connaissances thérapeutiques ; ceci étant fondamental pour réussir la mise en relation des accoucheuses avec le service de santé, et pour que le service de santé reconnaisse et respecte les nécessités particulières de chaque culture. C'est une condition *sine qua non* du dialogue des savoirs.

24. Mais ce fut à partir de 2009, dans le cadre de nouvelles politiques publiques dans le nouveau cadre constitutionnel du “Buen Vivir” et des politiques interculturelles de santé, que le MSP travailla sur une proposition concernant « le rôle des accoucheuses traditionnelles au sein du SNS, en fonction des objectifs établis dans le Plan national de réduction accélérée de la mortalité maternelle et néonatale (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal) (Encalada, 2016 ; 22) ; ce qui

marqua le début de la mise en œuvre d'une politique publique d'articulation du système d'accoucheuses ancestrales au SNS.

Processus d'identification et d'articulation des accoucheuses sur le territoire

25. Le processus d'articulation des accoucheuses ancestrales au SNS débuta en 2014 et permit tout d'abord aux fonctionnaires du MSP d'identifier 2 640 accoucheuses au niveau national, ce qui peut être assimilé à un premier « recensement » des accoucheuses dans le pays. En ce qui concerne leur répartition territoriale, la plus forte concentration d'accoucheuses (avec 28% du nombre total d'accoucheuses) se trouve dans la Zone 01⁸, qui correspond à la zone nord du pays et plus précisément à ses trois régions continentales (Costa, Sierra, Amazonie), à forte densité de population indigène et d'ascendance africaine (Esmeraldas est la province qui affiche la plus forte concentration de population d'ascendance africaine de l'Équateur et Imbabura est une province à forte densité de population issue des peuples indigènes). La concentration d'accoucheuses dans les zones à forte présence des peuples et nationalités se confirme dans la *Sierra Centro* (Zone 03 avec 17% du nombre total d'accoucheuses), dans la *Sierra sur* (Zone 06 avec 14%) ou en Amazonie (Zone 02 avec 15% du total) (Tableau 1).
26. L'un des éléments les plus importants pour caractériser le processus de mise en relation du SNS et de la pratique de l'accouchement ancestral est peut-être le niveau d'«acceptation du processus d'articulation» de la part des agents de la médecine ancestrale. Sur le nombre total d'accoucheuses identifiées au cours de ce processus, 58% acceptèrent leur articulation au SNS. À l'inverse, 1026 accoucheuses refusèrent de prendre part au processus d'articulation (42% du total).
27. À l'intérieur de ces zones 01, 02 et 05, on constate une plus grande prédisposition des populations indigènes ou d'ascendance africaine à accepter l'articulation au SNS. En revanche, dans les zones 03, 04 et 09, on

8 Les zones sont formées de provinces, regroupées en fonction de leur proximité géographique, culturelle et économique. On dénombre 9 zones de planification. Chaque zone est constituée de districts et ceux-ci sont eux-mêmes constitués de circuits. À ce niveau sont coordonnées de façon stratégique les entités du secteur public, à travers la gestion de la planification pour l'élaboration de politiques dans leur zone de juridiction. (Senplades) <http://www.planificacion.gob.ec/3-niveles-administrativos-de-planificacion/>

observe un moindre niveau de pénétration de l'articulation des accoucheuses au SNS. Les zones restantes (06 et 07) sont équidistantes des zones précédentes, en termes de niveau d'acceptation des agents de santé traditionnels en faveur de la proposition faite par le MSP. Quels sont les motifs qui peuvent déterminer la prédisposition des accoucheuses à accepter une articulation/un dialogue institutionnalisé avec le MSP ?

Tableau 1 : Articulation relative des sages-femmes par Zone de planification territoriale

Zones	Provinces	Articulées		Non-articulées		Nombre total	
Zo1	Imbabura, Carchi, Esmeraldas, Sucumbios	479	70%	205	30%	684	100%
Zo2	Napo, Orellana, Pichincha (excepté Quito)	354	95%	19	5%	373	100%
Zo3	Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi, Pastaza	111	26%	318	74%	429	100%
Zo4	Manabí, Santo Domingo de los Tsachilas	48	35%	88	65%	136	100%
Zo5	Bolivar, Guayas (excepté les cantons de Guayaquil, Samborondón et Durán), Santa Elena, Los Ríos	132	90%	15	10%	147	100%
Zo6	Azuay, Cañar, Morona Santiago	174	49%	180	51%	354	100%
Zo7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe	101	47%	115	53%	216	100%

Zo8	Guayas	0	0%	30	100%	30	100%
Zo9	Pichincha	35	38%	56	62%	91	100%
Total		1434	58%	1026	42%	2460	100%

Source : Direction nationale de la santé interculturelle-MSP

28. L'hétérogénéité des réponses des accoucheuses peut être interprétée de différentes façons, mais elle a à voir avec le fait que certains peuples et nationalités sont plus enclins à accepter un rapprochement avec les agents de l'État. Du point de vue de l'ethnographie, des sciences politiques et d'autres disciplines, nous pourrions formuler diverses hypothèses qui sortent du champ d'étude de cet article, mais qui pourraient être instructives à l'heure d'examiner ces caractéristiques particulières (sociologiques, anthropologiques, etc.).

L'application d'une réglementation pour l'articulation des sages-femmes au SNS

29. Parallèlement au processus d'identification des accoucheuses sur le territoire, l'autre composante de la politique publique d'« articulation des accoucheuses au SNS » envisage l'élaboration d'un outil normatif qui permette d'encadrer les activités propices au plein exercice d'un dialogue des savoirs, tâche qui incombe à la Direction de la santé interculturelle du MSP. La phase constitutive du processus débuta en 2014 et s'acheva avec la mise en application du Manuel d'articulation en 2016. La mise en application d'une réglementation émanant du MSP doit être interprétée comme la concrétisation d'un processus de reconnaissance formelle des pratiques ancestrales des accoucheuses comme une connaissance valide issue de son propre système de savoirs – non équivalent au système biomédical –, bien qu'il lui soit reconnue la même valeur thérapeutique au sein du SNS équatorien. De même, la mise en œuvre de cette réglementation suppose la légitimation (acceptation) des politiques nationales de santé auprès des communautés qui participent au processus. C'est ainsi que s'articule une reconnaissance réciproque : de la communauté vis-à-vis de l'État et de l'État vis-à-vis de la communauté (*corresponsabilité communautaire*).
30. Durant la période étudiée, de longues négociations internes furent menées par le MSP au sujet du type de réglementation qui devait régir ces activités, passant d'une proposition initiale de « Norme technique » à un

« Manuel » ; un fait qui laisse deviner l'existence de frictions diverses au sein de l'équipe du MSP. Malgré cela – de notre point de vue – la mise en application du *Manuel pour l'articulation des pratiques et savoirs des accoucheuses ancestrales au Système de santé national (Manual para la articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud)* par le MSP constitue un jalon dans le rapprochement des pratiques ancestrales et du SNS. Elle représente l'institutionnalisation de la rencontre entre la communauté et l'institution. Le *Manuel* est un instrument juridique dont l'analyse donne un premier aperçu des caractéristiques et formes que prendra cette rencontre.

31. La configuration d'un instrument normatif⁹ équilibré stimule le dialogue des savoirs, et sa mise en pratique suppose un point de rupture qui se conjugue aux efforts déployés pour un suivi et une surveillance territoriale, afin de prendre acte des caractéristiques adoptées pour la rencontre des savoirs, des évolutions thérapeutiques et des implications pour les populations bénéficiaires. *Le Manuel d'articulation*¹⁰ est donc, au départ, une réglementation d'application obligatoire et le résultat d'un processus de construction collectif, mené par la Direction nationale de la santé interculturelle du MSP, avec le concours de sages-femmes de différentes origines territoriales¹¹, qui promeut des mécanismes intéressants d'échange technique pour le dialogue des savoirs.
32. L'analyse des objectifs établis par le *Manuel* permet de formuler des observations concernant la viabilité d'un réel dialogue des savoirs, horizontal et à double sens. Après tout, il est plutôt commun que ce type de processus, en dépit des intentions originelles de neutralité culturelle, dérive et se transforme en processus d'acculturation par la culture dominante, en l'occurrence, par les techniques scientifiques médicales occidentales. Le dialogue des savoirs est d'autant plus nécessaire que la connaissance biomédicale est hégémonique ; après tout, le respect réciproque et la non-subordination sont une étape importante dans la construction d'un système plus

9 Il convient de mentionner que l'instrument juridique fut largement discuté durant le processus de travail par l'autorité compétente de santé, passant (au début) du statut de norme technique à un manuel d'articulation, durant lequel le principal défi fut que tout le monde comprenne la nécessité de ce processus de dialogue et l'articulation des savoirs ancestraux par les professionnels de la santé. Cependant, il faut reconnaître que l'élément déclencheur de ce processus fut la volonté politique des autorités du MSP.

10 Mis en application à Quito, le 19 juillet 2016.

11 [3] Ref. Réglementation

équitable. Du point de vue de la gestion économique, on peut anticiper que le dialogue des savoirs conduira à la préservation des ressources et ouvrira la voie à de nouvelles possibilités de soins et de services (innovation). En revanche, une mauvaise gestion des ressources pourrait conduire à l'annulation ou à la subordination non hégémonique.

33. Le dialogue des savoirs s'érige donc en l'un des principes de base du processus d'articulation entre le SNS et la pratique de l'accouchement ancestral :

- principe d'horizontalité entre les partenaires, établissant une reconnaissance et un respect mutuels ;
- principe de bien commun, qui veille à ce que personne ne s'approprie les connaissances traditionnelles (par l'établissement de règles particulières de propriété intellectuelle), et
- le renforcement de la pratique de l'accouchement ancestral, traditionnel.

34. À travers un système de dérivation / contre-référence communautaire, est instaurée une double responsabilité (partagée) entre deux systèmes de santé différents. Ce mécanisme établit un pont entre les deux systèmes, aux niveaux les plus proches de soins à la population (décentralisation/déconcentration des unités de soins de santé). Dans quelles conditions ce dialogue des savoirs doit-il avoir lieu pour être source de bénéfices à différents niveaux : thérapeutique, de santé publique, économique et social ?

III. La capacité à perdurer et à se transformer : la contribution de la rencontre entre la pratique de l'accouchement ancestral et le Système national de santé

35. Les apports et / ou les bénéfices du dialogue des savoirs entre la pratique des sages-femmes et les pratiques d'accouchement biomédicales peuvent être abordés sous différents angles, qui pourraient néanmoins dépasser le concept de la pratique des accoucheuses comme un service médical. Mesurer sa contribution dans différents domaines du savoir, de la technique médicale et, en général, sa contribution à la formation de capital social constitue un défi méthodologique significatif, étant donné que les paramètres d'évaluation des soins de santé tendent à être déterminés par

une conception dominante (biomédicale) mettant l'accent sur la maladie. L'objectif d'analyser, sous différents angles, les bénéfices – actuels et potentiels – dérivés de la rencontre de deux systèmes de santé différents, mais non antagonistes, soulève l'un des aspects les plus sensibles en termes de risques d'acculturation de la culture dominée ou ancestrale. Partant des catégories de Cunningham¹² sur les pratiques médicales interculturelles, le risque est toujours de tomber dans des pratiques paternalistes qui assimilent les savoirs indigènes à un folklore et non à de la connaissance valide et pertinente pour résoudre les problèmes médicaux (Acosta, 2017).

36. Sans prétendre réaliser un examen exhaustif, mais plutôt dans le but d'apporter des éléments permettant d'ouvrir le débat en deux temps, nous soulignons que :

a) dans un premier temps, il convient d'examiner les bénéfices (réels et potentiels) de la rencontre au sein du SNS en termes de complémentarité thérapeutique ;

b) ensuite, les innovations dérivées de cette rencontre peuvent se transformer en bénéfices économiques : du point de vue de l'économie de la santé, qui étudie la valeur, l'efficacité et le comportement des traitements et politiques de santé (Fuchs, 1986).

3.1 BÉNÉFICES DU DIALOGUE DES SAVOIRS : L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE

37. La médecine est l'une de ces disciplines dans lesquelles les innovations techniques se produisent à grande vitesse. D'un point de vue positiviste, cette dynamique est souhaitable et peut être vertueuse si on la met en lien avec la progression de l'espérance de vie moyenne au niveau mondial et la réduction de la morbidité et de la mortalité¹³. Malgré cela, les critiques adressées à la biomédecine ne sont pas des moindres, tant depuis le prisme de l'exercice même de la médecine que depuis celui d'autres disciplines,

12 Pour Cunningham, il existe quatre formes de rencontre entre les systèmes de santé : 1. L'interaction paternaliste ou intégrationniste. 2. L'interaction culturaliste. 3. L'interaction de la coexistence. 4. L'interaction de l'*empowerment* ou autonome (Acosta, 2017).

13 Selon l'OMS, l'espérance de vie au début du XXe siècle était de 31 ans en moyenne et de moins de 50 ans dans les pays plus riches de l'époque ; au milieu du même siècle, cette moyenne passa à 48 ans. Au XXIe siècle, l'espérance de vie moyenne passa à 65,6 ans et dépassa les 80 ans dans plusieurs pays. Les projections indiquent qu'en 2030, l'espérance de vie des femmes dans certains pays sera de 85 ans. http://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation07.pdf

comme celles du capitalisme cognitif qui évoquent la séquestration (ou l'appropriation) de la connaissance médicale par les grandes firmes à l'échelle internationale (Vercellone et al, 2015). L'innovation médicale est donc, dans une large mesure, bloquée par des droits de la propriété intellectuelle (DPI) restrictifs, qui limitent l'accès aux populations défavorisées ou aux pays périphériques (Vercellone et al., 2015).

38. Les diverses pratiques d'accouchement traditionnel en Équateur constituent une source d'innovation technique pour la médecine conventionnelle, avec l'avantage d'être généralement une connaissance ouverte, dont la transmission se fait de génération en génération, très souvent par voie orale, ce qui lui confère certaines caractéristiques particulières associées à son statut de bien commun (Hess & Ostrom, 2007).
39. Les bienfaits des techniques alternatives d'accouchement, comme, par exemple, celle de l'accouchement dans l'eau¹⁴, ont été scientifiquement vérifiés en Équateur et au niveau international (Ortiz-Prado et al, 2017). De façon analogue, il est intéressant d'identifier certains des critères thérapeutiques permettant de mettre en valeur les pratiques traditionnelles par rapport aux systèmes de santé orthodoxes, ce qui, en termes économiques, pourrait être considéré comme une « innovation de service. »
40. À partir d'une systématisation non exclusive ni exhaustive¹⁵, le tableau 2 cherche à présenter une correspondance entre les savoirs des accoucheuses et la biomédecine aux différentes étapes de l'accouchement. Il est important de préciser que les techniques et les pratiques utilisées par les deux systèmes de santé ne sont pas comparables, la biomédecine étant plus invasive que la pratique des accoucheuses. Cependant, cet exercice cherche à établir un parallèle autour des « prestations » possibles et du personnel intervenant dans le cadre de celles-ci.

14 L'accouchement dans l'eau a été identifié comme une pratique médicale déjà employée dans l'Antiquité. Si l'origine de cette pratique est incertaine, plusieurs indices laissent penser qu'elle fut mise en pratique sur l'île de Crète dans la Grèce antique ou par les peuples amérindiens (comme les Chumash dans la région de la Californie), et revitalisée dans les années 70 en Europe et aux États-Unis avant de s'étendre au reste du monde.

15 Les techniques des accoucheuses sont riches et diverses, variant en fonction des peuples qui les pratiquent, de leur territorialité et/ou du niveau de syncrétisme auquel ils ont été soumis au fil du temps. On ne peut pas parler d'une pratique unique des accoucheuses.

Tableau 2 : Pratiques de la médecine ancestrale et de la biomédecine en ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et la période post-partum¹

Étape	Type de prestation	Pratiques de la médecine ancestrale utilisées par l'accoucheuse	Pratiques de la biomédecine utilisées par les différents professionnels de la santé
Grossesse	Soins prénatals, nutritionnels, psychologiques et affectifs à la femme enceinte, la famille et la communauté	Accompagnement et conseils en accord avec la vision du monde de la femme enceinte, de son compagnon et de la famille ; calcul du nombre de mois de grossesse, organisation collective pour éviter la mort maternelle comme par exemple le plan d'accouchement, l'éducation prénatale, la nutrition basée sur des produits natifs de la région.	Les ressources humaines dont disposent les centres de santé sont les équipes soignantes (EAS - équipes de atención integral en salud) composées d'un(e) médecin, un(e) infirmier(e) et un(e) technicien(ne) en soins de santé primaires (TAPS - Técnico de atención primaria en salud). Ces personnes exercent leur activité dans les services du centre ainsi qu'à l'extérieur du centre : - Information et éducation : allaitement, prise en charge du nouveau-né, santé buccale, bon traitement, santé mentale, lien affectif avec le nouveau-né, préparation de l'accouchement, participation et revendication des droits, promotion de l'accouchement institutionnel, vaccination.
		Technique du « manteo » pour corriger la posture du bébé.	Les spécialistes des soins psychologiques et nutritionnels interviennent uniquement au second niveau de soins (hôpitaux) ; ainsi, au premier niveau de soins (centres de santé), là où en général les femmes se rendent pour accoucher, ce type de soins dispensés par un spécialiste n'est pas fourni, même si les EAS offrent ce type de prestations pour ensuite orienter les patientes vers le second niveau de soins.
Accouchement	Prise en charge de l'accouchement	L'accoucheuse applique ses connaissances dans les domaines de la médecine énergétique, les plantes médicinales, la spiritualité ancestrale, les risques obstétricaux, les rituels de l'accouchement, les techniques d'accouchement comme le « manteo » pour corriger la posture du bébé et le niveau de dilatation sans toucher vaginal afin d'accompagner et faciliter l'accouchement, la gestion attendiste du placenta et les usages culturels relatifs au placenta (le manger, l'enterrer, etc.).	L'accouchement dans le système officiel de santé se déroule dans les centres de santé (Type C) qui offrent des prestations d'accouchement réalisées par un(e) obstétricien(ne) ou un(e) gynécologue et un(e) infirmier(e).
	Prise en charge du nouveau-né : conseils en allaitement maternel et en alimentation, croissance et développement	Attachement précoce et allaitement pendant la première heure, pincement du cordon ombilical jusqu'à ce que le placenta descende, nutrition à base de produits natifs de la région	Prise en charge du nouveau-né, selon la législation en vigueur en ce qui concerne les bilans de santé, la vaccination en fonction de l'âge, le dépistage des nouveau-nés, la détection précoce des problèmes sensoriels, le diagnostic nutritionnel.
		Rites spirituels sur le nouveau-né	Prestations réalisées par un(e) infirmier(e) et un(e) médecin ou un(e) pédiatre.
Période post-partum	Prise en charge post-partum	Soins post-partum : quarantaine avec l'assistance de conseillers nutritionnels et autres soins, comme par exemple la remise en place de la hanche après l'accouchement.	Examens et contrôles post-partum (maladies périnatales, anxiété, dépression) réalisés par un(e) obstétricien(ne) ou un(e) gynécologue et un(e) infirmier(e).
	Conseils en planification familiale	Médecine utilisant les plantes médicinales et la spiritualité ancestrale pour dispenser des conseils en santé sexuelle et reproductive, ainsi que différentes méthodes contraceptives traditionnelles ou modernes, selon le choix de la femme et du compagnon.	Conseils en méthodes modernes de contraception dispensés dans les établissements de santé par le/la médecin et le/la gynécologue.

1. Source: Cardoso, 2018

41. Parmi les principales techniques génératrices de bénéfices thérapeutiques, nous avons identifié plusieurs éléments qui semblent aujourd'hui remis en cause par la biomédecine. Ce qui ouvre la voie à l'innovation médicale, qui se manifeste de différentes manières ; par exemple, l'usage de plantes médicinales comme source d'innovation médicale susceptible d'être approuvée par la biomédecine. Certaines connaissances ont déjà été systématisées par le ministère de la Santé publique (MSP) quant à l'utilisation

des plantes médicinales pendant l'accouchement dans les communautés de l'Amazonie équatorienne¹⁶.

42. De même, et comme nous l'avons mentionné précédemment, l'un des atouts de la pratique des accoucheuses réside dans la relation affective que l'accoucheuse noue avec les femmes enceintes, renforçant la confiance de ces dernières qui perçoivent l'accoucheuse comme une personne proche et familière, ce qui réduit d'autant leur anxiété, contrairement à une prise en charge dans les services médicaux institutionnalisés (Pelcastre, 2005). On attribue à cette confiance la réduction du pourcentage élevé d'accouchements par césarienne (Ortiz-Prado, 2017 ; ex. : dilatation intrusive, exemple d'Acosta, 2017).

3.2 LE DIALOGUE DES SAVOIRS, UNE SOURCE DE BÉNÉFICES POUR LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ : ANALYSE DU POINT DE VUE DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

43. En Amérique latine – comme dans la majeure partie du monde occidental –, nous assistons à un scénario qui veut que les systèmes et services de santé privilégient l'approche biomédicale, davantage centrée sur la pathologie que sur la santé. Dans cette dynamique, le Système national de santé équatorien (SNS) focalise les soins curatifs sur la maladie et les soins hospitaliers, mettant en œuvre des programmes élaborés au niveau du gouvernement (exercice vertical du pouvoir) qui ont limité la possibilité de soins intégrés (MAIS 2012 ; 23). D'où, peut-être, le nombre élevé d'accouchements précoces par césarienne, sans que soient explorées les interventions moins invasives facilitant l'accouchement par voie basse. En Équateur, les accouchements par césarienne représentent 41,2% du nombre total d'accouchements (ENSANUT 2012), alors que, selon la recommandation de l'OMS (1985), les accouchements par césarienne ne devraient pas dépasser 15% du nombre total d'accouchements dans un pays.

44. L'Équateur présente une plus forte concentration de césariennes dans les provinces de Los Ríos et Manabí (59% et 58% respectivement), tandis que les provinces d'Amazonie et de *Sierra norte*, caractérisées par une forte densité de population indigène, enregistrent des pourcentages moins élevés (Zamora Chinchipe 18%, Morona Santiago 23%, Imbabura 24% et Napo

16 Publication en 2012 par le MSP de «Conocimientos y experiencias de las parteras de Arajuno en el uso de plantas medicinales» – Connaissances et expériences des accoucheuses d'Arajuno en ce qui concerne l'usage des plantes médicinales –, document dans lequel sont étudiées 19 plantes médicinales.

25%) (ENSANUT 2012). Si ce contraste ne nous permet pas de tirer des conclusions définitives concernant l'existence de corrélations ou de causalités entre les deux phénomènes, il nous permet toutefois de formuler une hypothèse sur la relation inverse entre la médicalisation de l'accouchement et la présence d'accoucheuses ancestrales. Cette hypothèse, qui semble désigner l'accouchement ancestral comme une alternative à l'excès d'accouchements par césarienne, met en lumière une possible relation de causalité basée sur l'utilisation de techniques permettant de :

- corriger les mauvaises postures des nouveau-nés pendant la gestation ;
- améliorer la confiance de la mère ;
- vérifier la dilatation vaginale en recourant à des techniques moins invasives, susceptibles de réduire le recours à cette technique biomédicale.

45. Ainsi, nous pouvons identifier certaines des dimensions bénéfiques du dialogue des savoirs, à partir de son évaluation économique et financière pour le Système de santé publique (SNS). D'un côté, la pratique ancestrale des accoucheuses peut être considérée comme une pratique qui, en raison de son expansion, génère des économies pour le SNS. En effet, l'activité des accoucheuses, dans la majorité des cas, n'est pas formellement rémunérée ou financièrement reconnue. L'activité d'accoucheuse – une technique justement intensive en connaissances – est rétribuée de différentes façons selon le contexte et la situation. Durant les discussions sur le processus d'accréditation des accoucheuses dans le cadre du SNS, fut soulevée la question de la nécessité de rémunérer des prestations des accoucheuses face au risque de marchandisation dont pourrait souffrir cette pratique¹⁷. Cette question devient encore plus complexe, si l'on tient compte des limites imposées par l'État lorsqu'il s'agit de rémunérer des personnes qui ne sont pas des fonctionnaires. La solution que l'État proposa dans le *Manuel* (2016) consiste à fournir des formations et les fournitures nécessaires permettant aux accoucheuses d'exercer dans les Centres de santé publique, laissant ainsi la rétribution des accoucheuses à la discrétion des

17 Traditionnellement, les mécanismes de rétribution des accoucheuses varient en fonction des différentes nationalités, peuples et, en général, s'adaptent à chaque situation particulière. Il existe un large consensus concernant la nécessité de sceller un pacte entre l'État et la communauté pour l'intégration réelle de la pratique ancestrale des accoucheuses dans le SNS ; intégration qui passe par la rémunération économique effective des accoucheuses, bien qu'il soit entendu que son introduction puisse modifier la « dynamique » et « les valeurs communautaires » de la pratique traditionnelle des accoucheuses (D. González, 2010).

usagers. « La rétribution par prestation se fera dans le cadre de la vision du monde et dans le respect du *ranti-ranti* (réciprocité) entre l'accoucheuse et l'usagère ». (MSP, 2016 / *Manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud*, p. 23). Il est toutefois convenu que la rétribution/rémunération constitue un aspect crucial qui, pour le moment, ne génère pas de consensus et doit être évalué suivant différentes approches¹⁸.

46. D'un autre côté, et pour revenir aux bénéfices financiers et économiques du SNS, la pratique ancestrale des accoucheuses est une source de connaissances qui contribuerait à la diminution du nombre d'accouchements par césarienne et, donc, se traduirait par un bénéfice économique, mis en évidence par une évaluation économique, qui analyse les alternatives en termes de soins, en comparant les coûts et les conséquences (Drummond, 2005). En termes financiers, les pratiques ancestrales des accoucheuses représentent une économie nette pour l'État, étant donné le nombre élevé d'accouchement pris en charge par des accoucheuses en Équateur.

18 « Dans ce contexte, le problème du statut légal des accoucheuses se pose. Elles ne sont pas considérées comme fonctionnaires et elles ne peuvent donc pas accéder à une rémunération. Or, certaines accoucheuses voudraient être payées. Comment le ministère de la Santé pourrait-il s'adapter pour établir un système rémunéré pour les accoucheuses ? Quel serait ce système de rémunération ? Faudrait-il les rémunérer à hauteur de la rémunération du médecin ? Si le salaire n'est pas le même, n'est-ce pas une façon symbolique de valoriser davantage un savoir-faire qu'un autre ? En même temps, si les accoucheuses intègrent le système officiel de santé, est-ce que cela doit être dans les mêmes conditions qu'un agent de santé ? Or, cette intégration avec un rapport monétaire (et non pas de solidarité dans la communauté), avec des horaires fixes, dans une spatialité institutionnelle, n'implique-t-elle pas de changer les logiques propres de la prise en charge de l'accouchement traditionnel ? En faisant cette dernière remarque, est-ce que je n'adopte pas une approche fondamentaliste, qui catégorise sans comprendre la fonction d'historicité qui caractérise toutes ces cultures ? » (Acosta, 2017 ; 225)

Tableau 6. Coûts unitaires pour l'État des différents types d'accouchement

Type d'accouchement	Coût moyen (US\$)
Accouchements par voie basse*	829,59
Accouchements par césarienne*	1 186,49
Accouchements ancestraux	-

**Coûts pondérés en fonction des données référentielles du MSP. Source : Tableau élaboré personnellement sur la base du rapport « Informe Costeo de Parto Vaginal y Parto por cesárea ». Direction de l'économie de la santé-MSP 2014*

47. Le calcul des économies générées à la suite de l'acceptation et de l'intégration des services des accoucheuses ancestrales dans le SNS doit prendre en compte la tendance au recours excessif à l'accouchement par césarienne en Équateur, qui a enregistré un taux de croissance supérieur à 50% entre 2001 et 2013, en particulier dans le système privé de santé et dans les zones urbaines du pays (Ortiz-Prado, 2017). Les économies potentielles sont encore plus représentatives, si l'on tient compte du fait que les connaissances des accoucheuses ancestrales correspondent à un ensemble de savoirs et pratiques qui, dans le cadre de la biomédecine, sont réalisés par un groupe de professionnels de la santé, comme le / la médecin généraliste, l'infirmier(e), un(e) gynécologue ou un(e) obstétricien(ne), un(e) pédiatre, un(e) nutritionniste (voir Tableau 2). Par conséquent, suivant les concepts de l'économie de la santé, les pratiques d'accouchement ancestrales entrent dans la catégorie des « prestations pour stimuler », à l'intersection des prestations à faible coût et à bénéfice élevé, ce qui en fait des pratiques hautement recommandables en vue d'une amélioration des soins à la population.
48. Cependant, les bénéfices économiques de la pratique des accoucheuses ne doivent pas être évalués uniquement au niveau macro (du point de vue des finances publiques) mais aussi (et surtout) du point de vue de l'économie familiale, laquelle englobe tous les travaux réalisés dans la sphère domestique qui ne sont pas rémunérés (financièrement) et représentent 15,41% du Produit intérieur brut (PIB) (INEC, L'Équateur en chiffres 2014).

Conclusions

49. Le processus historique d'affirmation des politiques de santé interculturelles en Équateur a été consolidé par l'instauration de la Constitution de 2008, dans laquelle le principe du *Buen Vivir* était un des axes conceptuels les plus importants. L'étude de cas présentée ici sur le processus d'articulation des sages-femmes traditionnelles avec le système national de santé correspond non seulement à l'affirmation d'une politique de santé interculturelle, mais aussi à la mise en œuvre de stratégies de développement visant à justifier et promouvoir l'incorporation des connaissances traditionnelles dans différents services et biens de l'économie nationale. Nous examinons les systèmes traditionnels de transmission des connaissances regroupant toutes les formes d'irrigation de savoir non intégré dans le système formel d'enseignement et dont les processus de transmission, de reproduction et d'accumulation se situent en-dehors des systèmes formels d'éducation, réglementés par l'État et ses institutions.
50. Notre argument visait à souligner les avantages thérapeutiques et le fait que le système de santé national peut avoir un processus adapté, ordonné et privilégiant une approche de gestion des ressources du savoir traditionnel en tant que bien commun (Ostrom et Hess, 2007). Notre analyse cherche à illustrer les potentielles synergies que les deux systèmes, formel et traditionnel, peuvent tirer de leur dialogue ; synergies susceptibles de permettre la création d'un savoir nouveau et d'assurer une meilleure efficacité des services fournis à la collectivité. En effet, notre travail identifie un certain nombre de pratiques thérapeutiques issues de connaissances indigènes qui permettraient de corriger le haut nombre d'accouchements par voie césarienne, ce qui, par exemple, en ce moment, constitue l'un des principaux problèmes de santé reproductive en Équateur. Ainsi, le savoir traditionnel serait une source d'innovation et permettrait d'éviter certaines dépenses financières ; depuis la perspective de l'économie de la santé, il représente des pratiques thérapeutiques à encourager. En même temps, la reconnaissance des savoirs traditionnels et des coutumes permet la conservation du patrimoine culturel immatériel de l'Équateur, qui, par sa diversité, fait la force du pays et constitue un levier de développement durable.
51. Cela étant dit, la rencontre des deux systèmes médicaux, biomédecine et traditionnel, n'est pas exempt de tensions et de risques : la prééminence du système conventionnel et les risques d'acculturation sont importants.

Ceci nous incite à appréhender cette politique publique à la lumière du cadre théorique des biens communs, comme démarche essentielle pour sa réussite.

Bibliographie

ACOSTA M. Fernanda, « Cultures de la naissance, entre la tradition et le biomédical: Étude comparative en Équateur et au Portugal » Thèse Doctorale en Anthropologie. Université Nice-Côte d'Azur, 2017. .

CEPAR, Informe Final, "ENDEMAIN 2004, 2005." Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR): Quito, Ecuador: 625.

CHÁVEZ Henry, «‘Dreaming of electric sheep’ Les cycles techno-économiques du système mondial et le développement technoscientifique en Équateur: sources et limites du projet postnéolibéral (2007–2016) », Thèse doctorale en Sciences Sociales, EHESS, soutenue le 15/09/2017 à Paris.

DE LA CRUZ R., “La Situación de los Conocimientos Tradicionales en el Ecuador: panorama general”. Documento de trabajo de la Senescyt, Quito, SENESCYT. 2014.

DE SOUZA SANTOS Boaventura (2014), «Epistemologias del Sur», Madrid. Ediciones AKAL, 2014.

ENCALADA G., GUAMÁN M. ET PAKARI, A., “Aplicación de la interculturalidad en la atención del parto en el Hospital “Luis Fernando Martínez”. Tesis de Enfermería, Universidad de Cuenca, Cuenca. 2016

FREIRE W. B., RAMIREZ-LUZURIAGA M. J., BELMONT P., MENDIETA M. J., SILVA-JARAMILLO M. K., ROMERO N., SAENZ K., PINEIROS P., GOMEZ L. F., MONGE R., *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años*, Quito, ENSANUT-ECU/Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014.

FUCHS VR., “The health economy”, Harvard University Press, Cambridge (MA). 1986.

GONZÁLEZ G., “El enfoque intercultural en las normas de salud materna. Ecuador 1994-2009”, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Family Care International (FCI). Quito. 2010.

GONZALEZ G & CORRAL J., “Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud de Ecuador”. Rapport pour le Ministerio de Salud Pública (MSP)/Center for Human Services (CHS), Quito, 2010.

HESS Charlotte, OSTROM Elinor, “Understanding knowledge as a common”. The MIT press, Cambridge, 2007.

LOPEZ-CEVALLOS Daniel, « Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, ENSANUT-ECU 2012, Tomo 1. Por Freire, Wilma et al (Reseñas) », in *Mundos Plurales. Revista Latinoamericana de Política y Acción Pública*, 2015, n° 2, pp. 119-121.

MIDEROS R., “Desafíos de la atención del parto en Ecuador de 2014”. Informe de investigación, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito. 2015.

MIGNONE Javier, BARTLETT Judith, ONEIL John, «Prácticas modelo en salud intercultural. Diversidad cultural: múltiples miradas del tiempo presente», Buenos Aires: Centro de Estudios Argentino Canadienses, 2005, p. 101-19.

ORTIZ-PRADO A., ACOSTA, E, OLMEDO T., ARMIJOS M., RAMÍREZ L. et ITURRALDE D., «Cesarean Section Rates in Ecuador. A 13 years comparative analysis between the public and private health system». Dans “Revista Panamericana de Salud Pública”, No. 41, 2017.

PELCASTRE J., VILLEGAS, B., DE LEÓN, N., DIAZ, N., ORTEGA, A., SANTILLANA, D. et MEJÍA, M., «Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México» in *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, vol.39 no.4, São Paulo, pp. 375 - 382. 2005.

PEREZ Carlota, « Technological revolutions and techno-economic paradigms », Cambridge, Cambridge Journal of Economics, 2010, Vol. 34, No.1.

RAMIREZ René, (2014). «La virtud de los comunes: De los paraísos fiscales al paraíso de los conocimientos abiertos», Madrid, El Viejo Topo.

VERCELLONE Carlo, « Travail, information et connaissance dans le nouveau capitalisme. La thèse du capitalisme cognitif. » in Critiques de la société de l'information, George, Éric & GRANJON F. (dir.), Paris, L' Harmattan, 2008.

VERCELLONE C., BRIA F., FUMAGALLI A., GENTILUCCI E., GIULIANI A., GRIZIOTTI G. & VATTIMO P., “Managing the commons in the knowledge economy”. The work leading to this publication has received funding from the European Union’s Seventh Frame. Paris. 2015.